



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Thaísa Gois Farias de Moura Santos Lima

**Cooperação internacional do Brasil em HIV/Aids: institucionalização e especificidades
nos contextos nacional e internacional,**

Rio de Janeiro

2017

..... QUEBRA DE PÁGINA.....

Tháísa Gois Farias de Moura Santos Lima

Cooperação internacional do Brasil em HIV/Aids: institucionalização e especificidades nos contextos nacional e internacional

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadora: Prof.^a Dra Celia Almeida

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte:
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

L732c Lima, Thaísa Gois Farias de Moura Santos.
Cooperação internacional do Brasil em HIV/Aids:
institucionalização e especificidades no contexto nacional e internacional/Thaísa
Gois Farias de Moura Santos Lima. – 2017.
329. f. : il. color

Orientador: Celia Almeida
Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

1. Cooperação Internacional. 2. Política de Saúde. 3. HIV. 4. Síndrome de
Imunodeficiência Adquirida. 5. Brasil. I. Título.

CDD – 23.ed. – 614.59930981

Tháisa Gois Farias de Moura Santos Lima

Cooperação internacional do Brasil em HIV/Aids: institucionalização e especificidades nos contextos nacional e internacional

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor ou Ciências.

Aprovada em: 31 de maio de 2017

Banca Examinadora

Dra. Cristiani Vieira Machado
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ

Dra. Ximena Pamela C. Diaz-Bermudez
Departamento de Saúde Coletiva–Faculdade de Ciências da Saúde/UNB

Dra. Gabriela Costa Chaves
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ

Dr. Alvaro Matida
Centro de Relações Internacionais em Saúde–Presidência/FIOCRUZ

Dra. Celia Almeida (Orientadora)
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2017

Aos meus queridos Luis Mauro, Luis Felipe e Sabrina.

AGRADECIMENTOS

A coleta de dados e finalização dessa pesquisa ocorreu em meio a uma conjuntura muito crítica no Brasil, de instabilidade política e institucional, com reflexos importantes no Ministério da Saúde, onde sou servidora, e que exigiu de mim determinação, equilíbrio e disciplina para continuar firme no percurso para terminar esta tese, mantendo o compromisso, também institucional, com a cooperação internacional do Brasil em HIV/Aids.

Agradeço à minha orientadora e amiga, Celia Almeida, quem esteve comigo não apenas no cumprimento de uma etapa acadêmica, mas desbravando ao meu lado esse caminho com seu olhar, experiência de pesquisa e vivência da prática da cooperação internacional em saúde. Obrigada por me apontar possibilidades e por ter me apoiado e estimulado a permanecer no percurso.

Agradeço a toda a equipe do Departamento de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais, em nome de sua atual Diretora, Adele Benzaken, pela acolhida nos últimos meses e pelo apoio incondicional para que eu pudesse terminar de escrever a tese em constante troca com atores da construção da resposta nacional. Aos meus queridos colegas da equipe de planejamento e ações estratégicas, meu muito obrigada pelas conversas sobre o passado e o presente, e pela paciência que tornou essa minha reta final muito mais leve.

Agradeço a todos e a cada um dos entrevistados, que cederam seus tempos em resgate de memórias preciosas. Obrigada pelas conversas agradáveis, que foram capazes de superar a distância física e me aproximar de conteúdos relevantes e elucidativos.

Aos colegas da Coopex-ACI-CICT e aos ex-diretores do Programa Nacional, agradeço pelos documentos pessoais cedidos, pelos longos papos, risos, abraços. A vocês, agentes de cooperação internacional, digo que a coragem de desbravar o campo na prática, levando consigo os princípios e valores do direito à saúde e do Brasil de forma pioneira e peculiar, é inspiração para muitos, e me proporcionou um aprendizado ímpar, que me tornou uma profissional melhor.

Agradeço aos meus pais e irmãos que, mesmo de longe, nunca deixaram de me dirigir palavras de incentivo e segurança, e à minha querida vizinha, D. Alba (*in memoriam*), que nos deixou em meio a essa jornada, mas que esteve presente nos meus pensamentos e inspirações nos momentos mais difíceis.

Ao Luis Mauro, Luis Felipe e Sabrina, agradeço o amor que me moveu e sustentou, dando-me segurança e certeza de que estamos juntos, qualquer que seja o projeto que se apresente nas nossas vidas.

DAS UTOPIAS

Se as coisas são inatingíveis...ora!

Não é motivo para não querê-las...

Que tristes os caminhos, se não fora

A presença distante das estrelas

MÁRIO QUINTANA
Espelho Mágico. Porto Alegre: Ed. Globo,
2005, p. 31

RESUMO

Esta pesquisa é um estudo de caso sobre a cooperação internacional (CI) do Brasil em HIV/Aids no período de 2002-2014. Retrocedeu-se no tempo (anos 1980-90) para melhor compreender essa dinâmica no contexto da disseminação global da Aids e de construção e consolidação da resposta brasileira de enfrentamento da epidemia. Foram analisadas: a estruturação institucional do sistema de CI brasileiro; o processo de institucionalização da cooperação Sul-Sul (CSS) em HIV/Aids no Brasil; as relações e mecanismos de articulação entre o Ministério da Saúde (MS), organizações multilaterais e agências financiadoras, que possibilitaram o desenvolvimento da CSS brasileira em HIV/Aids; as relações institucionais entre o MS e a Agência Brasileira de Cooperação (ABC/MRE) e os mecanismos de cooperação em HIV/Aids e sua possível contribuição para a priorização da saúde na PEB. Mapearam-se os projetos/iniciativas de cooperação Sul-Sul nessa área, os principais eixos temáticos e sua abrangência mundial, sem, entretanto, aprofundar esta análise. O marco teórico situa-se no campo da análise de políticas, articulando-se a política nacional de controle do HIV/Aids, a CSS do Brasil e a relação dessas iniciativas com a PEB. Os resultados mostram que a dinâmica de estruturação institucional da resposta brasileira à Aids foi permeada por ações de CI recebidas e prestadas, entrelaçadas de forma particular, delimitando-se três distintas fases nesse processo –anos 1990; primeira década de 2000; e período 2011 a 2014. Em todas elas evidenciam-se pelo menos duas dimensões articuladas: a construção da resposta nacional e uma prática de CI com características próprias, capaz de desbravar o cenário internacional, até então dominado pelos países desenvolvidos e suas agências e pelo Sistema da ONU. O elemento comum é a atuação dos atores nacionais e internacionais que participaram desse processo. Os achados comprovam nossa hipótese inicial: a “construção coletiva” da política nacional de resposta ao HIV/Aids oferece elementos para a melhor compreender a articulação entre relações internacionais e saúde e a projeção da participação do Brasil no sistema internacional, sobretudo em âmbito setorial e outras áreas correlacionadas. As ações de CI em HIV/Aids tomaram a dianteira na CSS em saúde do país e respaldaram a priorização da saúde na agenda da PEB a partir de 2003, projetando o Brasil como um importante ator e protagonista na arena internacional da saúde. Essa trajetória não foi linear nem isenta de percalços, com momentos de inflexão, ressaltando-se a capacidade de negociação da equipe nacional com os organismos internacionais em diferentes conjunturas, configurando o que denominamos de “especificidade brasileira da resposta ao HIV/Aids”.

Palavras-chave: Cooperação Internacional. Política de saúde. HIV/AIDS. Brasil.

ABSTRACT

This case study of Brazil's international cooperation (IC) in HIV/Aids, from 2002 to 2014, backtracked somewhat in time to the 1980s and 90s in order to understand this dynamic better in the context of the global spread of Aids, construction and growing consistency of the Brazilian response to the epidemic. It examined the institutional structuring of Brazil's IC system, the process of institutionalisation in Brazil of South-South cooperation (SSC) on HIV/Aids; the collaboration among the Ministry of Health (MoH), multilateral organisations and financing agencies, which made it possible to develop Brazil's SSC on HIV/Aids; the institutional relations between the MoH and the Brazilian Cooperation Agency (ABC/MRE) and the mechanisms for cooperation on HIV/Aids and their possible contribution to prioritizing health in Brazilian foreign policy. A mapping was made of South-South cooperation projects and initiatives on HIV/Aids and their world reach, as well as their main thematic directions, without however any in-depth analysis. The theoretical framework lies within the policy analysis field, and interrelates national HIV/Aids control policy, Brazil's SSC and the relationship between these endeavours and Brazilian foreign policy. The results show a dynamics permeated by IC received and provided, interlaced in particular ways. Three distinct phases are delimited in this process – the 1990s; the 2000s; and 2011 to 2014. All these phases feature at least two interconnected dimensions: construction and institutionalisation of the national response and development of a cooperation practice with characteristics of its own and the capacity to venture into an international scenario hitherto dominated by the developed countries and their agencies and by the UN System. The elements common to the two dimensions are the national and international stakeholders participating in this process. Our findings confirm the starting hypothesis: the “collective construction” of Brazil's national policy in response to HIV/Aids offers elements that help understand better the linkages between international relations and health and the scope of Brazil's participation in the international system, particularly in the health sector and related areas. Brazil's SSC in health was led by IC on HIV/Aids, which supported the prioritisation of health on the foreign policy agenda from 2003 onwards, projecting Brazil as an important leading player in the international health arena. That trajectory was neither linear nor without turning points, and was notable for the national team's ability to negotiate with international organisations in various different conjunctures, shaping what is termed here the “distinctively Brazilian response to HIV/Aids”.

Keywords: International cooperation. Health policy. HIV/Aids. Brazil.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Distribuição das Propostas do Pnud para a prática da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, seus paradigmas e resultados	56
Figura 1 -	Esquema analítico	60
Figura 2 -	Institucionalização do sistema de cooperação internacional do Brasil	120
Quadro 2 -	Distribuição das competências de estados e municípios, qualificados na política de incentivos, e necessidades de aprimoramento para o projeto AIDS-SUS	125
Quadro 3 -	Diretrizes, recursos e resultados alcançados do PN-DST/Aids com o apoio dos três Acordos de Empréstimo do Banco Mundial	127
Quadro 4 -	Componentes e sub-componentes do Projeto AIDS SUS	129
Figura 3 -	Desenvolvimento da política nacional e da cooperação internacional do Brasil em HIV/Aids	223

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC	Agência Brasileira de Cooperação
ACI	Assessoria de Cooperação Internacional
Agnu	Assembleia Geral das Nações Unidas
AOD	Assistência Oficial para o Desenvolvimento
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, sigla em inglês
AIDS I	Primeiro Projeto com financiamento do Banco Mundial
AIDS II	Segundo Projeto com financiamento do Banco Mundial
AIDS III	Terceiro Projeto com financiamento do Banco Mundial
AIDS SUS	Quarto Projeto com financiamento do Banco Mundial
Aisa	Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde
AMS	Assembleia Mundial da Saúde
ANRS	Agência Nacional de Pesquisas sobre a Aids da França
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARV	Antirretrovirais
AZT	Zidovudida
BM	Banco Mundial
CAI	Comissão de Assuntos Internacionais
Cais	Coordenadoria de Assuntos Internacionais de Saúde
Caricom	Comunidade do Caribe, sigla em inglês
CDC	Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos (sigla em inglês)
CD4	Grupamento celular de diferenciação 4 (sigla em inglês)
Cepal	Comissão Econômica para a América Latina
Cict	Centro Internacional de Cooperação Técnico em HIV/Aids
CID	Cooperação Internacional para o Desenvolvimento
CIHR	Instituto Canadense de Pesquisa em Saúde, sigla em inglês
CIVIH	Comissão Intergovernamental de HIV/Aids do Mercosul
Cnaids	Comissão Nacional de Aids
CNAT	Comissão Nacional de Assistência Técnica
Cofiex	Comissão de Financiamentos Externos
Contap	Conselho de Cooperação Técnica da Aliança para o Progresso
Conep	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

Coopex	Cooperação Externa
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CSS	Cooperação Sul-Sul
CSI	Comissão de Saúde Internacional
CTA	Centros de Testagem e Aconselhamento
CTPD	Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento
DAC	Comitê de Assistência para o Desenvolvimento (sigla em inglês)
Datusus	Departamento de informática do SUS
Densp	Departamento de Endemias Samuel Pessoa
DCT	Divisão de Cooperação Técnica
DDAHV	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, da Aids e das Hepatites Virais
DFID	Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido, sigla em inglês
DIAHV	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, da Aids e das Hepatites Virais
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
Ecosoc	Conselho Econômico e Social da Organização das Nações Unidas
Embrapa	Empresa brasileira de pesquisa agropecuária
Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EUA	Estados Unidos da América
Farmanguinhos	Instituto de Tecnologia em Fármacos da Fiocruz
FDA	Agência de regulação de drogas e alimentos dos Estados Unidos
FG	Fundo Global de Luta Contra Aids, Tuberculose e Malária
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
Funag	Fundação Alexandre de Gusmão
Gapa-SP	Grupo de Apoio à Prevenção à Aids de São Paulo
GCTH	Grupo de Cooperação Técnica em HIV/Aids
GHI	Iniciativa Global em Saúde, sigla em inglês
Gist	Equipe Global de Implementação do Apoio em HIV/Aids, sigla em inglês
GNP+	Rede Global de Pessoas Vivendo com HIV/Aids
GPA	Programa Global de Aids da OMS, sigla em inglês
GRA	Grupo de Referência da Avaliação do Cict
GTPI/Rebrip	Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual da Rede Brasileira

	pela Integração dos Povos
GTZ	Agência de Cooperação Alemã, sigla em alemão
G77	Grupo dos 77
HIV	Vírus da imunodeficiência humana, sigla em inglês
HIV/Aids	Vírus da imunodeficiência adquirida e síndrome da imunodeficiência adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Icaso	Conselho Internacional de Organizações que trabalham com serviços de AIDS
IGWG	Grupo de Trabalho Intergovernamental sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
Mercosul	Mercado Comum do Sul
Mesp	Ministério da Educação e Saúde Pública
MNA	Movimento dos Não-Alinhados
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MRE	Ministério das Relações Exteriores
MS	Ministério da Saúde
MSF	Médicos Sem Fronteiras
Noei	Nova Ordem Econômica Internacional
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações não-governamentais
Unesco	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
ONU	Organização das Nações Unidas
Opas	Organização Pan-americana de Saúde
OSC	Organização da Sociedade Civil
Paba	Plano de Ação de Buenos Aires
PAF	Fundos para Aceleração de Programas, sigla em inglês
Palops	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PAM	Plano de Ações e Metas

Pcap	Pesquisas sobre conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira
PCI	Programa de Cooperação Internacional para Ações de Controle e Prevenção do HIV em Países em Desenvolvimento
PEB	Política Externa Brasileira
PNS	Plano Nacional de Saúde
Pepfar	Plano Emergencial do Presidente dos Estados Unidos para Ajuda à Aids, sigla em inglês
PPPs	Parcerias Público-Privadas
Prodoc	Documento de Projeto (sigla em inglês)
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
Pnud	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PN-DST/Aids	Programa Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle das DST e Aids
PVHA	Pessoas que vivem com HIV/Aids
SAS	Secretaria de Atenção em Saúde
SCTIE	Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos
Seain	Secretaria de Assuntos Internacionais do Ministério do Planejamento
SES	Secretaria Estadual de Saúde
Sesp	Serviço Especial de Saúde Pública
Siclom	Sistema de Informação de Controle Logístico de Medicamento
Sim	Sistema de Informação sobre Mortalidade
Sinan	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
Siscel	Sistema de Informação de Controle de Exames Laboratoriais
Subin	Subsecretaria de Cooperação Econômica e Técnica Internacional
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TC	Termo de Cooperação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSF	Instalações de Suporte Técnico
Trips	Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (sigla em inglês)
Unaids	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (sigla em inglês)
Unctaid	Agencia de Nações Unidas para o Comércio e Desenvolvimento, sigla em inglês (sigla em inglês)

Unfpa	Fundo de População das Nações Unidas (sigla em inglês)
Ungass	Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU sobre HIV/Aids (sigla em inglês)
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância (sigla em inglês)
Unitaid	Mecanismo intergovernamental para facilitar acesso insumos de saúde (sigla em inglês)
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (sigla em inglês)
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
Usaid	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	ARCABOUÇO TEÓRICO E CONCEITUAL	28
2.1	A ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS	28
2.1.1	O que é uma política pública?	29
2.1.1.1	Modelos de análise da política pública: diferentes enfoques	33
2.1.1.1.1	<i>Autonomia estatal e processo de decisão para a formulação/implementação de políticas</i>	35
2.1.1.1.2	<i>O papel das ideias</i>	36
2.2	POLÍTICA EXTERNA COMO POLÍTICA PÚBLICA	39
2.3	COOPERAÇÃO INTERNACIONAL	41
2.3.1	A cooperação internacional para o desenvolvimento (CID)	43
2.3.2	A trajetória da Cooperação Sul-Sul	46
2.3.2.1	Ressurgimento da CID e da CSS	49
2.4	COOPERAÇÃO TÉCNICA ENTRE PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO E COOPERAÇÃO SUL-SUL	50
2.4.1	CTPD e CSS no Brasil	58
2.5	O ESQUEMA DE ANÁLISE	60
3	METODOLOGIA	62
3.1	LEVANTAMENTO DE DADOS	63
3.1.1	Busca e revisão bibliográfica	63
3.1.2	Levantamento e análise documental	64
3.1.3	Entrevistas com informantes-chave	66
3.1.4	Observação social direta	67
3.2	A ANÁLISE DOS DADOS	68
3.3	ASPECTOS ÉTICOS	71
4	A CONSTRUÇÃO DA RESPOSTA NACIONAL À EPIDEMIA DE HIV/AIDS	73
4.1	A ESTRUTURAÇÃO INSTITUCIONAL	73
4.2	O CONTEXTO INTERNACIONAL DE SURGIMENTO E RESPOSTA À EPIDEMIA DE HIV/AIDS	82
4.3	A EPIDEMIA DE HIV/AIDS NO BRASIL	88

4.3.1	Um panorama atual	89
5	INSTITUCIONALIZAÇÃO DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL NO BRASIL: O LUGAR DA SAÚDE	96
5.1	A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL DO BRASIL: DE RECEPTOR A DOADOR	96
5.2	A AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO (ABC) DO MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES	104
5.3	A FORMALIZAÇÃO DA ASSESSORIA DE ASSUNTOS INTERNACIONAIS DE SAÚDE (AISA) E A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	108
6	A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL BRASILEIRA EM AIDS: RECEPTOR E DOADOR	121
6.1	A ARTICULAÇÃO DO PN-DST/AIDS COM O BANCO MUNDIAL	122
6.2	A ARTICULAÇÃO DO PN-DST/AIDS COM OS DEMAIS ATORES INTERNACIONAIS	130
6.3	A COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL EM HIV/AIDS RECEBIDA DO SISTEMA DA ONU	134
6.3.1	A nova estrutura de governança instituída pelo Unids	139
6.4	A COOPERAÇÃO BILATERAL RECEBIDA DA FRANÇA E DOS ESTADOS UNIDOS	144
6.4.1	A cooperação Brasil-França em Aids	144
6.4.2	A cooperação Brasil-EUA em Aids	148
6.5	O GRUPO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA HORIZONTAL EM HIV/AIDS DA AMÉRICA LATINA E CARIBE (GCTH)	151
6.6	O TRABALHO DA COOPEX NOS ANOS 1990	154
7	A CONSOLIDAÇÃO DA AGENDA DE COOPERAÇÃO SUL-SUL DO BRASIL EM HIV/AIDS	161
7.1	O ACESSO UNIVERSAL AOS MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS COMO TEMA DA POLÍTICA EXTERNA	161
7.2	A PARTICIPAÇÃO DO BRASIL NA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE AIDS DO ANO 2000 (DURBAN, ÁFRICA DO SUL)	165
7.3	A ATUAÇÃO COORDENADA ENTRE AS PASTAS DA SAÚDE E DAS	

	RELAÇÕES EXTERIORES.....	171
7.4	O PCI – PROGRAMA DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL PARA AÇÕES DE CONTROLE E PREVENÇÃO DO HIV/AIDS NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO	182
7.4.1	O desenho do PCI	183
7.4.2	A mudança de governo em 2003 e as implicações para a execução do PCI	186
7.4.3	A ampliação das parcerias e a conformação da rede laços Sul-Sul	193
7.5	O CENTRO INTERNACIONAL DE COOPERAÇÃO TÉCNICA EM HIV/AIDS – CICT.....	200
7.5.1	O arranjo de cooperação do Cict	205
7.5.1.1	A mudança no arranjo do Cict	216
7.6	O PERÍODO 2011-2014: CONTINUIDADES E MUDANÇAS	224
7.7	MAPEAMENTO DOS PROJETOS E INICIATIVAS DE COOPERAÇÃO BRASILEIRA EM HIV/AIDS	228
8	DISCUSSÃO	229
8.1	A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA RESPOSTA NACIONAL À EPIDEMIA DE HIV/AIDS	229
8.2	A COOPERAÇÃO DO BRASIL EM HIV/AIDS	237
8.3	COOPERAÇÃO EM HIV/AIDS NA AGENDA DA PEB	239
9	CONCLUSÃO	242
9.1	LIMITES DA PESQUISA	243
	REFERÊNCIAS	246
	APÊNDICES	271
	Apêndice 1 – Banco de dados documentais	271
	Apêndice 2 – Roteiro de entrevistas	315
	Apêndice 3 – Termo de Consentimento Livre e esclarecido	317
	Apêndice 4 – Lista e posição dos entrevistados (ordem alfabética)	319
	Apêndice 5 – Parecer final de aprovação do Projeto pela Comissão Nacional e Ética em Pesquisa (Conep)	320
	Apêndice 6 – Distribuição das propostas de CSS, bi, tri e multilaterais por país (em ordem alfabética) e por período de execução, 2002-2014	321

Apêndice 7 – Distribuição das iniciativas regionais de CSS do Brasil em HIV/Aids, por países ou redes envolvidas e período de execução, 2002-2014

1 INTRODUÇÃO

Na década de 1990 o Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a implementar uma política nacional de resposta à epidemia de Aids (*Acquired Immunological Deficiency Syndrome* – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) com acesso universal à prevenção, diagnóstico, atenção e tratamento antirretroviral com distribuição gratuita de medicamentos garantida por lei (BRASIL, 2002a; BASTOS, 2006).

No mesmo período, o Programa Nacional de DST/Aids começou a construir sua trajetória internacional, conquistando visibilidade e construindo seu protagonismo ao defender que essa política era efetiva e poderia ser difundida e aplicada em outros países em desenvolvimento, na contracorrente das principais recomendações formuladas e preconizadas então pelos organismos internacionais, multilaterais ou financeiros. Simultaneamente se constituía como um ator relevante no campo da cooperação internacional, principalmente no âmbito Sul-Sul.

A política de acesso universal do Brasil estava em desacordo com o que vários organismos internacionais e diversos centros de pesquisa recomendavam para os países em desenvolvimento na década de 1990, pois o discurso comum naquele momento era o de que a provisão do tratamento com medicamentos antirretrovirais (ARVs) em países como o Brasil “tornar-se-ia insustentável e geraria o risco de aumentar a resistência do HIV a essas terapias” (SOUZA, 2012, p. 208). A “prescrição” que deveria ser seguida pelos países em desenvolvimento era a de concentrar seus esforços e recursos em estratégias mais custo-efetivas de prevenção, ao invés de oferecer tratamento medicamentoso.

Mesmo assim, no ano 2000 o PN-DST/Aids apresentou sua política de resposta nacional à Aids na 13ª Conferência Internacional de Aids em Durban (África do Sul), em julho de 2000. Naquela ocasião o acesso universal foi apresentado “como uma questão de direito de todos em todo o mundo” e foi demonstrado que a experiência brasileira “poderia ser incorporada por outros países em desenvolvimento”, num oferecimento claro de apoio técnico a outros países (TEIXEIRA, 2003, p. 54).

Em 2002 o governo brasileiro lançou o Programa de Cooperação Internacional para Ações de Controle e Prevenção do HIV em Países em Desenvolvimento (PCI), que teve suas ações coordenadas pelo PN-DST/Aids, com equipe técnica própria para a condução das ações de cooperação internacional, no núcleo (ou área técnica) denominado “Cooperação Externa” (Coopex), criado no final dos anos 1990. Com esse Programa o governo brasileiro oferecia a

possibilidade de doar tratamentos antirretrovirais para alguns países, além de promover capacitações sobre a política de acesso universal que, necessariamente, acompanhavam as doações (BRASIL, 2002a; LIMA, CAMPOS, 2010)

Três anos depois, em 2005, a criação do Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids (Cict), na sede do PN-DST/Aids no Ministério da Saúde (MS), veio fortalecer o PCI, ao agregar suporte técnico, financeiro e administrativo aos primeiros projetos de cooperação executados com os países em desenvolvimento, congregando ainda uma gama de atores e instituições internacionais que passaram a atuar na cooperação Sul-Sul brasileira em HIV/Aids nos anos subsequentes. O Cict tinha o apoio dos gestores dos Programas Nacionais de Aids dos países da América Latina e Caribe, que integravam o Grupo de Cooperação Técnica Horizontal em HIV/Aids (GCTH), do qual o governo brasileiro participava, e recebeu suporte financeiro do Programa Conjunto das Nações Unidas para a Aids (*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*– Unaid) e das agências de cooperação do Reino Unido e da Alemanha, para aprimorar e fortalecer a resposta mundial à epidemia por meio de ações de cooperação técnica internacional entre países em desenvolvimento, a partir da experiência brasileira. A agenda de cooperação internacional do PN-DST/Aids passou a ser conduzida desde então pelo Cict sob a coordenação da Assessoria de Cooperação Internacional (ACI) do PN-DST/Aids, o novo *status* da Coopex no organograma do Programa Nacional.

Nesse processo o Programa Nacional recebeu e ofertou cooperação, negociando empréstimos e apoios técnicos e financeiros com diferentes parceiros internacionais, combinando as duas posições, de tal maneira que uma alimentava a outra, possibilitando aprendizado e acumulando experiência nesse caminhar.

Em 2009 o PN-DST/Aids converteu-se num novo Departamento da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DDAHV). Entre 2010 e 2014, a gestão do DDAHV passou por uma intensa reformulação, que implicou também na modificação de sua estrutura organizacional, o que no site oficial do MS foi descrito como “readequação de fluxos e prioridades”, resultando na saída de vários atores que vinham trabalhando diretamente na conformação e execução das ações de cooperação Sul-Sul.

Portanto, desde a década de 1990 o Brasil começou a trilhar um importante caminho, tanto como um ator que exerce forte influência no sistema internacional em relação ao tema de HIV/Aids, quanto como país que oferta cooperação para o fortalecimento da resposta à

epidemia, sobretudo no Sul-Sul geopolítico. No entanto, tal trajetória não tem sido uniforme nem linear, ao contrário, apresenta inflexões, continuidades e rupturas, e existem poucos estudos empíricos que analisem em profundidade essa trajetória, a fim de subsidiar uma melhor compreensão sobre os fatores de sustentabilidade de uma política de cooperação internacional em saúde desse porte, conduzida por um país em desenvolvimento como o Brasil.

O interesse em estudar a política brasileira de combate a Aids e aprofundar questões relativas à cooperação internacional do Brasil nessa área é oriundo da trajetória e experiência profissional da pesquisadora como servidora do MS e coordenadora de projetos e ações de cooperação internacional em saúde, em geral e em HIV/Aids¹. O trânsito entre as tarefas de gestão, coordenação de programas de cooperação internacional, ensino e pesquisa na área de saúde global e diplomacia em saúde, despertou questionamentos sobre a cooperação técnica brasileira em HIV/Aids e o interesse de aprofundar a discussão sobre esse tema.

Por outro lado, a cooperação internacional do Brasil em saúde ainda precisa ser melhor analisada e essa pesquisa não só proverá dados analíticos importantes sobre a cooperação internacional na área de HIV/Aids, como também contribuirá para a exploração de novos caminhos no campo da pesquisa em Saúde Coletiva, uma vez que se discute um objeto que fortalecerá o diálogo entre a saúde e as relações internacionais, fortalecendo essa nova interface transdisciplinar ao campo da saúde coletiva.

A pesquisa também foi pautada pela preocupação em contribuir para o aprofundamento das questões que estão em torno da relevância política internacional que a saúde adquiriu nas últimas décadas, particularmente no que concerne aos elementos que impulsionaram tais mudanças e o que ela significa para a Política Externa Brasileira (PEB). Esses assuntos também foram tratados em uma pesquisa multidisciplinar mais ampla, “Saúde e Relações

¹ Já no Mestrado, em 2003, estudei a inserção da política brasileira de Aids nos currículos de graduação em enfermagem e, entre os anos 2006 e 2007, integrei o quadro de consultores da Organização Pan-americana de Saúde na Venezuela, período em que coordenei a execução de propostas de cooperação internacional do Programa Conjunto de Nações Unidas para a Aids (Unaid), em parceria com o Ministério de Saúde Pública daquele país. Em 2008, de retorno ao Brasil e ao MS, fui lotada na Assessoria de Cooperação Internacional do PN-DST/Aids e coordenei atividades em diferentes mecanismos de cooperação com países da América Latina e África, tendo sido indicada, pelo então Ministro José Gomes Temporão, como Coordenadora Titular do Brasil na Comissão Intergovernamental de HIV/Aids do Mercosul (CIVIH). Também tive experiência de dois anos na gestão do Programa Estadual de DST/Aids do Rio Grande do Norte (2010-2011). Em 2008 fui aluna do curso de Especialização em Saúde Global e Diplomacia da Saúde (Ensp/Fiocruz) e em 2012, participei da equipe de coordenação do Mestrado Profissional em Saúde Global e Diplomacia em Saúde, também da Ensp, quando passei a integrar os grupos de pesquisa coordenados pela Dra. Celia Almeida e, na mesma época, ingressei no Doutorado em Saúde Pública da Ensp/Fiocruz. Entre julho de 2013 e julho de 2016 trabalhei na Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (Aisa) do Gabinete do Ministro da Saúde do Brasil, tendo ocupado as funções de chefia de serviço e de assessor internacional substituto entre os anos 2015 e 2016.

Internacionais: Política Externa e Cooperação Internacional em Saúde”², da qual participei, e que estimulou a elaboração do desenho do projeto que originou esta tese.

Neste estudo, no contexto da disseminação global da Aids a partir dos anos 1980 e da construção e consolidação da resposta brasileira com uma forte articulação entre o governo, movimentos e organizações da sociedade civil e agências/organizações internacionais, definiu-se como objeto o caso da cooperação internacional do Brasil em HIV/Aids que, nos anos 2000, contou com uma decisão de investimento nacional e internacional sem precedentes para um tema de saúde no sistema de cooperação internacional brasileiro.

Foram considerados marcos temporais da pesquisa os anos de 2002, por ter sido o ano de lançamento do PCI (último ano do segundo governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso) e de 2014 (final do primeiro mandato presidencial de Dilma Rousseff), ainda que tenha sido necessário retroceder aos anos 1990 para a melhor compreensão sobre a institucionalização e as especificidades da formulação e implementação da política nacional de resposta brasileira à epidemia. Esta política foi formulada, desde o início, com a participação da sociedade civil e a cooperação com os organismos internacionais financeiros e multilaterais, que possibilitaram tanto a recepção quanto a oferta de cooperação internacional pelo Brasil em HIV/Aids, em diferentes contextos.

Esse recorte se justifica ainda pelo papel que o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids desempenhou na priorização governamental da saúde no âmbito da cooperação internacional; pela abrangência geopolítica e permanência das ações de cooperação brasileira nessa área nos distintos países ao longo do tempo; pela pluralidade de mecanismos e arranjos de cooperação utilizados; pela quantidade e variedade de fundos de cooperação técnica internacional que foram investidos nesse processo; e pela diversidade de atores, nacionais e internacionais envolvidos, ou seja, um aparato de cooperação diferenciado e aparentemente inovador para um país em desenvolvimento.

Neste sentido, buscou-se responder as seguintes questões:

1. Como foi institucionalizada e estruturada a cooperação Sul-Sul (CSS) do Brasil em

² Projeto financiado pela Faperj, Edital n. 29/2012, desenvolvido no Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Ensp no período 2012-2014, coordenado pela Dra. Celia Almeida e que reuniu pesquisadores com formação e atuação em diferentes áreas disciplinares (saúde, história, economia, relações internacionais, ciências sociais) de várias instituições do Rio de Janeiro (Ensp e COC/Fiocruz, UFRJ, UFRRJ, PUC). Esses pesquisadores participaram também da formação de profissionais na área de saúde global e diplomacia em saúde, da Ensp/Fiocruz.

HIV/Aids?

2. Como a política brasileira de controle da epidemia de HIV/Aids se insere nas ações de cooperação internacional do MS?
3. Qual a contribuição da política e do PN-DST/Aids para a priorização de temas de saúde na agenda da PEB?

Nosso objetivo geral foi analisar a trajetória da cooperação internacional do Brasil em HIV/Aids no período 2002-2014, seus eixos articuladores e abrangência mundial, e suas possíveis relações com a política externa brasileira. E para alcançá-lo foram definidos os seguintes objetivos específicos: 1) Descrever e analisar a estruturação institucional do sistema de cooperação internacional brasileiro, em geral e no setor saúde; o processo de institucionalização da CSS do Brasil em HIV/Aids no período 2002-2014; as relações e mecanismos de articulação institucional entre o MS, organizações multilaterais e agências financiadoras que possibilitaram o desenvolvimento da CSS brasileira em HIV/Aids. 2) Discutir as relações institucionais entre o MS e a Agência Brasileira de Cooperação (ABC) e os mecanismos de cooperação em HIV/Aids e sua possível contribuição para a priorização da saúde na PEB, sobretudo no período 2002-2010. 3) Identificar os principais eixos temáticos de CSS em HIV/Aids do Brasil e sua abrangência mundial e mapear os projetos/inciativas desenvolvidos ou propostos.

A pesquisa foi estruturada a partir de dois grandes blocos de elementos contextuais. De um lado estão aqueles relacionados à saúde e à resposta brasileira ao HIV/Aids e, do outro, os que dizem respeito à cooperação internacional nessa área e seu papel na agenda da PEB.

No âmbito da cooperação internacional, o pano de fundo foi a construção do sistema de cooperação internacional do Brasil e o papel da saúde nesse percurso institucional, que envolve tanto o Ministério das Relações Exteriores (MRE), quanto o de Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). Esse sistema passou a contar, a partir de 1987, com uma agência de cooperação internacional, a ABC, do MRE, que teve seu fortalecimento institucional ao longo dos anos 1990 e 2000, paralelamente à institucionalização da cooperação em HIV/Aids, recebida pelo PN-DST/Aids e prestada para países em desenvolvimento, mas que, em 2010, assume definitivamente a prática de coordenar essas relações.

Em relação à saúde, entre os elementos contextuais destacou-se a construção da resposta internacional e nacional ao HIV/Aids, que envolveu tanto a organização da cooperação técnica no Sistema da ONU para controlar a disseminação global do HIV, como também as

especificidades da política nacional do Brasil, nos seus aspectos organizacionais e programáticos, com destaque para a estruturação das relações do PN-DST/Aids com as organizações não governamentais e para o tema do acesso aos medicamentos ARV. Este último alavancou a política brasileira em âmbito internacional, aumentou a visibilidade e o protagonismo do Brasil nos fóruns multilaterais, contribuiu para a inserção de temas de saúde na PEB e fortaleceu a estruturação da CSS do Brasil nos anos 2000.

Todos esses elementos, com seu conjunto de relações, conformam a trajetória da cooperação internacional do Brasil em HIV/Aids em três grandes fases, todas elas permeadas pela prática da cooperação internacional recebida e prestada pelo PN-DST/Aids: Fase I – anos 1990 (institucionalização do tema da epidemia de HIV/Aids no Sistema de Cooperação Internacional do Brasil); Fase II – anos 2000 (autonomia relativa e diversificação dos arranjos de cooperação internacional prestada pelo PN-DST/Aids); e Fase III – pós-2010 (aproximação institucional e fortalecimento da coordenação entre o PN-DST/Aids/MS e o MRE).

A seção que vem após esta Introdução trata do arcabouço teórico que informou o marco de análise do nosso objeto, que se situa no campo multidisciplinar da análise de políticas, considerando a política externa também como uma política pública e a cooperação internacional como um importante instrumento da PEB. A terceira seção apresenta o percurso metodológico utilizado neste estudo.

A quarta traz um panorama histórico e contextual sobre a construção da resposta brasileira à epidemia de Aids no Brasil e sua estruturação institucional, correlacionando-a com o contexto internacional de surgimento da epidemia global e sistematização da resposta no âmbito do sistema da ONU. Finaliza com a situação atual da epidemia de HIV/Aids no país, analisando alguns aspectos da política nacional, seu sistema de informação, a estratégia de acesso universal ao tratamento e sua revitalização na agenda nacional a partir de 2013.

A quinta seção apresenta a institucionalização da cooperação internacional brasileira, analisando a inserção do tema saúde ao longo desse processo. A partir da descrição da construção e consolidação do sistema de cooperação internacional do Brasil, apresenta-se o papel desempenhado pelo Ministério da Saúde como ator de cooperação internacional. Destacam-se os principais desafios –de ordem legal, financeira e de recursos humanos– que desencadearam uma relação de interdependência das instituições nacionais em relação às agências internacionais, especialmente dos organismos do sistema da ONU, que até os dias de hoje tensiona a sustentabilidade do sistema dual (receptor e provedor) de cooperação

internacional do Brasil.

A seção seis discute a estruturação da cooperação internacional do Brasil em HIV/Aids, ressaltando os principais aspectos da organização de uma área específica do PN-DST/Aids para esse fim e correlacionando-os com os marcos da resposta global capitaneada pelo sistema da ONU –a partir dos organismos multilaterais envolvidos, OMS e Unaid–, e o Banco Mundial (BM). Em seguida, elabora-se uma análise aprofundada das relações de cooperação técnica e financeira entre o PN-DST/Aids e esses organismos internacionais, com ênfase na execução de recursos de empréstimos internacionais do BM. Essa dinâmica, ao mesmo tempo em que favoreceu a descentralização do financiamento de ações para estados e municípios, abriu caminho para as primeiras triangulações de projetos com organismos internacionais e contribuiu para aumentar a visibilidade internacional da especificidade da política brasileira e da cooperação Sul-Sul (CSS) do Brasil em HIV/Aids. Ainda nessa seção são apresentados as características da cooperação recebida das instituições governamentais da França e dos Estados Unidos. Destacam-se, por fim, os elementos que estruturam a especificidade da atuação dos atores nacionais brasileiros: a capacidade de negociação da equipe do PN-DST/Aids e de sustentação dos interesses nacionais na agenda da cooperação técnica recebida, mesmo diante de uma dinâmica de relações de poder desiguais.

A sétima seção descreve como se deu a consolidação da agenda de CSS do Brasil em HIV/Aids e analisa o papel da política de acesso universal aos medicamentos antirretrovirais como eixo articulador da inserção da saúde na agenda da PEB. Apresenta os elementos nacionais e internacionais, atores e instituições que contribuíram para a elaboração do primeiro programa de CSS em saúde do governo brasileiro e sua agenda ao longo dos anos 2000. Destacam-se o protagonismo e a visibilidade da política brasileira e a capacidade de negociação e articulação nacional e internacional dos atores do PN-DST/Aids, culminando com a implementação do Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids – Cict. Este Centro, inicialmente concebido como um mecanismo ou arranjo de cooperação internacional sustentado com recursos de Unaid e pela parceria técnica e financeira do Reino Unido e da Alemanha, tanto consolidou a agenda da CSS do Brasil em HIV/Aids, como foi espaço de institucionalização de uma prática de cooperação própria, conquistada com tensões e lutas dos atores nacionais *vis a vis* os internacionais, na perspectiva de manter os interesses nacionais. Essa dinâmica teve uma inflexão no ano de 2010, quando as ações do Cict passaram a ser coordenadas pela ABC, seguindo-se a mudança nos rumos da PEB a partir de 2011.

Por fim, faz-se a Discussão dos achados empíricos segundo o marco teórico e o esquema analítico elaborado, dialogando com a bibliografia analisada; e apresentam-se as principais Conclusões.

Nossos achados comprovam a hipótese inicial desta pesquisa de que a “construção coletiva” da política de acesso universal à prevenção, atenção e tratamento à Aids no SUS oferece elementos importantes para a melhor compreensão sobre a articulação entre relações internacionais e saúde e a projeção da participação do Brasil no sistema internacional, sobretudo em âmbito setorial e outras áreas correlacionadas. Além disso, as ações de cooperação internacional do Programa/Departamento de DST/Aids do MS tomaram a dianteira na CSS em saúde do país, estimulando ações em outros temas, e respaldaram a priorização da saúde na PEB, projetando o país como um importante protagonista na arena internacional da saúde, no âmbito dos debates sobre o HIV/Aids e outros temas afins.

Entretanto, essa trajetória não foi linear nem isenta de percalços e teve momentos de inflexão (positivos e negativos), ressaltando-se a capacidade de negociação com os organismos internacionais da equipe que conduziu o Programa Nacional em diferentes conjunturas, configurando o que denominamos de “especificidade da cooperação internacional do Brasil em HIV/Aids”.

2 ARCABOUÇO TEÓRICO E CONCEITUAL

2.1 A ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A análise de políticas públicas, ou, como denomina Souza (2006), “a política pública como área de conhecimento e disciplina acadêmica” (p. 21-22), é um campo disciplinar relativamente novo, mas seus primórdios remontam aos anos 1950, nos EUA, onde surge como subárea da ciência política. Porém o termo “análise de políticas” é mais antigo, data dos anos 1930, quando Laswell (1936) cria a expressão para conciliar conhecimento acadêmicos com as ações do governo, estabelecendo “diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo” (LASWELL, 1936 *apud* SOUZA, 2006, p. 23). É, portanto, um campo de conhecimento que lida com as relações entre o Estado e a sociedade, indo além da descrição normativa, avançando na análise das relações de poder que permeiam a ação do Estado.

É importante ressaltar que o campo da análise de políticas públicas passou por várias discussões e embates teóricos no decorrer de sua conformação, sobretudo entre estudiosos norte-americanos e europeus que, nas formulações iniciais, partiam de diferentes concepções teóricas, fundadas nas respectivas práticas sociais sobre o tema (MENY, THOENIG, 1992). No caso dos primeiros, priorizava-se basicamente a ação do governo (e da tecnocracia), considerando a política pública como um instrumento das decisões governamentais, sem estabelecer conexões com a reflexão sobre o Estado, devido sobretudo à prática dos consultores e *experts* que passaram a auxiliar os governos na formulação das políticas no imediato pós-guerras e no período da guerra fria (MENY, THOENIG, 1992; SOUZA, 2006).

Na Europa, por sua vez,

[...] a área de política pública surgiu como um desdobramento dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado – e de uma das [suas] mais importantes instituições – o governo –, produtor, por excelência, de políticas públicas (SOUZA, 2006, p. 22).

Essa tradição intelectual vem desde a produção de autores clássicos como Hegel, Marx e Max Weber. É, entretanto, na ciência política norte-americana que vão surgir as principais contribuições para o avanço e desenvolvimento da área, na perspectiva de entender e explicar como e porque os governos optam por determinadas políticas e não outras, assim como e porque determinados problemas entram para a agenda pública e outros não, independentemente de seu impacto nas sociedades e populações (MENY, THOENIG, 1992; SOUZA, 2006).

Ao longo dos anos as duas linhas de reflexão se aproximaram, o que permitiu que os objetos de estudo sobre a análise de políticas públicas migrassem do pragmatismo inicial do campo para outros questionamentos, promovendo a aproximação entre a dimensão material, ou a política pública em si (*policy*), da dimensão processual, ou dos processos políticos (*politics*) (MULLER, 1998)³.

2.1.1 O que é uma política pública?

Não existe consenso na literatura sobre uma definição de política pública. Uma síntese de algumas dessas definições é apresentada por Souza (2006, p. 24): para Mead (1995) a “política pública é um campo dentro do estudo da política” com o labor de analisar o governo à luz de grandes questões públicas; para Lynn (1980), “é um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos”, efeitos estes que Peters (1986) denomina de influência direta, ou indireta, na vida dos cidadãos; Dye (1984), por sua vez, define que a “política pública é o que o governo escolhe fazer ou não fazer”.

Da mesma forma, Meny e Thoenig (1992) afirmam que uma não política, ou a ausência de política para determinado problema considerado relevante, é uma decisão e, portanto, uma forma de política⁴. Para Viana e Baptista (2008) o elemento essencial na definição de políticas públicas é a ideia de “orientação política do Estado e de interesse público” (p. 68). Meny e Thoenig (1992) veem a política pública como resultante da ação de uma autoridade investida de poder político. Analiticamente, seria um conjunto de normas e práticas elaboradas por um ou vários atores públicos, expressando um programa de governo (ou um programa de ação ou não ação do governo). Os próprios autores assinalam, porém, que essa definição coloca duas outras dificuldades teóricas: como definir uma autoridade pública (que não se restringe aos governantes e tecnocratas oficiais); e quais são os aspectos específicos e os limites de uma política pública (em diferentes setores e âmbitos de um mesmo setor). Por sua vez, Souza (2006) afirma que esses debates devem “responder à questão sobre o espaço que cabe aos governos na definição e implementação de políticas públicas” (p. 26).

³ É importante lembrar que, diferente da literatura anglosaxônica, onde se diferencia *policy* (o conteúdo das políticas, um marco de orientação para a ação) de *politics* (processo de decisão política, que envolve diversas instâncias e atores), na literatura latina só existe um único termo (*política*) que tem vários usos e sentidos, englobando ambos significados.

⁴ Souza (2006) nos recorda que: “Há mais de 40 anos atrás, Bachrach e Baratz (1962) mostraram que não fazer nada em relação a um problema também é uma forma de política pública” (, p. 24, nota de rodapé 3).

Em síntese, apesar das diferentes definições, em geral todas elas remetem ao “*locus* onde os embates em torno de interesses, preferências e ideias se desenvolvem, isto é, os governos” (SOUZA, p. 25), o que, por sua vez, enfatiza a definição de Laswel (1936): “decisões e análises de políticas públicas implicam responder as seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz” (SOUZA, 2006, p. 24).

Atualmente existe concordância entre os autores que a análise de políticas públicas é a ciência do Estado em ação, que parte da percepção do Estado e do seu grau de autonomia em relação à sociedade, ou seja, quanto mais autônomo o Estado, menor é o poder de decisão da sociedade. No entanto, as relações que imprimem o padrão da interação entre o Estado e a sociedade são complexas, dinâmicas e se transformam ao longo da história, dependendo das características intrínsecas do país e da região (SERAFIM, DIAS, 2012, p. 123). Isso não significa que a essência do Estado muda ao longo dos anos, mas o que se modifica são as relações entre o Estado e a sociedade (OSZLAK, 1997 *apud* SERAFIM, DIAS, 2012). Nas próprias palavras destes autores, “o Estado é um ambiente de sistemática disputa política. Não deve, portanto, ser compreendido como um ente independente da sociedade e imune aos conflitos que nela se manifestam” (SERAFIM, DIAS, 2012, p. 124). É importante lembrar que aqui se está referindo ao Estado capitalista, o que significa que os processos políticos refletirão os mesmos conflitos que são inerentes a essas sociedades.

Para Serafim e Dias (2012),

[...] uma política estatal não constitui nem um ato nem um reflexo de uma resposta isolada, mas sim um conjunto de iniciativas e respostas que permitem inferir a posição do Estado frente a uma determinada questão. Assim, as políticas estatais podem ser classificadas como ‘nós’ do processo social, na medida em que refletem as diversas interações (inclusive disputas) entre os atores sociais. (Grifo dos autores) (p. 125).

Note-se que esses autores colocam os termos política estatal e política pública como equivalentes, o que não é consenso entre na literatura. Afirmam, porém, a partir de Roth Deubel (2006), que a agenda política é o “instrumento que reflete a priorização de temas e problemas a serem trabalhados por um governo” (p. 125), sendo, portanto, disputada entre os diversos atores do jogo político. Além disso, o que determina o consenso sobre um determinado tema é a arquitetura de poder de cada situação particular. Nessa lógica, entende-se por políticas públicas os “posicionamentos possíveis em relação a uma agenda, dadas as possibilidades teóricas, políticas e materiais, apresentadas aos atores que participam do jogo político” (SERAFIM, DIAS, 2012, p. 123). Acrescentaríamos que, embora as “possibilidades” sejam “apresentadas” aos atores envolvidos no jogo político, elas também podem ser modificadas

pelos próprios atores (ou alguns autores) no decorrer do próprio jogo, pois essa é uma dinâmica dialética e, portanto, ativa.

Alerta-se, por fim, que embora o Estado continue sendo um ator fundamental na elaboração e implementação das políticas públicas, em interação complexa com diferentes atores em diversos âmbitos e níveis, as políticas públicas podem ser “políticas de Estado”, isto é, políticas que permanecem mesmo com as mudanças de governo; porém, podem também ser “políticas de governo”, que não se consolidam como políticas de Estado, pois mudam a cada governo. Por outro lado, mesmo as políticas de Estado são implementadas por governos e, sendo assim, podem ter menor prioridade (com possíveis retrocessos) ou sofrer inflexões em determinadas gestões governamentais (ALMEIDA, 2008).

Segundo vários autores, a política pública em geral e a política social em particular são campos multidisciplinares e seu foco está nas explicações sobre a natureza da política pública, seu conteúdo e seus processos em diferentes momentos. Nas palavras de Souza (2006),

[...] Pode-se, então, resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, ‘colocar o governo em ação’ e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente) (p. 25). (Destaque da autora).

[...] [sendo] uma área que situa diversas unidades em totalidades organizadas [...] torna-se território de várias disciplinas, teorias e modelos analíticos [...] embora seja formalmente um ramo da ciência política, a ela não se resume [...] e] o caráter holístico da área não significa que ela careça de coerência teórica e metodológica, mas sim que ela comporta vários ‘olhares’ (p. 26). (Destaque da autora).

Nessa perspectiva, é importante lembrar que a política social, onde a saúde se insere, ou as análises sobre o Estado de Bem-Estar Social (*welfare state analysis*), há muitas décadas são objeto de estudo de vasta literatura especializada. Mas o mesmo não se pode dizer em relação às análises da política de saúde, que são bem mais recentes, além de que se encontram na literatura diferentes concepções de política de saúde.

Para Walt (1994), existem divergências entre os autores em como definir uma política de saúde. Para alguns, o conceito se refere ao conteúdo da política, por exemplo, à melhor forma de financiar o sistema de saúde, ou de organizar os serviços e os programas; e, para outros, o conceito de política de saúde concerne ao processo e às relações de poder, isto é, se refere à compreensão de como se tomam as decisões sobre determinada questão problemática, quem influencia a formulação de uma política e como um determinado problema e as decisões se transformam em políticas.

Almeida (1995, 2005, 2006, 2008) assume que a política de saúde é uma política social e, sendo assim, define uma política de saúde como

[...] um conjunto de ações desenvolvidas pelo Estado que afetam as condições sociais e as chances de vida e morte das pessoas, grupos e famílias. Em outras palavras, a política de saúde traduz o grau de esforço do Estado [ou não esforço] para modificar as condições adversas que favorecem o adoecimento dos indivíduos, tentando impedir que isso aconteça, e para atenuar o sofrimento das pessoas quando estão doentes. E esse esforço [ou não esforço] envolve o Estado e suas instituições, o governo e a sociedade e suas organizações representativas (ou não), grupos de interesse (incluindo as Organizações Não-governamentais-ONGs) e as organizações privadas (lucrativas e não-lucrativas) (ALMEIDA, 2008, p. 874).

Viana e Baptista (2008), por seu lado, definem políticas de saúde como

[...] as políticas que comportam diferentes tipos de ações coletivas e individuais, realizadas por diferentes instituições públicas e privadas para responder ao risco das populações adoecerem em distintos momentos históricos (p. 65).

Para elas, as políticas de saúde integram as políticas sociais e suas instituições em cada país conformam os modernos sistemas de proteção social.

Cada país responde diferentemente a ‘quem proteger’, ‘quanta proteção oferecer’, ‘como financiar’ a área de saúde. A resposta a esses questionamentos conforma o modelo de atenção à saúde e a organização do sistema de saúde de um país e determina não só a abrangência e qualidade da atenção oferecida, mas também a participação do Estado no financiamento da saúde, dimensão fundamental na definição do grau de regulação estatal sobre os sistemas (IMMERGUT, 1992; ALMEIDA, 1995, 2001, 2008; VIANA, BAPTISTA, 2008; DRAIBE, 2011).

Ao longo do século XX as políticas de saúde se tornaram centrais nos sistemas de proteção social dos países devido à maior intervenção do Estado no setor, tanto no que concerne à prestação de cuidados (inicialmente sobretudo assistência médica), quanto na produção dos insumos necessários para tal (IMMERGUT, 1992; ALMEIDA, 1995, 2001, 2006a, 2008). Por outro lado, o crescimento ou expansão dos sistemas de proteção social gerou a necessidade de melhor entender o papel do Estado como alavancador do desenvolvimento das políticas de saúde, o que implicou, entre outras coisas, em discussões sobre a regulação pública (ALMEIDA, 1996, 1999; VIANA, BAPTISTA, 2008).

A necessidade de compreender os diferentes modelos de proteção social e as dificuldades enfrentadas pelos países, devido à expansão da demanda e complexificação da proteção necessária, com conseqüente crescimento dos gastos e necessidades de mudanças é que despertou o interesse dos pesquisadores, a partir dos anos 1960, na análise da política de saúde, como

política estratégica no conjunto mais amplo das políticas sociais (ALMEIDA, 1995, 2006, 2008; VIANA, BAPTISTA, 2008),

2.1.1.1 Modelos de análise da política pública: diferentes enfoques

Vários modelos explicativos foram (e têm sido) elaborados para melhor entender a dinâmica das políticas públicas, na perspectiva de explicar porque o Estado e as organizações atuam em determinados *issues*, ou lhes dão prioridade, isto é, como determinadas questões entram para a agenda pública, frente a outras que são relegadas, apesar de sua importância.

Como nas demais áreas do conhecimento, o avanço teórico se dá tanto a partir da crítica das abordagens anteriores, quanto das articulações entre elas e da formulação de diferentes enfoques teóricos. Os modelos analíticos mais conhecidos vão desde a elaboração de tipologias de política pública (LOWI, 1964, 1972; MENY, THOENIG, 1984; 1992), até a “abordagem por etapas” (*stages heuristic*)⁵, que divide o processo decisório em estágios consecutivos – definição da agenda, identificação de opções e alternativas, processo de formulação e legitimação da política, implementação e avaliação –, e analisa os fatores que afetam cada uma dessas etapas do processo decisório. Essas abordagens foram predominantes até os anos 1980 e os enfoques variavam, segundo enfatizavam elementos de uma ou outra etapa.

A primeira delas (*agenda setting*) é particularmente estudada na literatura e tem Kingdon (1984) como referência, que a articula com outros momentos do “ciclo das políticas”, caracterizando um novo modelo, denominado de “múltiplas correntes” (*multiple streams*).

O enfoque elaborado por Kingdon (1984) distingue três diferentes dimensões de processo (ou *streams*, no texto original) – a dimensão do problema (*problem stream*), a dimensão da política (*politics stream*) e a dimensão das políticas (*policies streams*) – e defende que o Estado ou as organizações somente priorizam uma questão quando se abre uma “janela de oportunidade” ao mesmo tempo em cada uma dessas três dimensões. O principal ponto enfatizado pelo autor é que cada uma dessas dimensões (o problema, a política e as políticas) tem “vida própria” e a mudança na política somente ocorreria quando, de alguma maneira, essas três dimensões são consideradas conjuntamente. Nessa linha de reflexão esse mesmo autor tem analisado a dinâmica da formação e difusão de agenda de reformas de políticas e mudanças de paradigma de políticas públicas.

⁵ Entre os autores que desenvolveram o marco teórico da abordagem por etapas estão Laswell (1956), Jones (1970), Anderson (1975), Brewer e de Leon (1983), entre outros.

A partir dos anos 1990, diversos autores trabalharam novos enfoques a partir da crítica das ideias de Kingdon⁶, enfatizando suas fortalezas, debilidades e limites, impulsionando a revisão do tema e refinando os marcos teóricos. Entre esses trabalhos destaca-se o modelo da coalizão de defesa (*advocacy coalition*), de Sabatier e Jenkins-Smith (1993), que defende que crenças, valores e ideias são importantes dimensões do processo de formulação de políticas públicas, constituindo coalizões de defesa que se distinguem também pelos recursos de poder de que dispõem.

Outro modelo que merece atenção neste estudo é o das arenas sociais, que analisa a política pública como uma iniciativa dos chamados empreendedores políticos, que transformariam determinada situação num problema que exigiria a atenção dos decisores (*policy makers*). Esses empreendedores podem ser comunidades epistêmicas, de especialistas ou comunidades de políticas (*policy communities*), ou ainda movimentos sociais que congregam também elementos dessas outras “comunidades”. Esses atores específicos podem constituir redes sociais, que, segundo Souza (2006):

[...] envolvem contatos, vínculos e conexões que relacionam os agentes entre si e não se reduzem às propriedades dos agentes individuais. As instituições, a estrutura social e as características de indivíduos e grupos são cristalizações dos movimentos, trocas e ‘encontros’ entre as entidades nas múltiplas e intercambiantes redes que se ligam ou que se superpõem. O foco está no conjunto de relações, vínculos e trocas entre entidades e indivíduos e não, nas suas características (p. 32).

De qualquer forma, um ponto fundamental em toda essa discussão se refere à questão do Estado (ou dos Estados) e do processo de decisão na formulação e implementação das políticas públicas, seja em nível nacional ou internacional. Os autores têm buscado refinar alguns conceitos numa perspectiva que permita dar conta das diferenças nas políticas públicas formuladas e adotadas por diversos países, que apesar de terem feito opções aparentemente semelhantes ou estarem submetidos às mesmas pressões econômicas, são bastante particulares quando analisados no detalhe de suas respectivas especificidades. Não obstante, é na identificação dessas particularidades que, a partir dos estudos históricos comparativos, os autores constroem categorias de análise e enfoques teóricos mais abrangentes, capazes de maior poder explicativo sobre as diferentes realidades (ALMEIDA, 2008).

Uma contribuição fundamental para o avanço da análise das políticas públicas vem do neoinstitucionalismo, formulado nos EUA, sobretudo nas suas vertentes histórica e estrutural,

⁶ Entre eles estão Nakamura (1987), Sabatier (1991), Sabatier e Jenkins-Smith (1993).

que ressaltam a importância crucial das instituições (regras e canais de acesso/participação) na formulação e implementação das políticas públicas. Essa produção do conhecimento ocorreu na esteira das críticas às teorias reducionistas sobre o papel do Estado provocadas pela agenda neoliberal dos ajustes macroeconômicos condicionados às reformas das políticas sociais, incluídas as de saúde (ALMEIDA, 2006a, 2008).

A questão da “autonomia relativa” do Estado para definir e implementar suas próprias políticas (SKOCPOL, 1985), principalmente em relação às ideias e ideologias que permeiam as agendas e o poder de indução das organizações internacionais com as quais se relacionam em conjunturas e circunstâncias específicas, é um tema especialmente relevante nesse debate.

2.1.1.1.1 *Autonomia estatal e processo de decisão para a formulação/implementação de políticas*

Desde meados dos anos 1970 a crise econômica evidenciou a grande interdependência capitalista mundial e colocou no centro do debate a questão do Estado e sua atuação nas políticas de reforma. Numa perspectiva conceitual e analítica fez-se necessário repensar o Estado, tanto como ator quanto como estrutura institucional moldada pela sociedade, além de inter-relacionada mundialmente. Um avanço importante dessa reflexão se dá no âmbito da corrente teórica institucionalista norte-americana.

Para Skocpol (1985) na década de 1980 as propostas de “repensar o Estado” levaram a várias revisões e à uma importante mudança paradigmática. Esta autora enfatiza que o Estado moderno é fruto de um sistema de competição e inter-relação entre Estados, onde tanto as estruturas quanto atividades estatais são condicionadas por mudanças históricas em contextos transnacionais. Necessariamente, portanto, o Estado se encontra na intersecção entre a ordem sócio-política doméstica e as relações transnacionais, entre as quais deve manobrar para sobreviver.

Vários autores têm discutido a autonomia do Estado e do processo de decisão, enfatizando diferentes dimensões dessa autonomia. O conceito de autonomia se refere à força ou poder do Estado de impor suas próprias preferências (NORDLINGER, 1987; MANN, 1986), ou à habilidade do Estado de alcançar metas próprias (SIKKINK, 1990), ou ainda à capacidade do Estado de atuar como um ator independente, com preferências próprias, lugar de ação autônoma autorizada não redutível a nenhum dos grupos de pressão da sociedade (SKOCPOL, WEIR, 1985; QUADAGNO, 1988; GRINDLE, THOMAS, 1989; KITSCHOLT, 1989).

Diferencia-se a “capacidade de formular” da “capacidade de implementar” políticas, sendo que uma não pode ser reduzida à outra. Um Estado pode formular objetivos próprios sem

ter capacidade de fazer valer suas decisões, o que implica em ter estrutura organizacional competente e algum tipo de base de apoio e poder, seja societal seja global. A própria montagem do arcabouço institucional abre algumas possibilidades e fecha outras, além de que o legado das políticas e práticas pré-existentes, que se enraízam e cristalizam nas percepções dos atores estratégicos, faz com que se descartem determinadas opções (SKOCPOL, WEIR, 1985).

Existe, portanto, uma “autonomia relativa do Estado” (EVANS, RUESCHMEYER, SKOCPOL, 1985), isto é, ao mesmo que tem um espaço próprio de atuação o Estado é permeável a influências variadas (internas e externas; nacionais e internacionais), o que gera determinadas capacidades que criam as condições para a formulação e implementação das políticas. As fronteiras dessa autonomia relativa e o desenvolvimento dessas capacidades são específicos de cada sociedade e momento histórico e dependem de muitos fatores intervenientes.

Não cabe aqui entrar em detalhes sobre essa ampla produção e seus meandros teóricos e analíticos, mas alguns elementos dessa discussão são importantes ressaltar para o que se quer discutir nesta pesquisa.

As preferências estatais não são percebidas como consenso ou unidade, ao contrário, são resultado de conflitos internos, competições, barganhas, compromissos, alianças e coalizões; refletem o peso dos recursos de poder dos atores envolvidos no processo, mediados pelas regras institucionais e normas informais que permeiam o Estado e as organizações intergovernamentais.

Quadagno (1988), por sua vez, ilumina os três níveis de política pública que não são usualmente considerados, uma vez que geralmente as análises se concentram no processo de tomada de decisões. Propõe um modelo tridimensional para a análise da dinâmica da autonomia estatal, baseado nos três níveis do processo político definidos por Claus Offe (1984): a “arena de formulação de políticas” (*decision making* ou processo de tomada de decisões), a “formação da agenda pública” (ou constituição da matriz de poder social) e as “mudanças na matriz de poder social” (QUADAGNO, 1988, p. 180). Essa perspectiva difere da abordagem por etapas de Kingdon (1984), anteriormente enunciada. Esses três níveis não se confundem nem são redutíveis uns aos outros, embora se articulem. Têm componentes diferentes, até mesmo contraditórios ou divergentes, daí a importância de mantê-los como níveis distintos de análise.

2.1.1.1.2 *O papel das ideias*

Sikkin (1990) discute a autonomia estatal em relação às ideias, ideologias e instituições pelas quais transitam. A autora rejeita a percepção de vários estudos que analisam a influência

das ideias como um tipo de variável interveniente mediadora entre interesses e resultados. Para a autora, as ideias são como "lentes" sem as quais nenhuma compreensão de interesses é possível, uma vez que transformam a percepção dos interesses. Mas enfatiza a absoluta centralidade dos fatores políticos e ideológicos em não apenas determinar os resultados das políticas, mas também influenciar os muitos significados e interpretações das ideias e recomendações para a sua formulação.

A estrutura institucional e as normas formais e informais que governam o Estado e as organizações têm impacto decisivo na possibilidade das ideias serem incorporadas. Entretanto, nem toda instituição torna-se envolvida pelas ideias: a pré-condição imprescindível é a existência de um nível mínimo de continuidade (institucional e de pessoal) e a adequação infraestrutural às metas que se pretende levar adiante (SIKKINK, 1990, p. 248). O recurso potencial das ideias tem que ser mobilizado no "jogo da política", numa complexa interação que imbrica ideias, instituições e indivíduos na dinâmica do processo político.

Por outro lado, outras instituições fora do Estado, inclusive no plano internacional, jogam papel importante na transmissão das ideias. A conexão entre atores relevantes, indivíduos e instituições e a continuidade deles no aparelho de Estado (e em organizações influentes) são particularmente importantes nessa transmissão. A consolidação e persistência de novas ideias dependem também do grau de consenso formado em torno delas. Os atores respondem às novas políticas segundo suas próprias percepções (da realidade e dos seus interesses) e essa percepção é estruturada a partir das ideias e ideologias historicamente formadas (SIKKINK, 1990).

Em sintonia com vários dos autores citados anteriormente, Sikkink (1990) vai reafirmar que enquanto a convergência de um conjunto de pré-condições internacionais e a emergência de novas ideias levam à adoção de determinadas políticas, as opções adotadas, o sucesso ou fracasso delas e a consolidação do modelo preconizado, assim como a forma da política implementada, dependem fundamentalmente das características e fatores eminentemente domésticos. A articulação desses dois conjuntos de variáveis –internacionais e nacionais–, cuidadosamente discutidos na dinâmica histórica específica de cada caso, é que vai fornecer as explicações para os respectivos processos de mudança.

Outros autores têm focado a questão da difusão de ideias e inovações a partir de modelos e tipologias que explicariam a relação entre atores na implementação de políticas, sobre-

tudo de mudanças. Entre eles, Ikenberry (1990) propõe uma tipologia que identifica três mecanismos que seriam responsáveis pela difusão de ideias para a inovação: indução externa, *policy bandwagoning* e aprendizado social (IKENBERRY, 1990).

A “indução” ocorreria em processos em que o ator externo utiliza mecanismos –incentivos, sanções ou mesmo coerção– para induzir a adoção de determinadas políticas. Entretanto, ressalva que o papel indutor externo é mais complexo do que a perspectiva simplista da coerção. O que emerge são coalizões que se formam em torno a determinadas estratégias ou propostas, onde a pressão externa encontra solo fértil na dinâmica nacional e nas agências multilaterais, ou em outros atores externos, fornecem informações e recursos que servem para criar ou fortalecer essas coalizões. De fato, pressões externas podem ser bem-recebidas e manipuladas pelas elites reformistas, de forma a reforçar sua posição política doméstica. Assim, as “condicionalidades” associadas aos compromissos externos serviriam para diminuir o controle de grupos de interesse nacionais sobre as políticas e agências (MELO, COSTA, 1994).

O *policy bandwagoning* consiste em emular e difundir os êxitos experimentados por outros países na implementação de políticas similares. As elites técnicas (ou comunidades dos especialistas) e a burocracia executiva são os principais responsáveis pelo comportamento mimético para a introdução de inovações, mas a fonte propulsora está no âmbito internacional, que estabelece a competitividade e imperativos de sobrevivência entre os países. Ikenberry (1990) enfatiza que esse movimento de avaliação é francamente normativo, ou seja, o sucesso preconizado não necessariamente está relacionado com indicadores concretos e objetivos sobre os resultados. A busca de políticas “que funcionam” tenderá a ser mais intensa em contextos competitivos e quanto menor o nível de informação crítica sobre o efeito das políticas, maior será a prevalência do comportamento adaptativo.

Já o processo de “aprendizado social” se configura como uma dinâmica em que o conhecimento “relevante” para a compreensão dos efeitos e impacto das políticas se acumula e dissemina no sistema internacional. E esse conhecimento se apresenta como relativamente consensual em grupos específicos, principalmente na comunidade de especialistas que elaboram análises para essas organizações. A noção de “comunidades epistêmicas” (HASS, 1992) trata exatamente do papel dos especialistas na busca de evidências cientificamente comprovadas em certas áreas-problema, voltadas para diminuir o grau de incerteza com informações supostamente objetivas, contribuindo para subsidiar os interesses do Estado para a definição da agenda pública e de políticas setoriais, além de pautas de negociação entre diferentes atores. A atuação

dessas comunidades se funda no consenso e persuasão construídos a partir do conhecimento especializado.

2.2 POLÍTICA EXTERNA COMO POLÍTICA PÚBLICA

No âmbito das relações internacionais ou das políticas internacionais, o desenvolvimento do campo de análise da Política Externa data dos anos 1960, mas, recentemente, vem passando por revisões e refinamento teórico. No Brasil, essa área deslanchou mais tardiamente (HIRST, 1992).

Segundo Salomon e Pinheiro (2013), esse campo se desenvolveu sob as mesmas bases teóricas tradicionais das relações internacionais, ou seja, sob a influência do liberalismo, do realismo e do construtivismo. Do liberalismo herdou o olhar apurado sobre as variáveis internas, ou do próprio Estado, no processo decisório, ao contrário da visão realista, que oferece elementos altamente focados no poder externo ao Estado, ou poder do sistema mundial, ou entre as principais potências do sistema, que, para esses estudiosos, seria o principal condicionante de política externa. Já o construtivismo, segundo as autoras, não é estritamente uma teoria das relações internacionais e sim um “empréstimo” das teorias sociais mais amplas, e parece ser a linha teórica que mais influencia a análise da política externa, devido à centralidade da dimensão cognitiva, ou do papel das ideias como determinante da vida social. Segundo essas autoras, o construtivismo sustentaria as análises sobre a “formação de interesses, normas internacionais, redes de ativismo transnacionais ou interação de estruturas e agentes” (p. 48).

Milani e Pinheiro (2013) sinalizam que “nem sempre o processo decisório, a diversidade temática e a dinâmica política estiveram presentes nos estudos sobre política externa” (p. 13). Como nas demais áreas de políticas públicas os fatos concretos foram reorientando e alavancando as revisões teóricas.

Segundo esses autores, um “trabalho seminal” foi o de Snyder *et al.* (1962), a partir do qual a análise de política externa (APE)

[...] adotou o plano doméstico, em particular o processo decisório, como variável explicativa para o comportamento dos Estados no plano internacional. Ao resgatar a contribuição da corrente liberal para o campo de reflexão das relações internacionais, em particular o papel dos indivíduos e das instituições no processo de formulação das políticas, a APE ressaltava o poder do agente nas escolhas internacionais dos Estados (p. 13).

Entretanto, convergindo com essa visão, Milani e Pinheiro (2013) também mencionam Sprout e Sprout (1956), que já haviam sublinhado anteriormente a importância das percepções

e interpretações acerca do contexto internacional dos indivíduos e grupos na análise de política externa. E, no final da década de 1960, Rosenau (1967) chamava a atenção para a relevância do contexto internacional na formulação e no conteúdo da política externa, ressaltando a importância de elaborar marcos teóricos que abrangessem os distintos níveis de análise da política externa. Na década seguinte (anos 1970), outro trabalho importante, a pesquisa de Allison (1971) sobre a crise dos mísseis soviéticos em Cuba (em outubro de 1962) “contribuiria para o fortalecimento da tese de que era necessário ‘abrir a caixa-preta’ do Estado” (MILANI, PINHEIRO, 2013, p. 14). Os mesmos autores afirmam que com “o surgimento do realismo estrutural e a publicação, e grande aceitação, da obra de Kenneth Waltz (1979) –*Theory of International Politics*–, a análise de política externa foi relegada a um plano secundário”, só começando a ser “revitalizada” na década de 1980.

Os acontecimentos das últimas décadas do século XX foram fundamentais para esse renascimento, momento em que vários analistas⁷ começam a se referir ao surgimento de uma “nova política externa”:

A simultaneidade de fatores – tais como o fim da competição bipolar, a diversificação das coalizões, os processos de globalização e liberalização econômica, as crises financeiras de natureza sistêmica, a revolução tecnológica na área de informação e a ação transnacional de redes de ativismo e movimentos sociais– produziu uma inflexão nas concepções contemporâneas sobre o papel do Estado e em suas práticas no campo da política externa. Surgiram novas possibilidades de ação internacional dos Estados, mas também novos constrangimentos (MILANI, PINHEIRO, 2013, p. 15).

No que concerne à América do Sul, com os processos de transição política e democratização emerge e ganha visibilidade um número crescente de atores variados, com significativa diversificação de interesses e projetos políticos, que se reflete também em certa demanda por participação no debate de questões internacionais (MILANI; PINHEIRO, 2013).

No caso do Brasil, Lima (2000) analisa que a simultaneidade da liberalização econômica e da abertura política deu início a uma nova fase da PEB, denominada pela autora de “integração competitiva” (p. 295).

A entrada de diplomatas em outras agências ou instituições governamentais (que, Milani e Pinheiro, 2013, chamam de “êxodo”, e teria ocorrido a partir dos anos 1980) (p. 17); e a crescente internacionalização de temas setoriais, sobretudo a partir da segunda metade dos anos

⁷ Os autores citam HILL, 2003; NEACK, 2003 e HUDSON, 2005 como referências que analisaram essa revitalização (Milani & Pinheiros, 2013, p. 14).

1990, que passam, posteriormente (nos anos 2000) a ser priorizados na agenda da PEB (como por ex. a saúde) configuram uma nova dinâmica da política externa do Brasil.

Em síntese, os autores reiteram que todas essas mudanças requerem novos arcabouços teóricos, marcos interpretativos e categorias de análise que deem conta dessa nova realidade, para melhor compreender a política externa dos Estados em geral e, especificamente, a PEB. Em outras palavras, exigem retomar os

[...] pressupostos analíticos que concebem a política externa como resultado de iniciativas tomadas por diferentes atores (principalmente, mas não exclusivamente, o Estado) em interação com o ambiente internacional (MILANI, PINHEIRO, 2013, p. 15).

E, em consonância com o contexto doméstico e as aspirações de maior protagonismo do país no sistema mundial, questionam o pressuposto da relativa autonomia e do insulamento burocrático do Itamaraty no processo de formulação e condução da política externa”, renovando as ideias no que concerne “à relação entre política doméstica e política externa, à disputa burocrática, bem como às relações Estado-sociedade” nessa área (MILANI, PINHEIRO, 2013, p. 18).

Essa revisão preliminar da literatura teórica e conceitual do campo de análise de políticas públicas, incluída a PEB, fornece elementos importantes do marco analítico deste estudo.

2.3 COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

As preocupações, reflexões, e até mesmo especulações, em torno do conteúdo e da prática da cooperação, são tão antigas quanto o próprio pensamento humano (NISBET, 1968 *apud* LEITE, 2013). A busca por uma definição e pela compreensão do significado da cooperação envolve “um conjunto diverso de práticas, experiências e relações oficialmente acordadas e/ou genericamente definidas em certos contextos e campos discursivos” (LIMA, [s/d], p. 01)

De acordo com o verbete publicado no Dicionário de Ciências Sociais (COSER, 1987): “Cooperação denota uma ação comum que visa à realização de metas desejadas por todos os interessados. Pode ocorrer em resposta a normas sociais aceitas [...] ou como instrumento na consecução de um fim qualquer” (p. 271). Esta definição contempla a própria morfologia da palavra, que é co-operar e significa trabalhar em conjunto. No entanto, segundo Lima ([s/d], p. 2) são muitas as convergências de significados de cooperação e variam de acordo com a articulação do termo às noções de sentido que são advindas de “julgamentos correlatos ou intrínsecos”, como por exemplo, “interdependência, interação, solidariedade, desenvolvimento” etc.

Para esta autora, essas articulações definem relações “decisivas” para os significados do conceito.

Apesar do entendimento geral dos cientistas sociais em torno da importância dos processos cooperativos como “prática social”, não há na literatura elaboração teórica suficiente para que a cooperação se “fundasse como um campo de estudos, que permitisse avaliar o percurso dessa problemática de contornos interdisciplinares no contexto de suas fecundas produções” (p.2). Por outro lado, observa-se um pouco mais de avanço na área de Relações Internacionais, pela visibilidade que o tema adquiriu como parte do “desafio intelectual de desvendar as particularidades das relações internacionais contemporâneas” (LIMA, [s/d], p. 2).

Assim mesmo, para Almeida (2013), a reflexão sobre a cooperação ainda é pouco explorada analiticamente na área de relações internacionais e ainda bastante marcada pelas suas correntes tradicionais (realista, liberal e idealista). A autora destaca os principais caminhos tomados pelas reflexões contemporâneas sobre o tema nos campos das relações internacionais, da ciência política e da antropologia no aprofundamento da discussão específica sobre a Cooperação Técnica Internacional para o Desenvolvimento (CID): se por um lado as duas primeiras “centraram suas discussões na dinâmica do sistema mundial, permeada pelas relações de poder”, a antropologia, por sua vez, focou no “aparato institucional e no processo de cooperação numa perspectiva etnográfica” (p. 18).

Dessa forma, é imprescindível que na discussão da cooperação internacional, em uma perspectiva de análise de políticas, se apresente um mapeamento das ideias, definições e conceitos utilizados na literatura pelas diferentes áreas de conhecimento, contextualizando-os historicamente. Como afirma Almeida *et al.* (2015), os estudos sobre cooperação internacional podem ser situados numa perspectiva histórica e sistematizados em “conjunturas concretas, na dinâmica do sistema mundial e nas mudanças estruturais ocorridas” (p. 280). Sendo assim, para esses autores, tanto a ajuda externa como a cooperação internacional “são historicamente marcadas pelas relações com as práticas sociais, políticas e econômicas de cada sociedade em particular e pela posição que essa sociedade ocupa no sistema mundial” (ALMEIDA *et al.*, 2015, p. 281).

Portanto, parte-se do panorama histórico e contextual de surgimento dos termos –Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID) e Cooperação Sul-Sul (CSS)–, com ênfase na segunda, na tentativa de identificar convergências e despistar as confusões entre termos e definições que são bastante comuns nas publicações disponíveis.

2.3.1 A Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID)

O marco da cooperação internacional para o desenvolvimento, ainda no final dos anos 1940, foi o lançamento do programa de governo do presidente Truman, dos Estados Unidos da América (EUA) em 1948 que, no seu segundo mandato, continha o chamado Ponto IV, que caracterizava as relações entre países nos anos 1950 como predominantemente bilaterais e focadas na melhoria da infraestrutura daqueles em desenvolvimento (LEITE, 2013; ALMEIDA, 2013, 2017a). Esse programa foi aprovado pelo Congresso norte-americano com a promulgação da Lei do Desenvolvimento Internacional.

A Resolução N° 200 da Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU), de 1948, trouxe a primeira definição oficial de cooperação internacional, que naquele momento foi descrita como uma atividade multilateral de “assistência técnica para o desenvolvimento econômico”, promovida nos países membros pelas agências especializadas do recém-criado sistema da ONU, com o objetivo maior de suprir lacunas de desenvolvimento e estabelecer claramente as relações entre prestador-receptor de cooperação (ALMEIDA, 2013, 2017a; ALMEIDA *et al.* 2015).

Na realidade, essa resolução regulamenta a ‘prática da assistência técnica’ que passou a ser prestada aos países em desenvolvimento pelo Sistema da ONU a partir de 1948, com o propósito de promover o “progresso e o desenvolvimento econômico e social”. Nela, o termo ‘cooperação’ é apresentado como atuação cooperativa interagências do sistema da ONU, e não entre as agências e os países, e é definido como a “prestação de ajuda especializada”, seja “individual ou em grupo de especialistas”, sempre mediante a solicitação dos países requerentes, que teriam toda autonomia decisória sobre a forma de assistência a ser operacionalizada no seu território. Apesar de considerar no seu preâmbulo o tema social como um elemento do desenvolvimento, no corpo do texto é priorizada na Resolução 200 a linguagem do desenvolvimento econômico, como principal forma de solucionar o tema do subdesenvolvimento. Portanto, a prática da ‘assistência técnica’ é considerada na resolução como função do Sistema ONU e contempla os seguintes elementos⁸:

1. Organização de equipes internacionais de especialistas, independentemente de serem funcionários do sistema, podendo ser fornecidos pelo sistema, o que caracteriza a consultoria por

⁸ Resolução n° 200/AGNU. *Technical Assistance for Economic Development* (Assistência técnica para o desenvolvimento econômico).

contrato, para a prestação de serviços. Com isso, infere-se que a Resolução 200 também regulamentou a prática da contratação de consultores;

2. Fornecimento de bolsas de formação em instituições de países desenvolvidos;
3. Visitas técnicas de especialistas internacionais para capacitação de pessoal e para apoio na organização de instituições técnicas no nível local;
4. Provimento de instalações que pudessem assistir diretamente os governos com o suprimento de insumos e serviços necessários para o cumprimento do mandato de assistência técnica regulamentado pela Resolução.

Esse mesmo documento também regulamenta a prestação de contas sobre o conjunto de ações de assistência técnica do Sistema, que seria apresentado anualmente nas reuniões do Conselho Econômico e Social da ONU (*UN Economical and Social Council – Ecosoc*).

Essa prática da cooperação técnica internacional para o desenvolvimento, com base no conceito de ‘ajuda’ ou ‘assistência’ é, portanto, posterior à Segunda Guerra e foi caracterizada pelos esforços de promoção do desenvolvimento internacional, tendo, de um lado, um contexto de “obrigação moral” entre os países ricos em relação aos mais pobres e de necessidade de harmonia entre as nações diante da devastação da guerra (KUHNNEN, 1987); e, do outro, o estabelecimento da Guerra Fria, que alterou “brusca e radicalmente a paisagem política mundial a partir dos anos 1947” (PEREIRA, 2014, p. 534).

Ao mesmo tempo, nessa definição a cooperação internacional seria uma ação realizada por instituições especializadas, o que representou um passo adiante no processo de “institucionalização das relações internacionais” (HERZ, HOFMANN, 2004, p.19), porque definia claramente a associação entre as organizações intergovernamentais e o multilateralismo. Este último entendido como um “conjunto de princípios que propiciam a coordenação de relações entre três ou mais Estados” ou “que especificam condutas apropriadas para uma classe de ações entre eles”, dependendo da área de atuação (BURLEY, 1993, p. 148).

Assim, a Resolução N° 200 da AGNU também reforçava o aspecto solidário e humanitário da cooperação internacional, ao definir como elemento fundamental desse processo “a transferência não comercial de técnicas e conhecimentos”, se constituindo, portanto, um divisor de águas no que diz respeito à forma como os governos deveriam encarar a ajuda externa e também sobre como deveriam se organizar internamente, instrumentalizando-se para obter essa ajuda de maneira sistemática (ALMEIDA, *et al.* 2015, p. 279).

Na definição de cooperação da ONU se encaixa também o termo “ajuda externa”, instrumento de “apoio ao desenvolvimento” que foi inserido na agenda das políticas externas como uma inovação do pós-segunda guerra mundial, e também como parte da estratégia dos EUA de, ao mesmo tempo, alavancar a reconstrução europeia e exercer a nova liderança mundial conquistada no período entre guerras. Essa dinâmica deslancha a partir dos anos 1950 com grande diversidade de atores prestadores de ajuda (agências da ONU, ONG e redes internacionais) e de ações que vão desde projetos de reconstrução de países, até pesquisas e fortalecimento de respostas governamentais para questões econômicas, sociais e de saúde, o que compõem a Ajuda Oficial para o Desenvolvimento (AOD) (LANCASTER, 2007). Em síntese, o termo ‘ajuda externa’ foi promovido como “ferramenta para preenchimento das lacunas econômicas entre as nações ricas e as pobres” (FEINBERG, 1993, p. 309).

Ao longo dos anos, a ajuda externa sofreu algumas mudanças, tanto no formato como na proposta. Entre 1950-1960, os doadores focaram em “projetos adequados” para promover o “crescimento” nos países em desenvolvimento, no longo prazo. Em 1961, o Comitê de Assistência para o Desenvolvimento (*Development Assistant Committee* – DAC) da OCDE passou a utilizar o termo “ajuda oficial para o desenvolvimento” (CAD, 2008), com base nos seguintes critérios: ser administrada por uma “agência oficial”, ter como principal objetivo promover o desenvolvimento econômico e conter um elemento de subsídio ou subvenção de vinte e cinco por cento ou mais. Essas definições da OCDE englobam a “ajuda para alimentação” e a “cooperação técnica” para treinamentos e educação; no entanto excluem “cooperação militar” e outros fluxos oficiais (FEINBERG, 1993, p. 310).

Em 1959, a Assembleia Geral das Nações Unidas recomendou a substituição do termo “assistência técnica” por “cooperação técnica”, na Resolução N°1.383. De um lado, alguns autores observam essa mudança como atendimento às reivindicações dos países em desenvolvimento para que a ajuda fosse caracterizada como resposta à interesses mútuos (BUSS, FERREIRA, 2010); ao mesmo tempo, outros afirmam que foi da comunidade intelectual e dos círculos políticos dos países desenvolvidos que partiu a promoção da mudança, devido à carga ofensiva do termo “assistência” e à possibilidade de afetar o novo sentimento nacionalista advindo da independência das ex-colônias (LEITE, 2013). Domergue (1968) afirma que nesse contexto, apesar dos termos “cooperação” e “assistência” serem utilizados para cumprir objetivos semelhantes, o primeiro denota certo grau de paridade de níveis entre os atores envolvidos na relação, onde cada um apresenta algo particular que pode ser objeto de aquisição do outro, enquanto que a “assistência” remete a uma relação necessariamente desigual caracterizada não

só pelo fato de que uma das partes é apenas receptora, mas também porque, aparentemente, a “assistência” não era utilizada para complementar esforços locais.

2.3.2 A trajetória da Cooperação Sul-Sul

A construção fidedigna da história da Cooperação Sul-Sul (CSS) esbarra em alguns empecilhos: “dilatação do significado”, “lacuna de estudos empíricos históricos sobre o tema” e “carência de registros”, especialmente dos próprios países em desenvolvimento (LEITE, 2013, p. 56). Com isso, um bom ponto de partida pode ser o levantamento dos principais conteúdos e contribuições dos eventos multilaterais que proporcionaram e promoveram a trajetória dessa modalidade de cooperação a partir de meados do século XX, no contexto da Guerra Fria.

É consenso entre os autores a afirmação que o marco inicial da CSS foi a realização da Conferência de Bandung (Indonésia), em abril de 1955, também conhecida como Conferência Afro-Asiática (VALLER FILHO, 2007; ALMEIDA, 2013; LEITE, 2013), organizada pelos países do sul geopolítico, que contou a participação de um número total de 29 estados e 30 movimentos de “libertação nacional” (VALLER FILHO, 2007, p. 30).

Dentre as contribuições de Bandung destaca-se o sentido de cooperação como “estratégia de fortalecimento dos recursos de poder dos países em desenvolvimento ou do Terceiro Mundo”⁹, naquela conjuntura internacional bipolar (ALMEIDA, 2013, p. 256), que viria, posteriormente, assentar as bases (ou princípios) do “não alinhamento” desses países à ordem econômica então vigente.

Leite (2013), ao descrever a Conferência de Bandung como marco “promotor da cooperação econômica e técnica entre países em desenvolvimento”, resgatou alguns termos ou expressões presentes no Comunicado Conjunto daquela Conferência, que serão úteis para a construção do nosso marco teórico, porque permaneceram presentes no discurso e na prática da CSS ao longo dos anos. Segundo esta autora, o termo “cooperação econômica” (primeiro item do Comunicado) contemplava ações ou atividades com os seguintes elementos: “assistência técnica mútua”, “ação coletiva para estabilização de preços”, “formulação de políticas comuns”,

⁹ De acordo com Leite (2003), a partir de vários autores, o termo Terceiro Mundo foi criado pelo economista francês Alfred Sauvy em 1952, como forma de designar os países que não se alinhavam aos blocos no âmbito da disputa bipolar que caracterizou a Guerra Fria. Segundo a autora, esse termo sofreu várias críticas. Esse Movimento se configurou como uma articulação política entre os países do então chamado Terceiro Mundo contra a dominação das grandes potências e o privilegiamento de seus interesses no sistema mundial (ALMEIDA *et al.* 2010; ALMEIDA, 2017a; BUSS, FERREIRA, 2010).

“consultas prévias para elaboração de posições comuns em fóruns internacionais para promover o interesse mútuo”, dentre outras (p. 57).

Esses elementos foram norteadores da construção de alianças e parcerias desses países ao longo das décadas posteriores, especialmente no que dizia respeito às reivindicações sobre uma “Nova Ordem Econômica Internacional (Noei)”, que deveria ser reorientada “a partir de mudanças na dinâmica econômica global e de maior participação dos países em desenvolvimento nos fóruns internacionais” (ALMEIDA, 2013, p. 256). Em outras palavras, promoviam os princípios de uma articulação entre países que, a partir de 1961, ficou conhecido como “Movimento dos Não-Alinhados” (MNA)¹⁰, constituído em 1961 na Conferência de Belgrado. O MNA se definiu “como uma terceira força potencial, independente dos dois blocos hegemônicos, e que faria da ONU sua tribuna de reivindicações” (VALLER FILHO, 2007, p. 30). Era, portanto, uma articulação dos países do então chamado Terceiro Mundo contra a dominação econômica das grandes potências e o privilegiamento de seus interesses no sistema mundial e, ao mesmo tempo em que propunha a Noei, reivindicava maior protagonismo dos países em desenvolvimento nessa dinâmica e a consideração de suas necessidades e interesses específicos nos fóruns e debates internacionais (ALMEIDA, 2013; ALMEIDA, 2017a; BUSS, FERREIRA, 2010). Essa conferência pode ser considerada o passo seguinte à Bandung, porque abriu caminho para a capitalização das posições de vários países recém-descolonizados em defesa de sua autonomia diante da Guerra Fria (LEITE, 2013).

A dinâmica Sul-Sul, na esteira do MNA, teve como pano de fundo o debate teórico conceitual tensionado pela Comissão Econômica para a América Latina (Cepal) a respeito das questões sobre a “dependência”, o “desenvolvimento”, o “subdesenvolvimento” e a relação “centro e periferia” (VALLER FILHO, 2007, p. 31), que se somaram às discussões internacionais em torno da ajuda externa para o desenvolvimento, que é parte da trajetória da CID e tem, na década de 1960, uma convergência histórica importante com o caminho tomado pela CSS: a realização da Primeira Conferência das Nações Unidas sobre o Comércio e Desenvolvimento, em 1964 em Genebra, que marcou agenda da ONU (*United Nations Conference on Trade and Development* – Unctad). O MNA questionava fundamentalmente o sentido assistencialista da ajuda externa, que não atendia às expectativas dos países receptores. Entretanto, os países do Norte não tinham interesse nessa mudança e preferiam ofertar recursos para ajuda externa do

¹⁰ Esse Movimento se configura como uma articulação política entre os países do então chamado Terceiro Mundo contra a dominação das grandes potências e o privilegiamento de seus interesses no sistema mundial (ALMEIDA *et al.* 2010; BUSS, FERREIRA, 2010).

que abrir seus mercados aos produtos do Sul. Embora *Trade not Aid* tenha sido o “grito de guerra” dos países do Sul na Unctad, seus objetivos não foram alcançados, nem mesmo na segunda conferência em 1968, quando a demanda do Sul se repetiu.

Mesmo assim, um dos produtos da Unctad foi “a consolidação da maior organização intergovernamental e espaço de articulação dos países em desenvolvimento no âmbito das Nações Unidas”, o Grupo dos 77 (o G77)¹¹ que, na década seguinte, impulsionaria a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD) como instrumento importante da CSS (ALMEIDA, 2013, p. 256–7).

Segundo Amador (2001, p. 171), esse novo paradigma, traduzido por muitos autores como uma “nova modalidade de cooperação” trouxe à tona o papel de “ofertador de cooperação” aos países considerados até então apenas receptores de ajuda externa. Para este autor, a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD), também denominada cooperação horizontal ou CSS, era mais um mecanismo que favoreceria o alinhamento das políticas e estratégias, nacionais e internacionais, que favorecessem o desenvolvimento dos países do sul geopolítico, na perspectiva de responder de forma mais efetiva ao entorno internacional e aos impactos do mundo globalizado.

Para Leite (2012), ao mesmo tempo em que a CSS foi identificada pelos especialistas como uma “modalidade” da CID, a mesma expressão também passou a ser utilizada de maneira aleatória e recorrente por diferentes atores governamentais, sociedade civil e organismos internacionais para classificar um amplo leque de possibilidades e de relações entre os países em desenvolvimento: se, de um lado, a Unctad “representou o alargamento da aliança” entre os países do sul geopolítico, do outro “agregou à agenda da CSS um consenso em torno do comércio internacional como instrumento de desenvolvimento econômico” (p. 57), ou seja, a agenda da Unctad foi um marco importante não só para a trajetória histórica da CSS, mas também da CID, porque nesse marco os países do Sul “passaram a disputar abertamente os modelos de cooperação então vigentes” (Leite (2013, p. 58).

No entanto, a Unctad não foi suficiente para levar adiante o propósito de “reestruturação do comércio internacional”, que era a principal agenda do G77. Primeiro porque os países desenvolvidos não reconheciam “a reestruturação do comércio como modalidade da Ajuda Oficial para o Desenvolvimento”; segundo, porque não houve consenso entre os financiadores para

¹¹ O G77 existe até hoje, mas com um número muito maior de países–membro, embora mantenha a sigla pela qual ficou conhecido.

integrar a Unctad às políticas de assistência da época; e, por último, os países desenvolvidos tinham o Pnud, onde incidiam com seus interesses relacionados ao desenvolvimento, o que, em grande medida, contribuía para a separação total das duas agendas (LEITE, 2013, p. 59).

2.3.2.1 Ressurgimento da CID e da CSS

O início dos anos 1980, logo após a crise do petróleo da segunda metade dos anos 1970 e já apresentando os primeiros sinais de falência do modelo bipolar da Guerra Fria, foi o momento de ressurgimento do tema da cooperação nos estudos teóricos das relações internacionais e da economia política internacional, dessa vez como outro paradigma do sistema mundial, o multipolar. A partir daí o termo cooperação internacional passou ser definido como “ajuste mútuo das políticas de governo através de um processo de coordenação de políticas” (MARTIN, 1993, p. 434-436).

Essa definição está assentada nos conteúdos que deram novo impulso aos estudos sobre cooperação internacional. Dentre eles destacam-se os do pesquisador Robert Keohane, quem questionou, no início dos anos 1980, se seria possível a existência de relações de cooperação internacional num sistema mundial sem a hegemonia dos EUA e da URSS. Até então, as relações de cooperação internacional e seu processo de institucionalização eram explicados à luz das teorias da hegemonia de Estados nacionais. No entanto, Keohane, no seu livro *After Hegemony: Cooperation and Discord in the World Political Economy* (“Após a Hegemonia: cooperação e discórdia na economia política mundial”), de 1984, partiu do pressuposto de que o Sistema Internacional não viveria eternamente equilibrado por estados hegemônicos para apresentar o seguinte conceito de cooperação internacional:

Ajustes mútuos em políticas de governos num determinado setor (*policies*) por meio de um processo de coordenação política entre países, de forma que, após tais ajustes as políticas de governo seguidas por qualquer desses governos naquele setor passam a ser vistas como facilitadoras da realização dos objetivos de todos os demais (KEHOANE, 1984, p. 63, tradução nossa).

O conceito de Keohane traz em si pelo menos duas implicações bastante relevantes para esta pesquisa que trata da cooperação do Brasil em HIV/Aids. A primeira é a de que a cooperação internacional, por ser um processo de coordenação política, não é uma atitude simplesmente altruísta ou solidária, ao contrário, é repleta de conflitos. A outra é a de que a cooperação internacional também não é apenas resultado de interesses comuns, mas gerada em ambientes de incerteza e, muitas vezes, de disputa, portanto necessita de instituições que atuem na redução dessas “inseguranças” que podem ser consequência de relações assimétricas entre os atores envolvidos.

Assim, se durante a Guerra Fria os interesses comuns de cooperação entre os Estados necessitavam das potências hegemônicas para manterem-se em equilíbrio, no mundo multipolar esses mesmos interesses só se sustentariam a partir de ‘regimes internacionais’ ou conjunto de princípios, normas, regras procedimentos e processos decisórios, implícitos ou explícitos, em torno dos quais as expectativas dos atores convergiriam em determinada área das relações internacionais (KRASNER, 1982).

Nesse contexto, a importância das organizações internacionais aumentaria ainda mais, pois elas se tornariam componentes centrais dos processos decisórios dos regimes internacionais, além de influenciarem também o desenvolvimento desses mesmos regimes. Portanto, cabe mencionar que

[...] a maioria dos regimes internacionais incluem pelo menos uma organização internacional formal com a tarefa de prover serviços e monitoramento dos membros, em conformidade com as regras, além de servir como fórum de negociações (KEOHANE, 1993, p. 778).

Com o fim da Guerra Fria, além das recorrentes crises econômicas e financeiras globais, observou-se também uma série de mudanças na conformação do que se convencionou chamar “arquitetura da ajuda”, devido à distensão de forças opostas, que permitiu não só um reposicionamento dos antigos atores de cooperação, mas também a ação de novos sujeitos,

[...] particularmente países do Sul, antigos recipiendários da ajuda e também organizações não governamentais (ONGs), entidades filantrópicas e até mesmo o setor privado, [passaram] a ocupar espaços crescentes nessa arquitetura, até então definida predominantemente pelos tradicionais países-membros do Comitê de Assistência para o Desenvolvimento (CAD) da OCDE, conhecidos como países doadores (CAMPOS *et. al.* 2011, p.28).

2.4. COOPERAÇÃO TÉCNICA ENTRE PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO E COOPERAÇÃO SUL-SUL

As primeiras discussões sobre o que se chamaria, ao final dos anos 1970, de Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD), foram resultado do posicionamento crítico dos países do hemisfério Sul ao que até então se conhecia como ajuda externa para o desenvolvimento (CAMPOS, 2007).

Ao mesmo tempo, o termo ‘Cooperação Sul-Sul’ (CSS) passou a ser utilizado pelos países em desenvolvimento logo após o choque do petróleo de 1975, considerando que o modelo de negociação da época havia sido produtivo, apesar do fracasso geral da proposta. Naquele momento, os principais argumentos dos países do Sul eram de que “todos os países subdesenvolvidos tinham mais coisas em comum do que mostrava a realidade” e de que “todas as

soluções podem ser aplicadas uniformemente com o mesmo êxito” (LECHINI, 2006, p. 313). Dito de outra forma, para esta autora, a CSS partiu da proposta de reforçar a capacidade de negociação dos países do Sul em relação aos do Norte, o que poderia ser realizado sob a forma de coalizões, ou o que ela denomina de “esforços cooperativos” para o enfrentamento de questões relacionadas ao comércio e ao desenvolvimento.

Desde então, o termo CSS passou a ser utilizado de maneira aleatória e recorrente por diferentes atores governamentais, sociedade civil e organismos internacionais para classificar o leque de possibilidades e de relações entre os países em desenvolvimento, ao mesmo tempo em que também têm sido identificado por especialistas como uma “modalidade” da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (LEITE, 2012). No âmbito geral, segundo Leite (2013) o termo pode se referir:

[...] ao estreitamento de relações entre países em desenvolvimento em diversas matérias e eixos – formação de coalizões de geometrias múltiplas, barganha coletiva em negociações multilaterais, arranjos regionais de integração, cooperação para o desenvolvimento, intercâmbio de políticas, cooperação científica e tecnológica, fluxo de comércio e de investimento privados etc. (p. 40).

Como já vimos, a ideia da CSS foi se estruturando *pari passu* à CTPD, na esteira do Movimento dos Não Alinhados. Foi neste contexto que o esforço conjunto dos países do Sul para institucionalizar a CTPD foi concretizado, durante a Conferência das Nações Unidas sobre Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento, no ano de 1978, na cidade de Buenos Aires, Argentina.

Nessa conferência, os 138 países presentes adotaram o Plano de Ação de Buenos Aires (Paba), que se tornou um marco para a estruturação da CTPD no mundo, porque representou o final de um processo intenso de reflexão e debate realizados em anos anteriores (CAMPOS, 2007), e também porque estimulou a elaboração de novas abordagens sobre cooperação, desenvolvimento e cooperação para o desenvolvimento. Foram cinco anos de análise minuciosa e progressiva entre os países, além de grandes discussões nacionais e regionais sobre a necessidade e o potencial da cooperação técnica entre países em desenvolvimento, para que se elaborasse o rascunho do documento que seria aprovado em Buenos Aires (PNUD, 1978).

Segundo Amador (2001), esse novo paradigma, trouxe

[...] uma modalidade à mais de cooperação, cujo único objetivo será o de facilitar aos países em desenvolvimento um novo espaço, que lhes permita não apenas ser receptores, mais também ofertadores. Este novo esquema diversificará e complementará o processo de gestão da cooperação que os países do Sul utilizavam até esse momento (AMADOR, 2001, p. 171, tradução nossa).

Para este autor, a CTPD, ou cooperação horizontal ou cooperação Sul-Sul, era mais um mecanismo que favoreceria o alinhamento das políticas e estratégias de desenvolvimento, nacionais e internacionais, favorecendo os países menos dotados, na perspectiva de responder de forma mais efetiva ao entorno internacional e aos impactos do mundo globalizado. Para Campos (2007) a conformação da CTPD nos anos 1970 serviria ainda para que os países buscassem “a autossuficiência nacional e coletiva com o fim maior de promover uma nova ordem econômica internacional” (p. 346).

Almeida *et al.* (2010) consideram que foi nesse período que a introdução dos conteúdos e preocupações com os aspectos humanos e sociais que integravam a abordagem das Necessidades Humanas Básicas (NHB) “reorientou de maneira significativa a cooperação internacional”, promovendo “um conjunto de iniciativas que pavimentou o caminho para novas oportunidades de construção de alianças entre os países do Sul” (p. 26).

Na realidade, a década de 1980 foi repleta de graves problemas, como resultado da crise econômica mundial dos meados dos anos 1970, inicialmente nos países centrais e, posteriormente, na chamada periferia (assim chamada em relação aos países centrais, mais ricos e poderosos), que desembocou nos ajustes estruturais macroeconômicos, capitaneados pelo Banco Mundial, com impacto importante nos países em desenvolvimento – crescente degradação econômica, piora nas condições de vida e saúde e submissão às condicionalidades dos credores mundiais. Para Fiori (2005), desde o final da década de 1970 o desenvolvimentismo capitalista característico do pós guerra já havia perdido fôlego na maioria dos países periféricos e, quase concomitantemente, também o socialismo entrou em crise, perdendo força como estratégia de redução do atraso econômico, o que gerou, nos anos 1980, um retrocesso político-ideológico importante e o renascimento do projeto liberal do século XIX, levando à construção da hegemonia neoliberal que rapidamente se espalhou pelo mundo (ANDERSON, 1995). Nas palavras de Fiori:

[...] de novo, a promessa de desenvolvimento e a esperança de mobilidade na hierarquia de poder e riqueza internacional passariam pela aceitação, por parte dos ‘Estado-economias nacionais’ periféricas, das regras de livre comércio e da política econômica ortodoxa, propostas ou impostas pelas grandes potências, [...]. (FIORI, 2005, p. 49).

Como resultado, aumentou de forma importante, na periferia mundial, a extrema pobreza e a porcentagem de populações vivendo em péssimas condições de vida e saúde. Essas consequências nefastas dos ajustes foram bastante criticadas, evidenciando a piora dos indicadores econômicos e sociais em nível mundial, particularmente na periferia (ALMEIDA, 2002).

As concepções sobre o desenvolvimento também foram revistas, com a construção, pelo BM, da perspectiva “político-ideológica da pobreza” como objeto central das reformas das políticas econômicas e sociais (PEREIRA, 2010) difundidas amplamente, sendo que no caso das políticas sociais, incluída as de saúde, as reformas foram atreladas aos ajustes macroeconômicos como condicionalidades dos empréstimos do Banco (ALMEIDA, 1995; 2006a; 2014). Esse período também é tratado pelos autores como de desmobilização da cooperação Sul-Sul (LEITE, 2012, 2013). Por outro lado, paralelamente, cresceu certa consciência sobre a importância dos países gerirem os seus processos de reforma econômica, evidenciando-se que a cooperação técnica tradicional permaneceria ineficaz se não passasse a fazer parte de um processo endógeno de mudança, utilizando-se de impulsos internos para garantir o seu sucesso (OCDE, 2006, p.15).

Mais tarde, já nos anos 1990, a CTPD tomou novo caminho, a partir da abordagem da “construção de capacidades”, que culminou com um redirecionamento das ações de cooperação das agências de Nações Unidas (UNDP, 1997; UNDP, 2009; ALMEIDA *et al.*, 2010), uma reorientação que trouxe mudanças significativas não só para a prática da cooperação internacional para o desenvolvimento (MORGAN, 1994), como também para a reflexão dos países do Sul global à respeito da utilização de princípios fundamentais de cooperação em suas políticas externas, considerando a CTPD como um meio alternativo para superação dos resultados adversos da globalização (AMADOR, 2001; ALMEIDA *et al.*, 2010; ALMEIDA *et al.* 2015).

A partir dos anos 2000 observou-se a formação de um novo consenso entre os países da OCDE, desta vez em torno da inclusão do país receptor como principal responsável pelo seu próprio desenvolvimento de capacidades. Nessa nova lógica, tanto os “receptores” como os “doadores” são chamados de “países parceiros”, cabendo aos doadores oferecer apoio e suporte técnico ao processo de desenvolvimento de capacidades no país receptor (PARIS DECLARATION, 2005; OCDE, 2006).

Essa transição conceitual começa nos anos 1990, a partir de várias publicações da OCDE sobre a efetividade e eficácia da ajuda, e com o alinhamento dos países em torno de conceitos como “apropriação” e “liderança de países em desenvolvimento”, que estão presentes na Declaração de Roma (2003) e de Paris (2005), ambas sobre a eficácia da ajuda. Essas Declarações foram pactuadas tendo como referência tanto as avaliações negativas sobre os resul-

tados da cooperação e da ajuda externa frente o montante de recursos alocados, quanto o propósito de promover a aceleração do crescimento econômico, a redução da pobreza e o alcance das metas do milênio.

Em 2003 o Pnud lançou o documento “Propriedade, Liderança e Transformação” (*Ownership, Leadership and Transformation*) onde apresenta os princípios para o “desenvolvimento de capacidades” (*capacity building*), desta vez assentados num relacionamento de troca entre os parceiros, em que os nacionais ou receptores poderiam “personalizar suas regras de engajamento”, de modo a proporcionar o desenvolvimento de capacidades (*capacity development*) e, portanto, efetivar o processo de cooperação. Nesse mesmo período a OCDE também apresentou uma definição própria para “desenvolvimento de capacidades”, que seria “o processo pelo qual pessoas, organizações e a sociedade como um todo desencadeiam, fortalecem, criam, adaptam e mantêm sua capacidade ao longo do tempo” (OCDE, 2006, p.15, tradução nossa).

Esses novos conteúdos e definições, de certa forma avançam em relação ao conceito de “*capacity building*”, apresentado em 1997 pelo Pnud (UNDP, 1997), porque a metáfora da “construção do edifício” na qual se baseou esse último carregava em si uma ideia ou percepção de que o país receptor era um plano raso e liso, que seria transformado pela “construção” advinda dos conhecimentos e habilidades do doador, ou seja, a cooperação técnica serviria apenas como um “instrumento para preencher lacunas institucionais ou competências” (OCDE, 2006, p. 15).

Esse novo consenso sobre a cooperação internacional e sua prática também teve o impulso das Metas do Milênio, construídas sob a perspectiva da ideia de propulsão do desenvolvimento humano. Para o Pnud, diante das crises econômicas, climáticas e alimentares, o desenvolvimento das capacidades do Estado e da sociedade seriam as bases para a projeção e implementação de estratégias que pudessem minimizar o impacto dessas crises e para sustentar o progresso na consecução dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM). Além disso, esse novo olhar sobre a cooperação técnica internacional também pressupunha que as pessoas fossem “empoderadas” para alcançar seu pleno potencial, quando os seus meios de desenvolvimento fossem sustentáveis (cultivados em casa, de longo prazo, gerados e geridos coletivamente por aqueles que pudessem beneficiar-se deles) (UNDP, 2009).

No final dos anos 2000, o Pnud, como agência líder das Nações Unidas no tema de cooperação para o desenvolvimento, assumiu a seguinte definição para desenvolvimento de capacidades: “processo pelo qual indivíduos, organizações e sociedades obtêm, fortalecem e

mantêm as capacidades para estabelecer e atingir seus próprios objetivos de desenvolvimento ao longo do tempo”, uma definição construída a partir do conceito de que “capacidade” é um meio de planejar e alcançar um objeto e que “desenvolvimento de capacidades” necessariamente implicaria na descrição da forma ou dos meios para se atingir tais objetos (PNUD, 2009, p. 05). De acordo com o Pnud, para que uma atividade de cooperação “satisfaça o padrão de desenvolvimento de capacidade”, ela deve trazer meios de transformação gerados e sustentados “por dentro” e não trazidos de fora (p. 5).

Com essa abordagem que relaciona a cooperação técnica à ‘transformação’ o Pnud não só garante que as agências da ONU mantenham processos de cooperação que tenham subjacente os elementos relacionados à ‘efetividade da ajuda’, que são intrínsecos à agenda da OCDE, como também mantém o discurso da horizontalidade, que é inerente à cooperação Sul-Sul demandada pelos países em desenvolvimento.

O Quadro I a seguir apresenta um resumo das propostas do Pnud para a prática da CID, a partir dos diferentes paradigmas e abordagens.

Quadro 1 – Distribuição das Propostas do Pnud para a prática da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, paradigmas e resultados.

PARADIGMA	PRÁTICA DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL	RESULTADOS DA PRÁTICA
“Os países em desenvolvimento precisam de dinheiro”	Ajuda para o Desenvolvimento Países desenvolvidos emprestam ou concedem dinheiro para países em desenvolvimento.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mais foco no investimento e na elaboração de seus relatórios do que nos resultados da cooperação; 2. Dívida crescente; 3. Dependência da ajuda externa; 4. Os projetos terminavam, quando o recurso era finalizado.
"Os países em desenvolvimento devem seguir o modelo dos desenvolvidos"	Assistência Técnica Os especialistas estrangeiros executam projetos próprios, com a expectativa de obter resultados semelhantes aos observados nos países desenvolvidos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Projetos lançados, mas desconectados dos objetivos ou prioridades locais; 2. Os projetos assumem pouco ou nenhum recurso disponível localmente; 3. Países dependentes dos especialistas estrangeiros; 4. Nem sempre a <i>expertise</i> é transferida para o âmbito local; 5. O modelo conduzido de fora para dentro favorece a ignorância das realidades locais; 6. A ideia de ajuda ou de assistência destaca a relação desigual entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento.
"Os países em desenvolvimento devem fazer parcerias com países desenvolvidos"	Cooperação técnica Ênfase na formação e na transferência de conhecimentos, com base nas políticas e prioridades nacionais.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Experiência local aprimorada; 2. Projetos um pouco mais alinhados com as prioridades e metas locais; 3. Dirigidos por forças externas; 4. Perdem-se várias oportunidades para desenvolver e fortalecer instituições e capacidades locais; 4. Bastante oneroso.
“Devem ser exploradas as capacidades existentes em cada país”	Construção de Capacidades Processo que enfatiza a criação de capacidades nos países.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tenta romper com a tradicional transferência passiva de conhecimento e tecnologias; 2. Inova ao integrar a formação de recursos humanos ao fortalecimento organizacional e institucional; 3. Considera que as capacidades existentes nos países são incipientes ou mesmo inexistentes.
"Os países em desenvolvimento devem possuir, projetar, dirigir, implementar e sustentar o próprio processo"	Desenvolvimento de Capacidades Foco em capacitar e fortalecer as capacidades endógenas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Considera que a maioria dos recursos para a cooperação (pessoas, competências, tecnologias e instituições) estão no âmbito local; 2. Favorece a mudança sustentável; 3. Aborda questões de desigualdade de poder nas relações entre ricos e pobres (entre países, grupos e indivíduos), com tratamento inclusivo; 4. Possibilita transformações profundas e duradouras a partir de reformas políticas e institucionais; 5. Valoriza a expressão de que as "melhores condições" levam às "melhores práticas"; assim como a de que um objeto de determinado tamanho não se encaixa em todos os espaços.

Fonte: Retirado de UNDP (2009, p. 06, Quadro s/n), com exceção do item sobre “construção de capacidades” (*capacity building*), elaborado e inserido pela autora a partir de UNDP (1997, 2002, 2009).

Desde o Paba, a comunidade internacional definiu várias resoluções relacionadas à CSS. Na Assembleia Geral das Nações Unidas (Agnu), o Comitê de Alto Nível para a CSS apresentou relatórios bienais para a Secretaria Geral das Nações Unidas e foram realizadas algumas Conferências Internacionais com Declarações Conjuntas que posicionaram a CSS na “nova arquitetura da ajuda” – *Accra Agenda for Action 2008, The 2010 Bogotá Statement e the 2010 Seoul Development Consensus of the G20*. Além disso, a Conferência de Alto Nível de Nairobi, de 2009, realizada em comemoração aos 30 anos do Paba, considerou a Cooperação Triangular como uma modalidade de CSS e teve sua Declaração endossada pela Resolução 64/222 da Assembleia Geral da ONU. Nessa Resolução os países membros solicitam que a CSS seja revigorada dentro do Sistema ONU, o que inclui também a Cooperação Triangular como alternativa para os novos programas, políticas e abordagens de cooperação com múltiplos parceiros (UNITED NATIONS, 2012).

No início dos anos 2000, a Cooperação Triangular vinha sendo apresentada pela comunidade internacional como alternativa à CSS ou uma forma de combinação entre a CSS e a Cooperação Norte-Sul, no contexto das discussões sobre a eficácia da ajuda. Em 2004, o Pnud definiu a Cooperação Triangular como uma forma de estimular o desenvolvimento aproveitando o melhor da cooperação entre os países em desenvolvimento com a ajuda dos países doadores (AYLLON, 2013). E, em 2008, na Reunião de Accra sobre a Eficácia da Ajuda, na Declaração Conjunta os países afirmaram: “reconhecemos a importância e particularidades da CSS (...) Nos animamos a desenvolver mais a prática da cooperação triangular”.

Para Ayllon (2010, 2013) tanto a CSS como a Cooperação Triangular são consideradas modalidades “inovadoras” e “transformadoras” da CID. Para este autor a inovação dos conteúdos e práticas acontece na medida em que essa nova modalidade contribui para a diversificação de atores e de abordagens, além de abrir canais adicionais de comunicação e processos de aprendizagem que aumentam a confiança e a capacidade dos países em desenvolvimento. Ao mesmo tempo, ambas também contribuem para a transformação, porque proporcionam combinações ou arranjos que diminuem o espaço da abordagem Norte-Sul, reduzem situações de monopólio da oferta da ajuda e abrem mais espaço para a cooperação entre países em desenvolvimento.

2.4.1 CTPD e CSS no Brasil

No Brasil, a primeira postura oficial frente à nascente proposta de CTPD, segundo Valler Filho (2007), estaria na mensagem do Presidente Geisel ao Congresso Nacional em 1976. No seu pronunciamento sobre a crise econômica mundial, o então presidente mencionou a ideia da horizontalidade da cooperação, em substituição ao conceito de verticalidade até então utilizado. A partir daí aparecem menções à CTPD no novo Programa de Cooperação a ser prestado pelo Brasil, que se materializaram em alguns acordos firmados naquela década (anos 1970), assim como nos compromissos de cooperação técnica assumidos, por exemplo, com Paraguai, Colômbia, Trinidad e Tobago e Guiana. Segundo Valler Filho, esses quatro primeiros compromissos bilaterais assinados em 1971 eram manifestações ou cartas de intenção bastante gerais, que seriam “moldadas em negociações simultâneas nas frentes externas e internas” (p. 75)¹².

O primeiro acordo bilateral de cooperação técnica assinado pelo Brasil com outro país em desenvolvimento foi o Convênio Básico de Cooperação Técnica assinado com a Venezuela em 1973. Considerado ainda como um acordo do tipo “guarda-chuva”, ambos os países afirmavam que a estreita colaboração científica e o intercâmbio de conhecimentos técnicos e práticas eram fatores que contribuiriam para “o desenvolvimento dos recursos humanos e materiais de ambas as Nações”. Verifica-se também que foi a Venezuela o primeiro país em desenvolvimento a assinar convênio de cooperação técnica em saúde com o Brasil: o Convênio Complementar de Cooperação Técnica ‘Saúde para o Meio Tropical’. Nesse documento as áreas contempladas eram “administração sanitária, formação de pessoal, investigação epidemiológica e pesquisa no campo da saúde em ambientes tropicais”.

Já na década de 1980, o Brasil limitou bastante as atividades de cooperação internacional em geral. O contexto mundial era totalmente diferente daquele à época da criação do Paba: os países do Sul se encontravam seriamente endividados (externa e internamente) e sob o impacto dos ajustes estruturais macroeconômicos, que limitavam a disponibilidade de recursos para a CSS (VALLER FILHO, 2007).

Nos anos 2000, ao mesmo tempo em que a CSS foi adquirindo importância em âmbito global a saúde passou a ser um tema prioritário na agenda da política externa brasileira. Vale

¹² Foram eles: “Programa de Cooperação Técnica com o Paraguai (Assunção, 05/05/1971); Acordo Relativo à Execução de Projetos de Cooperação Técnica com a Colômbia (Brasília, 08/06/1971); Acordo Relativo à Criação de uma Comissão Mista de Cooperação Técnica, Econômica e Comercial com Trinidad e Tobago (Port of Spain, 09/11/1971) e o *Aide Mémoire* sobre Cooperação Técnica com a Guiana (Georgetown, 11/11/1971)” (VALLER FILHO, 2007, p. 75).

destacar que, em 2005, foi assinado um protocolo de intenções entre os Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores, com o objetivo de fortalecer a resposta brasileira às crescentes demandas de cooperação horizontal em saúde e que, em 2006, o então Ministro das Relações Exteriores, Celso Amorim, reconheceu a cooperação técnica como intrínseca à política externa brasileira (VIA ABC, 2006; VIA ABC, 2007). O Brasil participou também da formulação da Declaração de Oslo em 2007, iniciativa dos ministros das Relações Exteriores de sete países¹³, onde se assinalava a importância de ampliar o escopo das políticas externas diante da globalização e da interdependência, principalmente para enfrentar os problemas e riscos relacionados à saúde. Nesta Declaração os Ministros afirmavam que a saúde é uma “questão de política externa” e um dos seus principais temas, merecendo um “lugar estratégico na agenda internacional” (OSLO DECLARATION, 2007, p. 1373) (tradução da autora).

A CSS teve grande crescimento no governo do presidente Lula (2003-2010), sendo as ações oferecidas pelo Brasil bastante concentradas preferencialmente no continente africano e na América Latina, mas também com parcerias no âmbito multilateral e trilateral. A CSS brasileira ampliou o leque de parceiros nesse período, envolvendo cada vez mais as agências e programas das Nações Unidas e os departamentos de cooperação dos países da OCDE, o que tornou o Brasil um dos protagonistas da Cooperação Triangular. A parceria com países doadores tradicionais foi uma das formas que o Brasil encontrou para contornar a escassez de recursos, ao mesmo tempo em que possibilitou atender parte razoável do expressivo aumento das demandas de cooperação recebidas pelo país (AYLLON, 2010; HIRST, LIMA, PINHEIRO, 2010; MILANI, PINHEIRO, 2013).

De fato, a política externa dos governos do Presidente Lula (2003-2010) tratou de reposicionar o Brasil no sistema mundial, com o intuito de alcançar uma inserção internacional que significasse um papel “menos periférico” e de “maior protagonismo” internacional, a partir da projeção de sua estabilidade democrática e econômica, dos seus mecanismos de participação da sociedade civil e do oferecimento de apoio para a construção de políticas sociais mais inclusivas, entre elas as de saúde (VIGEVANI, CEPALUNI, 2007; SARAIVA, 2007; HIRST, LIMA, PINHEIRO, 2010). A CSS foi considerada um dos pontos prioritários na agenda da PEB e a saúde teve papel protagônico nesse processo.

¹³ A Declaração de Oslo foi uma iniciativa do Brasil, França, Indonésia, Noruega, Senegal, África do Sul e Tailândia. Assinadas pelos chanceleres Celso Amorim, Philippe Douste-Blazy, Hasan Wirayuda, Jonas Gahr Støre, Cheikh Tidiane Gadio, Nkosazana Dlamini-Zuma e Nitya Pibulsonggram, respectivamente.

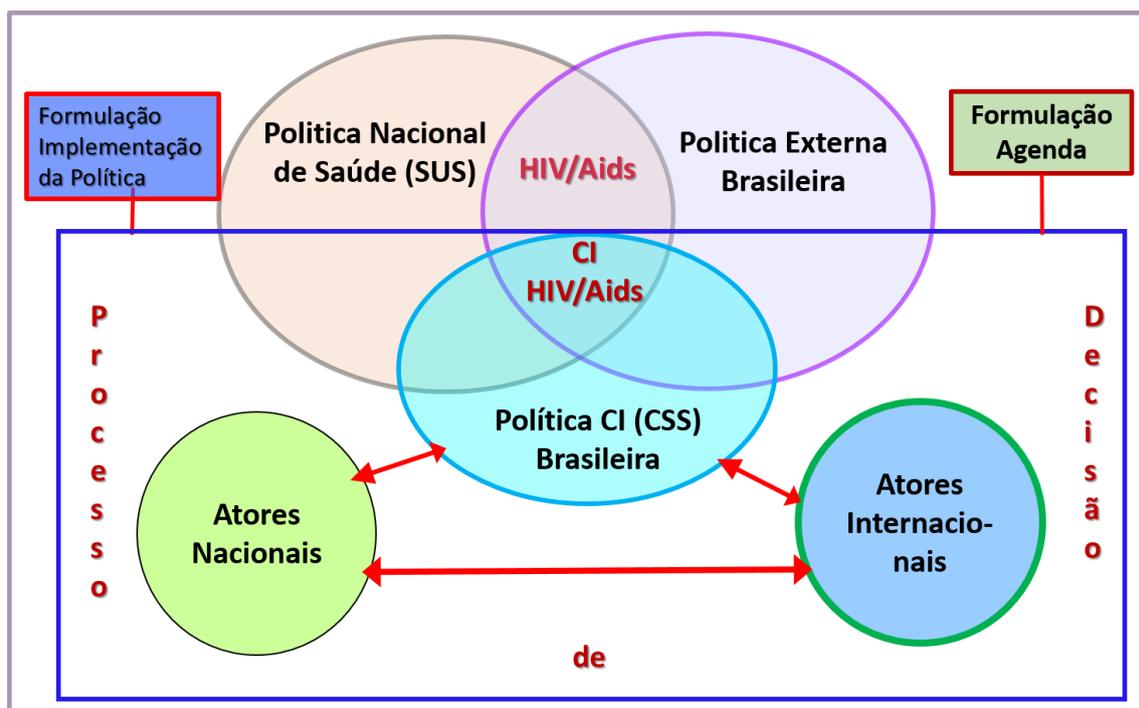
2.5 O ESQUEMA DE ANÁLISE

Como já mencionado, a análise da trajetória da cooperação internacional desenvolvida pelo PN-DST/Aids e suas possíveis relações com a prioridade da saúde na agenda de CSS da PEB se insere, neste estudo, no campo da análise de políticas públicas.

Entretanto, foi necessário elaborar um quadro analítico que permitisse refletir sobre a articulação entre distintas políticas: a política nacional de saúde para o controle da epidemia de HIV/Aids, a política de CSS brasileira –em geral, em saúde e em HIV/Aids– e a relação dessas iniciativas com a PEB, articuladas com as complexas dinâmicas dos contextos nacional e internacional. Além disso, a análise proposta nesta pesquisa trata de políticas públicas formuladas e implementadas em momentos e conjunturas de importantes mudanças –econômicas, políticas e sociais– em ambos os níveis, nacional e internacional, e essas dinâmicas também tiveram que ser consideradas.

Assim sendo, a formulação do esquema analítico da pesquisa teve que contemplar a interconexão de todas essas dimensões e seus desdobramentos. A articulação das variáveis próprias de cada uma dessas dimensões possibilitou a caracterização da especificidade da cooperação internacional do Brasil em HIV/Aids, que pode ser apresentada graficamente como a interseção entre elas (Figura 1).

Figura 1 – Esquema Analítico



Fonte: Elaboração própria.

A lógica das dimensões interconectadas ajudou a conformar uma narrativa explicativa centrada no processo decisório (identificando e analisando a atuação dos diferentes atores), que resultou na formulação e implementação da cooperação internacional do Brasil em HIV/Aids.

Definiram-se as seguintes categorias de análise: a institucionalização da resposta nacional à epidemia de HIV/Aids; a cooperação do Brasil em HIV/Aids; e a cooperação do Brasil em HIV/Aids na agenda da PEB. Essas categorias foram construídas a partir dos elementos que demarcaram o maior ou menor peso das variáveis de cada dimensão ao longo do período estudado, como por exemplo: o contexto nacional e internacional e questões conjunturais da política de saúde e da PEB; a institucionalização da cooperação internacional brasileira, em geral e em Aids (estruturas, instâncias etc.); os atores (nacionais e internacionais) e as relações entre os eles –as que predominaram, as que se fortaleceram e as que se fragilizaram– em cada momento da trajetória do PN DST/Aids.

3 METODOLOGIA

Esta investigação se define como uma pesquisa social em saúde do tipo Estudo de Caso, entendido aqui como uma “análise holística”, ou seja, “a mais completa possível” de “uma unidade social escolhida” (GOLDENBERG, 2004, p.33), o que significa “reter as características significativas dos eventos da vida real”, com uma apresentação “rigorosa e justa dos dados empíricos” (YIN, 2010, p. 24-5).

Como pré-requisito analítico, o Estudo de Caso necessita da contextualização do fenômeno estudado, uma vez que requer a construção histórica do objeto. Entretanto, são três os elementos que devem ser considerados para distinguir o estudo de caso de outras pesquisas, como os experimentos e a pesquisa histórica (YIN, 2010): a) as perguntas propostas; b) o controle que o investigador tem sobre o comportamento do evento que quer investigar; e c) o grau de contemporaneidade do evento, sendo técnicas de levantamento de dados bastante utilizadas nessa modalidade de pesquisa a observação direta e as entrevistas com pessoas envolvidas diretamente com o fenômeno estudado.

Portanto, assim como os experimentos e as pesquisas históricas, os Estudos de Caso tentam responder perguntas do tipo ‘como’ e ‘por quê’ de forma explanatória, porém, não exigem o controle dos eventos comportamentais, que é uma forte característica dos experimentos, e foca em fatos contemporâneos, o que os diferencia das pesquisas históricas Yin (2010).

Para Mirian Goldenberg (2004), o aprofundamento exaustivo de um objeto de pesquisa, ou da situação estudada, dependendo das técnicas de levantamento de dados que forem aplicadas, permite extrair dos Estudos de Caso a “revelação de significados” da realidade estudada (p.34). Por isso exigem a utilização de diferentes técnicas de busca e análise de dados (GOLDEMBERG, 2004; Yin, 2010).

Ao mesmo tempo, a escolha do caso ou da unidade de análise implica na definição de perguntas de pesquisa que sejam específicas o suficiente para recortar ou distinguir o ‘caso’ do seu contexto, além de permitir a viabilidade do estudo, por mantê-lo dentro de seus limites. Também fez parte desse processo de delimitação (ou recorte) do objeto, a definição de períodos de tempo em que o ‘caso’ foi analisado. Assim, foi preciso determinar “o escopo da coleta de dados e, particularmente, como [se] irá distinguir os dados sobre o sujeito do estudo de caso (o fenômeno), dos dados externos ao caso (o contexto)” (YIN, 2010, p. 53).

O período analisado nesta pesquisa foi 2000–2014, retrocedendo-se um pouco no tempo segundo a importância da referida contextualização.

O caminho metodológico, ou o processo de trabalho, da pesquisa qualitativa desenvolvida foi composto por três etapas: (1) fase exploratória; (2) trabalho de campo; e (3) análise e tratamento do material empírico. Tais etapas compõem o ciclo da pesquisa, que segundo a Minayo (2010) é um processo dinâmico e que não se fecha em si mesmo. Ao contrário, a todo momento produz conhecimentos e gera novas indagações. Para esta autora a ideia de ciclo não consiste em etapas estanques, mas em níveis que se complementam e auto alimentam progressiva e continuamente.

3.1 LEVANTAMENTO DE DADOS

Foram utilizadas basicamente técnicas qualitativas de levantamento de dados, com o propósito tanto de captar o que já havia sido produzido sobre o nosso objeto, a partir da revisão e análise da bibliografia disponível (dados secundários), quanto de levantar documentos relevantes e organizar os seus conteúdos (dados primários). Essas etapas foram complementadas com a realização de entrevistas com informantes-chave (também dados primários).

A pesquisa teve uma etapa exploratória inicial, prévia ao trabalho de campo, que serviu não só para o refinamento do objeto, mas também deflagrou o início da coleta de dados propriamente dita.

O trabalho de campo consistiu, portanto, no refinamento e aprofundamento da busca e revisão da literatura; nos sucessivos levantamentos de documentos pertinentes, na busca de detalhes imprescindíveis, na identificação de atores-chave e realização de entrevistas com os que aceitaram o convite de participar da pesquisa. Foram também de muita utilidade as conversas informais com colegas de trabalho que tinham participado mais intensamente de determinados momentos da consolidação do Programa Nacional ou que estão no Ministério da Saúde, trabalhando na área há bastante tempo. Essas diferentes fontes de dados foram complementares e nenhuma delas se esgotou em si mesma.

3.1.1 Busca e revisão bibliográfica

A revisão bibliográfica foi aprofundada continuamente, segundo as necessidades do desenvolvimento da pesquisa, seja em relação à melhor definição do recorte do objeto, seja na elaboração do referencial teórico ou na análise e discussão dos resultados. As principais fontes de busca utilizadas foram: a Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) (<http://brasil.bvs.br>); a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) (<http://lilacs.bvsalud.org>), que contempla as revistas da base *Scielo* e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), via PubMed (www.pubmed.org).

Foram levantados cerca de 38 artigos indexados, 26 livros e 25 capítulos de livros, 7 teses de doutorado, 4 dissertações de mestrado, assim como 6 textos de literatura *gris*. Vale registrar que a produção escrita sobre este tema é muito extensa, abordando diferentes dimensões do problema, desde aquelas referidas à própria enfermidade, até as relacionadas à dinâmica societal em torno à epidemia, ou mesmo à construção da própria política. Chama a atenção que parte importante dessa bibliografia foi (e continua a ser) produzida por organizações da sociedade civil, por autores/atores do processo de formulação e implementação da chamada e consagrada “resposta brasileira” à epidemia. É inegável a importância desses registros e reflexões, entretanto, sua especificidade trouxe alguns desafios a serem superados no processo desta investigação: discordância (ou não precisão) de dados sobre a institucionalização e processos do programa nacional; e falta de distanciamento suficiente de alguns autores/atores na explicação dos eventos e fenômenos que constituíram a construção coletiva do programa nacional, sobretudo no que se refere ao período inicial da descoberta da epidemia, reação da sociedade como relevante movimento social e as primeiras medidas implementadas para o enfrentamento do problema.

No que concerne especificamente à cooperação internacional em HIV/Aids, recebida e prestada pelo Brasil, nosso objeto específico, aparentemente não tem sido foco de estudos empíricos aprofundados que analisem a sua importância e relevância nos níveis nacional e internacional.

3.1.2 Levantamento e análise documental

De acordo com Sá-Silva *et al.* (2009), o que caracteriza a técnica de pesquisa social do tipo documental são os aspectos metodológicos, técnicos e analíticos imprimidos na utilização de documentos como fonte de dados, com o objetivo de extrair deles informações relevantes para o objeto de estudo. Para tal, o manuseio dos documentos deve ser trabalhado, definindo-se a forma de organização das informações coletadas e as categorias de análise que serão utilizadas.

O conceito de documento vem sendo modificado ao longo do tempo, tendo avançado desde a ideia de simples material escrito, para uma abordagem mais ampla, onde se considera todo tipo de testemunho ou suporte que tenha sido registrado e que sirva para consulta, estudo, ou mesmo como prova. Isso quer dizer que podem ser tratados como fontes documentais não apenas os materiais escritos oficiais, mas também a mídia escrita e falada, materiais iconográficos, sonoros, visuais (filmes, vídeos), entre outros (SÁ-SILVA *et al.*, 2009). Para esse autor,

um procedimento de análise documental é a aplicação de um roteiro metodológico com critérios bem definidos.

Construiu-se um Banco de Dados Documentais, segundo as orientações de Sá-Silva *et al* (2009) que, didaticamente, apresenta cinco dimensões chave para a chamada “avaliação preliminar do documento”, e que leva em conta atributos que são essenciais para catalogação e preparo do conteúdo para análise, principalmente quando se comparam documentos ao longo do tempo, diferentes ou da mesma natureza. São elas: a) definição do contexto que gerou o documento ou no qual foi elaborado, que permite conhecer a conjuntura sócio-econômica-cultural e política que propiciou a sua elaboração; b) identificação do autor (ou autores); c) certificação da autenticidade e confiabilidade do texto; d) natureza do texto, pois a estrutura de um documento pode variar de acordo com o objetivo para o qual foi redigido (relatórios, atas, declarações de cúpula, memorandos, acordos etc.); e e) delimitação dos sentidos, conceitos-chave e lógica interna do texto, segundo o contexto em que foram aplicados.

Foram levantados 214 documentos, dos quais foram selecionados 173 que, uma vez analisados, foram citados e utilizados na elaboração dos conteúdos da tese. Todos são publicações oficiais e de domínio público e estão listados no Apêndice 1.

Os documentos foram levantados nos sites oficiais e arquivos de instituições do governo brasileiro (Presidência da República, Ministérios do Planejamento, da Saúde, das Relações Exteriores), bem como de Agências governamentais de Ajuda Oficial para o Desenvolvimento ou de Cooperação Internacional, Agências ou Organismos da ONU, Redes Internacionais de Cooperação Técnica e do Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/AIDS, o Cict.

Também foi realizada uma busca no Arquivo Central do Ministério da Saúde, que resultou também na detecção de vários vazios no arquivamento de documentos físicos deste Ministério. Por outro lado, a aproximação com alguns técnicos que trabalharam no Programa Nacional de Aids e no Cict nos anos 2000, assim como informações e documentos fornecidos pelos próprios atores entrevistados, proporcionou o acesso a arquivos pessoais assim como a cópias de documentos importantes para esta pesquisa.

Todos os documentos selecionados foram classificados e organizados segundo tipo de documento/autor/data; síntese do conteúdo e link/acesso/referência (ver Apêndice 1) e receberam uma identificação definida pela sigla DOC, acrescida da identificação institucional que

caracteriza a sua autenticidade (sigla da instituição ou de uma das instituições que disponibiliza o documento), seguida de uma numeração¹⁴.

O Banco de Dados desse estudo de caso é *per se* também um produto e resultado da pesquisa, por incluir uma seleção com síntese do conteúdo de cada documento, o que constitui um dado secundário produzido como representação dos dados brutos (primários) de cada documento analisado. Para Bardin (2011), a organização desses bancos obedece à mesma lógica de conformação dos *abstracts* (resumos que seguem regras) ou das classificações por palavra-chave, como na indexação.

A construção do Banco de Dados foi primordial para o balizamento e operacionalização da análise temática que se seguiu, além de ter sido central para a sua organização, permitindo que fossem cumpridas as três etapas ou polos cronológicos sugeridos pelos estudiosos do campo da Análise de Conteúdo: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados –inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

3.1.3 Entrevistas com informantes-chave

A escolha pela realização das entrevistas com informantes-chave se justificou pela necessidade de se obter dados referidos diretamente à vivência pessoal do ator em relação ao objeto da pesquisa, isto é, à sua percepção sobre os fatos vividos e a sua explicação sobre eles, segundo suas próprias atitudes, valores e opiniões sobre o assunto.

Para Minayo (2013) as entrevistas possibilitam obter dados e informações sobre a realidade que, em geral, não estão disponíveis de outra forma; ou seja, são dados subjetivos que serão úteis somente se houver a concordância e colaboração dos atores sociais envolvidos no objeto de estudo (que aceitem ser entrevistados). Segundo esta mesma autora, as entrevistas podem ser classificadas de diferentes formas.

Foram aplicadas entrevistas semi-estruturadas e a seleção dos entrevistados foi intencional –profissionais que desempenharam funções tanto no Ministério da Saúde (PN-DST/Aids e Aisa) quanto na Agência Brasileira de Cooperação (ABC) do Ministério das Relações Exteriores (MRE)– e desenvolveram atividades relacionadas à construção, planejamento ou ações de cooperação internacional em HIV/Aids, em momentos distintos, no período dos anos 1990

¹⁴ Essa numeração começa com o numeral 01 (um) em todos os grupos de instituições: por ex., DOC.MS.01 para o grupo de documentos do Ministério da Saúde; e DOC.MRE.01 para o grupo do Ministério das Relações Exteriores do Brasil.

até 2014. O roteiro das entrevistas está em anexo (Apêndice 2), como também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 3).

Foram entrevistados 11 informantes-chave (Apêndice 4). Dentre eles estão 5 (cinco) dos 8 (oito) gestores que dirigiram o Programa Nacional de 1986 a 2014; 1 (um) Diretor da ABC; 1 (um) dos Chefes da Aisa no período; e 4 (quatro) técnicos que circularam entre os setores do MS que trabalham com cooperação internacional (ACI-Cict do PN-DST/Aids e Aisa) e a ABC/MRE; destes últimos, dois exerceram funções de chefia na ACI. Assim, foi possível captar percepções diversificadas sobre as continuidades e mudanças na cooperação internacional do Brasil em HIV/Aids no período estudado. Todas as entrevistas duraram em média 40 a 60 minutos, foram realizadas por Skype, telefone e *whatsapp*, gravadas (com autorização explícita do entrevistado) e transcritas pela própria pesquisadora. As transcrições foram enviadas para os entrevistados e, após aprovadas, o conteúdo foi analisado separadamente e em conjunto. Nenhuma entrevista foi citada na íntegra.

3.1.4 Observação social direta

Também foram utilizados dados coletados pela observação direta da pesquisadora, uma vez que a mesma participou da equipe da assessoria internacional do Programa/Departamento de DST Aids do Ministério da Saúde entre os anos 2008 e 2009 e da equipe da Aisa/Ministério da Saúde de 2013 a 2016.

O uso de dados de observação própria pode contribuir para aumentar a informação sobre o objeto, sem prejudicar a qualidade da análise dos resultados, desde que o pesquisador consiga controlar a *bias* inerente à essa situação –o envolvimento direto do pesquisador no seu próprio objeto de estudo– pois essa situação pode dificultar a sua análise, uma vez que pode acontecer do pesquisador querer comprovar o que “acha que já sabe”, sem conseguir o distanciamento necessário, mas nunca completo, do seu objeto de estudo (GOLDENBERG, 1997). Nas palavras dessa autora, é fundamental utilizar técnicas metodológicas que controlem o “viés, a parcialidade, o pré-conceito” (p. 44) que o envolvimento e outras questões pessoais do pesquisador podem acarretar.

A mesma autora parte da premissa de que não somente o contexto da pesquisa e o momento histórico de seu desenvolvimento, mas também a personalidade e características pessoais do pesquisador podem influenciar diretamente nos resultados. Portanto, para o controle desse problema ela resgata a discussão de autores como Wright Mills e Pierre Bourdieu sobre a “au-

toconsciência e reconhecimento do pesquisador sobre seus valores” e a necessidade de se esforçar, amparado tecnicamente, para “conter a [excessiva] subjetivação” e “buscar a objetivação [possível]” (p.45-46). Goldenberg (1997) recomenda, portanto, que o pesquisador explicitamente todos os passos de sua pesquisa. Com base nas reflexões de Max Weber, Pierre Bourdieu e Howard Becker, sobretudo a partir deste último, ela acrescenta que:

[...] a pesquisa qualitativa, através da observação participante e entrevistas em profundidade, [tendem a fortalecer o ...] perigo de *Bias*, porque torna [mais] difícil para o pesquisador a produção de dados que fundamentem de modo uniforme uma conclusão equivocada, e torna difícil para o pesquisador restringir suas observações de maneira a ver apenas o que sustenta seus preconceitos e expectativas (GOLDENBERG, 1997, p.47).

Dado o nosso grande envolvimento profissional no tema desta pesquisa, foi necessário um esforço importante no trabalho de campo, seja para conseguir certo distanciamento, seja para acessar documentos relevantes, não somente pela falta de dados e informações organizadas sobre o tema, mas, principalmente, para garantir a isenção possível e conseguir refletir sobre o que foi vivido como experiência cotidiana.

3.2 A ANÁLISE DOS DADOS

A análise e tratamento do material empírico – dados levantados com as técnicas descritas acima –, terceira e última fase do ciclo da pesquisa, foram “triangulados” numa perspectiva analítica, a fim de garantir que uma técnica compensasse os limites da outra conferindo maior legitimidade e validade à análise dos dados. Parte-se da premissa que nenhum dado sozinho é suficiente para esclarecer as indagações da pesquisa, menos ainda num estudo de caso. Neste sentido, o uso de comparação e confrontação de diferentes dados como estratégia metodológica foi de fundamental importância, pois “prioriza a análise multidimensional ou de contexto, em detrimento da análise unidimensional” (ADORNO, CASTRO, 1994, p. 175).

A reflexão de Minayo (2013) sobre os objetivos que se deve atingir com a análise dos dados numa pesquisa qualitativa orientou este trabalho. Assim, pretendemos ultrapassar o olhar imediato, espontâneo e já fecundo em si, e a incerteza em relação à própria percepção sobre o problema estudado, para atingir a compreensão de significações, a descoberta de conteúdos e estruturas latentes; enriquecer e validar a leitura efetuada e descobrir se ela é generalizável; integrar as descobertas que se referem à totalidade social no qual os resultados obtidos se inserem e que vai além da aparência, das falas, dos comportamentos e relações.

Utilizou-se a análise de conteúdo para trabalhar o material colhido, tanto a partir dos documentos quanto das entrevistas, pois ambos conjuntos de dados podem ser tratados dessa

forma: tanto uma entrevista pode ser tratada como um documento, como a análise documental se vale de técnicas de análise de conteúdo para o seu tratamento.

A análise de conteúdo foi concebida nos Estados Unidos durante a primeira guerra, naquele momento aplicada ao campo do jornalismo. Seu pioneiro, Harold Laswell, tinha “verdadeiro fascínio pelo rigor matemático como medida e como parâmetro científico” (MINAYO, 2011, p. 305). Além disso, havia a necessidade premente de definir novas formas de abordagem para entender, de maneira eficaz, a comunicação em ciências sociais e humanas. Mais ainda, havia a necessidade de

[...] descrever e interpretar opiniões, estereótipos, representações, mecanismos de influência, evoluções individuais e sociais, [...] [ou seja], de analisar e depois teorizar, a partir de um material abundante, sobredeterminado de sentido [...] (BARDIN, 2011, p.11-12).

Para Minayo (2013), a análise de conteúdo deve permitir, com seu conjunto de técnicas e procedimentos rigorosos, tornar replicáveis e válidas as inferências sobre determinado contexto investigado. É, portanto, uma técnica de pesquisa que busca a interpretação dos dados por meio da “descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações” (BARELSON, 1952, *apud* MINAYO, 2013, p. 304), ou seja, é a “interpretação cifrada do material de caráter qualitativo” (MINAYO, 2013, p. 304).

Trata-se ainda de um “conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis, em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos extremamente diversificados”: uma hermenêutica controlada baseada na dedução ou inferência. Isto implica, numa “tarefa paciente de desocultação”, que o pesquisador a faz a partir da aplicação de instrumentos que funcionam como técnicas de ruptura e que levam o pesquisador a alongar o tempo entre a “intuição aleatória” e a “interpretação definitiva”. Nesse sentido, o pesquisador é obrigado a vivenciar um intervalo de tempo de maturação, entre o primeiro estímulo que a mensagem lhe causa até a reação interpretativa final (BARDIN, 2011, p. 15-16).

Segundo esta mesma autora (BARDIN, 2011) a análise documental pode ser entendida como a “transformação” que se aplica às informações contidas num determinado documento, realizada a partir de um conjunto de operações, com o propósito de atingir não só diferentes formas de armazenamento da mesma informação, como também de facilitar o acesso do leitor ou observador ao maior número delas (“aspecto quantitativo”) e com o máximo de pertinência (“aspecto qualitativo”); ou seja, o procedimento poderia chamar-se de “fase preliminar da constituição de um serviço de documentação ou de um banco de dados” (p. 5). Ao comparar a análise

documental à análise de conteúdo a autora afirma que apesar de serem campos científicos diferentes, principalmente porque “a documentação ainda é uma atividade de especialistas”, alguns procedimentos relacionados ao “tratamento da informação documental” são análogos a uma parte das técnicas de análise de conteúdo. Portanto, ela destaca a conveniência de aproximação entre os dois campos, de entendê-los e, depois, proceder à sua diferenciação, até porque, na sua visão, são essas diferenças que esclarecem bastante a especificidade do campo da análise de conteúdo:

[...] se suprimirmos a função de inferência da análise de conteúdo e se limitarmos as suas possibilidades técnicas apenas à análise categorial ou temática, podemos efetivamente identificá-la como análise documental (p.51).

Nesta pesquisa foram utilizadas ambas as técnicas de maneira complementar –análise documental e análise de conteúdo.

Após o levantamento e organização documental e com o intuito de extrair dessas fontes os conteúdos que seriam tratados como CSS do Brasil em HIV/Aids, aplicou-se aos documentos, a chamada “operação intelectual” referida por Bardin (2011). Desta forma optou-se pela escolha da técnica da análise temática como a mais adequada, dentre as opções disponíveis no campo da análise de conteúdo. Importante lembrar quais são as principais diferenças entre as técnicas, até porque essa distinção esteve todo o tempo presente no manuseio dos documentos, servindo como orientação durante o manejo dos dados:

(...) a documentação trabalha com documentos e a análise de conteúdo com mensagens (comunicação); a análise documental faz-se principalmente por classificação-indexação; a análise categórica temática é, entre outras, **uma** das técnicas da análise de conteúdo; o objetivo da análise documental é a representação condensada da informação, para consulta e armazenamento; o da análise de conteúdo é a manipulação de mensagens (conteúdo e expressão desse conteúdo) para evidenciar os indicadores que permitem inferir sobre outra realidade que não a da mensagem (BARDIN, 2011, p.52). [Grifo da própria autora].

Para Minayo (2013) realizar uma análise temática é o mesmo que desvendar “os núcleos de sentido” que conformam uma comunicação, sendo que sua “presença ou frequência” deve “significar alguma coisa para o objeto analítico visado” (p. 316). A autora acrescenta ainda:

[...] para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (MINAYO, 2013, p.316).

Dessa forma, é imprescindível o ir e vir do pesquisador aos elementos que norteiam a pesquisa (questões, hipóteses e objetivos) e ao seu referencial teórico, a fim de precisar os “indicadores” que o apoiarão na compreensão e interpretação final do “conjunto dos documentos”

que foram “tomados em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (BARDIN, 2011, p. 126). Toda essa operação permitirá “responder a algumas normas de validade qualitativa” (MINAYO, 2013, p. 316), tais como exaustividade (contemplar todos os aspectos apresentados no roteiro); representatividade (que tenha os atributos essenciais que caracterizam o universo que se quer); homogeneidade (que obedeça a parâmetros precisos de escolha quanto aos temas tratados, ou técnicas empregadas, ou atributos dos interlocutores etc.) e pertinência (que sejam adequados aos objetivos da pesquisa) (BARDIN, 2011; MINAYO, 2013).

Sendo assim, para atender a esses critérios e tomando como ponto de partida o Banco de Dados documental construído, que é bastante representativo, mas também heterogêneo, iniciou-se um novo processo de organização da análise, a fim de definir o conjunto de documentos para aplicação da técnica de análise temática.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

A fase exploratória deste estudo integrou o projeto “Relações internacionais e Saúde: Política Externa e Cooperação Internacional em Saúde — a experiência da Fiocruz”, coordenado pela Dra. Celia Almeida (orientadora desta tese), financiado pela Faperj e que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP/Ensp), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Mas o desenvolvimento da pesquisa propriamente dito está vinculado a outro projeto de pesquisa – “Diplomacia em Saúde Global: o estudo de caso do Brasil” –, também coordenado pela Dra. Celia Almeida, que integra um estudo multicêntrico envolvendo quatro países (Canadá, Brasil, México e Chile), cuja coordenação geral é da Universidade de Ottawa e o financiamento do *Canadian Institute of Health Research* (CIHR).

O Estudo de Caso do Brasil, ao qual se vincula esta investigação, foi submetido ao Sistema CEP/Conep por meio da Plataforma Brasil, tendo recebido parecer final de aprovação emitido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), em 10 de setembro de 2016 (Apêndice 5).

Para as entrevistas foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2) garantindo-lhes o completo sigilo, assegurado tanto pela forma de citação das opiniões, sem qualquer identificação, apenas colocando E1, E2 etc., quanto pela guarda das transcrições das entrevistas de forma segura e sem acesso público por um período de 05 anos. A divulgação na dissertação, em relatórios e publicações será feita de forma agregada, em

relatórios e publicações, impossibilitando a identificação dos entrevistados a partir de informações específicas. Entretanto, os nomes serão listados nos relatórios de pesquisa (parciais e final).

4 A CONSTRUÇÃO DA RESPOSTA NACIONAL À EPIDEMIA DE HIV/AIDS

A epidemia de HIV/Aids teve início no Brasil na década de 1980, em meio à transição política após 20 anos de governos militares ditatoriais, ou seja, um período de redemocratização nacional e de reformas, onde o discurso da liberdade e dos direitos civis era reforçado por diferentes movimentos sociais, dentre eles o movimento pela reforma sanitária e o movimento da Aids (ALMEIDA, 2005; CASTRO, SILVA, 2005; MALTA, BASTOS, 2008).

4.1 A ESTRUTURAÇÃO INSTITUCIONAL

A emergência da Aids como questão política e de saúde pública se inicia nos anos 1970-1980. O alarme sobre a epidemia é evidente nos anos 1980, assim como a afirmação de que a transmissão do vírus HIV se daria exclusivamente a partir de relações sexuais entre homens ou do uso de drogas injetáveis. Essa constatação de então desencadeou conflitos sociais de várias ordens, ao mesmo tempo em que proporcionou maior visibilidade a temas-tabu, como homossexualidade e consumo de drogas, que se somariam, no decorrer dos anos, às questões dos direitos humanos (dentre eles o direito à saúde) e, mais tarde, do direito ao desenvolvimento humano.

É importante resgatar rapidamente algumas linhas do contexto internacional sobre o movimento social *do orgulho gay* nos EUA. O primeiro de que se tem notícia, esse movimento nasceu dos protestos de grande envergadura dos anos 1960, que eram de cunho pacifista e bastante centrados na luta contra a guerra do Vietnã, mas também de afirmação étnica/anti-racista, feminista e de diferentes minorias. A luta pelos direitos civis dos homossexuais nos EUA teve como marco a *Revolta de Stonewall*, em 28 de junho de 1969, um conflito aberto entre a comunidade gay de Nova Iorque e a polícia (BASTOS, 2006). Não por acaso, a vanguarda da militância brasileira em torno da Aids teve a participação de atores norte-americanos, alguns dos quais permaneceram no Brasil e continuam trabalhando nessa área até os dias de hoje.

Os processos de mobilização coletiva em resposta ao HIV/Aids cresceram bastante no mundo a partir de então e tornaram-se uma das forças mais poderosas para a mobilização de indivíduos e comunidades em relação à vulnerabilidade social, à exclusão econômica e aos riscos eminentes para a saúde da disseminação da doença. Ao longo dos anos, esses movimentos foram analisados por vários pesquisadores, identificando a ação social das organizações e instituições e as diversas formas de ativismo e defesa de direitos inerente a esse processo (CASTRO, SILVA, 2005; PARKER, AGGLETON, 2013).

No Brasil, alguns autores identificam “fases” da história social da Aids e das políticas para seu enfrentamento, seja em relação ao processo de transformação da doença/epidemia em um problema de saúde pública, seja no que concerne ao importante engajamento da sociedade nessa dinâmica, sobretudo dos grupos mais afetados pela doença (PARKER, 1997; GALVÃO, 2000). Essas fases se entrelaçam inevitavelmente com a dinâmica política mais ampla da sociedade brasileira (PARKER, 1997) e são retrabalhadas por Marques (2001), a partir desses mesmos autores, que as denomina “estágios de evolução das políticas de saúde em relação à Aids no Brasil” (p.49). Parker (1997) e Marques (2002) convergem na essência de suas periodizações, sendo que o segundo, como historiador, desagrega as fases em períodos menores, detalhando as múltiplas relações que se estabelecem em cada estágio.

Para o que interessa discutir neste trabalho repassamos rapidamente algumas características principais desses estágios de desenvolvimento da política nacional de combate à epidemia de HIV/Aids.

No Brasil, a criação do jornal *O Lameião* em São Paulo (abril de 1978) sustentou a discussão política sobre a homossexualidade e começou a difusão da ideia de militância política homossexual no Brasil, acompanhada, quase que simultaneamente, do surgimento do grupo *Somos* (constituído por homens), na mesma cidade, que se desfez pouco depois. Entre os anos 1979 e 1982 surgiram 22 grupos similares espalhados pelo Brasil. Em linhas gerais, eles eram contra o machismo, buscavam estimular mudanças de atitude na sociedade patriarcal e realizavam reuniões de reflexão e atividades de autoajuda (MAcRAE, 1987). Paralelamente, o “movimento da Aids”, que se inicia a partir dos anos 1980, estimulou e promoveu uma crescente consciência social sobre a epidemia, defendendo que uma resposta efetiva para o seu controle requeria um processo amplo de mobilização social, não só das comunidades/grupos atingidos, mas também da sociedade como um todo.

A entrada das Organizações Não Governamentais (ONGs) no cenário de luta contra a Aids no Brasil marca uma etapa importante da resposta brasileira à epidemia, pois com a liberação dos testes de diagnósticos e com o surgimento da ‘pessoa soropositiva’, veio à tona toda a carga de discriminação e preconceito que acompanha a doença, estimulando a reação dos grupos discriminados, que se organizaram a partir da década de 1990. Essa luta se consolidou nacional e internacionalmente. Segundo Chequer (2005),

[...] com o passar dos anos, ganha corpo e aceitação a ideia de que faz parte da prevenção a luta contra a discriminação e o preconceito e a defesa da solidariedade e dos direitos das pessoas vivendo com HIV e Aids. Fruto desta luta, a ideia de garantir a testagem para a soropositividade com o respeito à privacidade dos indivíduos é traduzida na criação dos primeiros centros de testagem

anônima e aconselhamento no Brasil (à época denominados COAS – Centros de Orientação e Apoio Sorológico), primeiro em Porto Alegre e, posteriormente, no Rio de Janeiro, em fins de 1988 (p.3).

Algumas dessas ONGs permanecem ativas até hoje. O Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (GAPA) foi oficializado em 1985 e funcionava nas instalações da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, sendo a primeira ONG de base comunitária a lidar com o tema no Brasil e na região latino-americana (CONTRERA, 2000). E a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), criada em 1986 no Rio de Janeiro, desde seu início buscou se articular com o âmbito internacional e analisar as políticas públicas em saúde voltadas para o controle e combate da enfermidade (GALVÃO, 2000). De acordo com esta mesma autora, outra característica importante e constitutiva da ABIA, cujo primeiro presidente era hemofílico e assumidamente soropositivo (o Betinho¹⁵), era a concepção de que além de

[...] ajudar as pessoas com HIV/Aids, não se poderia perder a dimensão de que se estava enfrentando uma epidemia” e para tal, “as estratégias mais imediatas [da ABIA] apontavam para ações de prevenção/informação para grupos específicos [...] mas também para a participação em instâncias nacionais e internacionais que possibilitasse o intercâmbio e a troca de experiências (GALVÃO, 2000, p.71).

Os temas chave do movimento brasileiro de Aids tiveram uma sinergia importante com o movimento da reforma sanitária. Convergir na estruturação da resposta à epidemia e no processo de mudança no sistema de saúde do Brasil, tendo como pano de fundo a criação e regulamentação do Sistema Único de Saúde nos anos 1990 (MARQUES, 2002; ALMEIDA, 2005). Vale lembrar que o movimento sanitário brasileiro começou a ser construído no final da década de 1960 e tomou impulso nos anos 1970, a partir de uma concepção teórica e ideológica que tinha como referência o pensamento médico-social. Naquele período, a formulação do conceito inovador de ‘Saúde Coletiva’, com a perspectiva de recuperar “o lugar do social no campo da saúde”, foi fundamental para a articulação de um movimento nacional amplo pela reforma do sistema de saúde brasileiro, que se concretizou com a institucionalização do direito à saúde do cidadão a ser garantido como dever do Estado, o que foi inscrito na nova Constituição de 1988, juntamente com a criação do SUS (ESCOREL, 1999; PÊGO, ALMEIDA, 2002).

Segundo Parker (2003), “é impossível separar os assuntos específicos relacionados ao HIV/Aids do mais amplo contexto da história política e social do Brasil” (p. 43), nem esta

¹⁵ Betinho ou Herbert de Souza era ex-exilado político e presidente de outra ONG, criada em 1981, o IBASE – Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. Sua atuação na área de Aids foi fundamental, entre outras coisas, para a revisão da política de controle dos Bancos de Sangue no Brasil, pois como hemofílico ele e seus irmãos foram contaminados com as transfusões de sangue regulares que necessitavam.

última pode ser dissociada da dinâmica internacional dos anos 1980, “período de intensas mudanças nas relações entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, (...)” (p. 46), ao mesmo tempo que o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o BM atuaram de maneira intensa nos países em desenvolvimento, induzindo os ajustes estruturais macroeconômicos e impondo as reformas das políticas sociais, incluída a de saúde, como uma das condicionalidades dos empréstimos concedidos (PEREIRA, 2010; ALMEIDA, 1995, 2014).

O aumento do número de casos novos de Aids foi crescendo ao mesmo tempo em que o país lutava para retornar à democracia, com a abertura política promovida por Ernesto Geisel, quinto e último presidente militar, e a sociedade dava sinais concretos de que estava se rearticulando politicamente (PARKER, 1994; MARQUES, 2002; LIMA, 2003). Naquele período o movimento sanitário ganhava força, reunindo além de profissionais da saúde, representantes de diferentes movimentos sociais, organizações da sociedade civil, ONGs, políticos moderados e funcionários públicos críticos à organização setorial, todos na busca de um redesenho do cuidado em saúde, público, universal e mais equitativo.

Para Chequer (2005), esses grupos tinham em comum, além de militâncias cruzadas, as bandeiras de luta da democracia e uma perspectiva de cidadania ampliada, que foi bastante beneficiada pela incorporação de algumas importantes figuras da resistência ao regime militar, tais como Herbert de Souza (Betinho) e Herbert Daniel, que retornaram do exílio e fortaleceram de diversas maneiras o movimento pela reforma.

Fato é que os problemas existentes no sistema de saúde brasileiro eram anteriores à epidemia de Aids e foram acirrados pela crise econômica (o fim do “milagre econômico” dos anos 1970), associada à dívida interna e externa e às políticas de empréstimos e de dependência econômica internacional, questões que enfraqueceram politicamente os governos militares (FIORI, KORNIS, 1994). Para Parker (1994), o contexto histórico-econômico em que se desenvolveu a epidemia “limitou a capacidade do governo de responder aos problemas colocados por uma nova doença epidêmica” (p.38).

Ressalta-se que a organização da resposta nacional à HIV/Aids começou de maneira descentralizada em 1983, a partir do trabalho desenvolvido nas secretarias estaduais de saúde, principalmente a de São Paulo, que criou um programa nesse mesmo ano, incorporando na sua estrutura um componente de mobilização social e de luta contra o estigma e a discriminação, que já eram parte da resposta à hanseníase da mesma secretaria (PARKER, 2003; TEIXEIRA, 2003; TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015).

A resposta nacional começou a ser institucionalizada pelo MS a partir de 1985, quando foram sistematizadas as diretrizes do Programa de Controle da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Sida ou Aids (na sigla em inglês) (Portaria Ministerial nº 236, 02 mai. 1985), cuja coordenação foi localizada na então Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, do MS. As experiências estaduais, principalmente de São Paulo e do Rio de Janeiro, foram inspiradoras da modelagem do Programa Nacional, que nesse início contou com a colaboração de uma equipe pioneira, comprometida com a construção de sua identidade organizacional e que se revezou na condução do programa¹⁶ (DÍAZ-BERMUDEZ, 2005).

Entretanto, a dinâmica de consolidação do PN-DST/Aids não seguiu linearmente nem de forma contínua as experiências anteriores. Como qualquer política pública sua trajetória está influenciada por seu percurso histórico, que inclui diferentes contextos, conjunturas e, conseqüentemente, o poder diferenciado dos atores envolvidos em cada momento específico.

Inicialmente o PN-DST/Aids não deslanchou como se pretendia. Apesar do aumento importante dos casos de Aids, e da síndrome ter passado a ser um agravo de notificação compulsória a partir de 1986 (Portaria Ministerial nº 542, 22 dez. 1986), as ações continuavam a ser conduzidas principalmente pelos estados e municípios (MARQUES, 2002). Mesmo assim, também em 1986 foi criada a Comissão Nacional de Aids – Cn aids¹⁷ (Portaria Ministerial nº 199, 28 abr. 1986) que teve, ao longo dos anos, um importante papel na formulação das políticas governamentais, por ser não só uma instância de assessoramento técnico à gestão do Programa Nacional, mas também um grupo de pressão política sobre “outros órgãos governamentais, tanto a favor de certas medidas (como na questão da distribuição gratuita de medicamentos), quanto contra outras (como a testagem compulsória de estrangeiros)” (SPINK, 2003, p.5).

E em agosto de 1987 a direção do Programa Nacional promoveu a reunião “Sida/Aids e Constituinte”, que teve como objetivo elaborar um documento balizador das ações de intervenção nacional em HIV/Aids, tendo em vista os resultados da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em abril do mesmo ano, onde havia sido aprovada a proposta de reforma do

¹⁶ Essa equipe inicial foi liderada por Lair Guerra de Macedo, acompanhada por Pedro Chequer e Paulo Teixeira entre outros técnicos pioneiros no tema (DÍAZ-BERMUDEZ, 2005, p.54).

¹⁷ A Cn aids é um órgão consultivo do PN-DST/Aids composto por representantes da sociedade civil, ONGs, PVHA, setores acadêmicos entre outros. Constitui um espaço institucional onde se expressa a “polifonia de vozes presentes na resposta nacional à Aids e, ao mesmo tempo, exerce mecanismos de controle social sobre a política nacional” (DÍAZ-BERMUDEZ, 2005, p. 52). A Cn aids existe formalmente até hoje e seus encontros são anuais.

sistema de saúde brasileiro. O produto dessa reunião se constituiu em uma proposta para subsidiar a atuação do Estado brasileiro nas “Ações Integradas de Saúde” – prevenção, diagnóstico, atenção e tratamento adequado às pessoas que viviam com HIV/AIDS–, tendo como premissa o direito à saúde e o dever do Estado como executor dessa política, no momento em que fosse criado um sistema de saúde hierarquizado, regionalizado e de gestão única, o SUS (REUNIÃO SOBRE SIDA/AIDS E CONSTITUINTE, 1987).

Para Teixeira (1997), a articulação com o então Inamps¹⁸, do Ministério da Previdência e Assistência Social, foi efetiva e potencializou as ações do Ministério da Saúde. Este autor refere ainda que, certamente, as decisões da 8ª Conferência Nacional de Saúde¹⁹ realizada em 1986, influenciaram de forma importante essa mudança em nível federal que, entretanto, se manteve apenas no discurso. Além disso, a fragmentação produzida pela separação entre ações preventivas e de assistência médica não contribuiu para a consolidação da resposta nacional à epidemia.

A institucionalização federal do combate à Aids se concretizou então no período 1987-1989 com a criação em 1987 da Divisão Nacional de Controle de Aids (posteriormente PN-DST/Aids) e, em 1988, após inúmeras reuniões e intenso diálogo entre técnicos que trabalhavam nas secretarias estaduais de saúde, que já desenvolviam ações sistemáticas contra a epidemia, e representantes das organizações da sociedade civil, é que foi criado formalmente o Programa Nacional de Aids do Ministério da Saúde (GALVÃO, 2002; PARKER, 2003).

É preciso lembrar a intensa mobilização política e social presente na sociedade brasileira nesse período, que culminou com a Assembleia Nacional Constituinte e a aprovação da nova Constituição brasileira em 1988, que incluiu o direito à saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a criação do SUS, regulamentado no início dos anos 1990. Portanto, pode-se dizer, concordando com Marques (2002):

[...] que o programa [nacional], ao se estruturar e institucionalizar na forma de princípios e diretrizes que havia muito já eram defendidos no combate à epi-

¹⁸ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps.

¹⁹ As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) existem desde os anos 1940. A primeira foi determinada por uma Portaria do então Ministério da Saúde e Educação em 1941 (Portaria Ministerial nº 73, 25 abr. 1941), mas eram reuniões pouco expressivas do ponto de vista da participação da sociedade e de formulação de políticas. Durante o período militar autoritário foram realizadas muito poucas conferências e com caráter essencialmente burocrático-administrativo. A 8ª CNS, realizada em 1986, foi a primeira organizada em nível nacional, após a realização das Conferências Municipais e Estaduais, com a participação de delegados eleitos nesses níveis e com participação efetiva da sociedade civil organizada (SCOREL, 1999; PÊGO, ALMEIDA, 2002).

demia, contribuiu para a consolidação do espaço na esfera federal para a cobrança, pressão e participação da sociedade no cumprimento daqueles compromissos (p. 54).

Com a eleição de Collor de Mello (1990-1992), primeiro presidente eleito democraticamente no Brasil pós-autoritarismo, o Programa Nacional sofreu grande retrocesso, exacerbando a centralização e o afastamento dos estados, municípios e atores da sociedade civil. Registra-se, entretanto, que foi exatamente nesse período que foi autorizada pelo governo federal a distribuição gratuita de medicamentos para as pessoas com Aids. E o pronunciamento de Collor de Mello, realizado em 1º de dezembro de 1991, dia mundial da luta contra Aids, explicitava a prioridade que o governo brasileiro daria à epidemia (MANN *et al.*, 1993; GALVÃO, 2000; LIMA, 2003).

Porém, as iniciativas governamentais de combate à Aids conduzidas pelo recém-criado Programa Nacional, já no âmbito do SUS, foram bastante criticadas por suas limitações. As primeiras campanhas de prevenção no início dos anos 1990 ainda traziam um discurso intimidatório, que reforçava a discriminação porque estava centrado na ideia de que a Aids não tinha cura e que, portanto, matava, além de não incorporarem de imediato os esforços de outras organizações – governamentais, não governamentais e privadas.

Essa dinâmica do Programa Nacional enfrentou a

[...] resistência dos movimentos sociais organizados, [...] àquela altura engrossada pelas ONGs de pessoas soropositivas, a primeira das quais, o Grupo pela VIDDA (Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids) criado em 1989, por Herbert Daniel (CHEQUER, 2005, p.3).

Vários autores destacam que essas mobilizações conseguiram afastar da gestão do Programa Nacional a equipe técnica fundadora (PARKER, 2003; TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015). De acordo com Parker (2003), a reorganização do Programa só ocorreu com a queda de Collor, quando foi nomeado para o MS o Dr. Adib Jatene, e Lair Guerra foi indicada para reassumir a coordenação do PN-DST/Aids²⁰. Na perspectiva desse autor, no tocante à resposta

²⁰ Diaz-Bermudez (2005, p. 54) relata a seguinte sequência de dirigentes do programa nacional nos primeiros anos: Lair Guerra de Macedo Rodrigues, que dirigiu o Programa de 1987 a 1996, com uma interrupção durante o governo Collor (1990-1992). Pedro Chequer, que integrou o quadro técnico do Programa desde sua criação, foi diretor de 1996 até 2000, e retornou ao cargo em agosto de 2004 (permanecendo até 2007). Paulo Roberto Teixeira foi também membro da equipe do programa nacional e o dirigiu no período 2000-2002; Alexandre Grangeiro esteve na direção no período 2002-2004, tendo também ocupado outros cargos técnicos no Programa nos períodos anteriores. Acrescentamos que as direções posteriores à Chequer foram: Mariângela Simão de 2007-2010, Dirceu Greco de 2010-2013, Fábio Mesquita de 2013-2016 e Adele Benzaken de 2016 até hoje (maio /2017). No período Collor de Mello, o diretor do Programa foi Eduardo Cortes (PARKER, 2003).

à Aids foram tomadas “providências de reconstrução” e o Programa foi “revitalizado” (p. 17). Para Marques (2002),

[...] além da rearticulação interna com os estados, ONGs e organismos internacionais, o novo período que se iniciava seria marcado pelo processo de elaboração e negociação com o projeto do Banco Mundial, o qual, concretizado em 1993, viria a mudar significativamente a organização do trabalho de todas as instituições nacionais envolvidas com a prevenção e controle de Aids no Brasil (p. 57).

A incorporação de novos atores na arena decisória do setor saúde em geral só veio a ocorrer depois que o processo de descentralização do SUS foi regulamentado pelo MS, com as Normas Operacionais Básicas (NOB), eixo de sustentação do SUS, da institucionalização da arena decisória setorial e das articulações entre os níveis de governo (ALMEIDA, 2001). A partir delas os Conselhos de Saúde Nacional, estaduais e municipais incorporaram representantes da sociedade civil, configurando uma dinâmica de decisão mais inclusiva.

No que concerne à resposta nacional à epidemia de Aids a implementação do SUS foi um diferencial, pois além da reorganização do sistema de saúde, o Estado brasileiro passou a reconhecer formalmente a voz dos atores da sociedade civil em um momento mundial em que os problemas gerenciais e as limitações de recursos públicos atropelavam em muitos países as iniciativas de criação e operacionalização de seus programas nacionais de controle da epidemia (CHEQUER, SIMÃO, 2007)

Para Diaz-Bermudez (2005) os canais de diálogo abertos pelo PN-DST/Aids com a sociedade foi um meio de

[...] incorporar na sua prática institucional o *know how* das pessoas que estavam diretamente envolvidas ou afetadas pela epidemia e constituir canais de comunicação legitimados por aqueles aos quais [eram] dirigidas suas principais ações (p. 52).

Além disso, essa autora ressalta ainda que os cargos de gestão no programa foram ocupados por membros de ONGs, militantes da causa da Aids e de pessoas vivendo com HIV/Aids, além de técnicos das secretarias que haviam trabalhado nos níveis municipais e estaduais, o que é entendido pela comunidade internacional como uma estratégia de gestão bastante peculiar do Brasil.

Em 1993 inicia-se uma nova era para o PN-DST/Aids, não apenas com a reestruturação do programa e a retomada do diálogo com os aliados anteriores, mas, principalmente, com a assinatura de acordos de cooperação internacional, sobretudo com o BM, que passou a ser o grande financiador do PN-DST/Aids: por um lado, esses recursos asseguraram a realização das

ações programáticas, mas, por outro, introduziram uma perspectiva econômico-financeira na gestão do programa e vinculada às diretrizes globais. O aumento do número de atores financiados por essa via foi evidente, o que influenciou também o perfil e o desenvolvimento do trabalho das ONGs na área de HIV/Aids, assim como a própria relação desses atores com o Programa Nacional, que passou a ser mais acrítica (GALVÃO, 2000; MARQUES, 2002).

Em 1997 Teixeira já alertava:

O volume de recursos envolvido, as novas possibilidades de trabalho criadas e o conjunto de normas introduzidas pelo projeto provocaram mudanças significativas na organização do trabalho de todas as instituições nacionais envolvidas com a prevenção e controle da Aids (TEIXEIRA, 1997, p. 64).

Dessa forma a política brasileira para enfrentamento das DST/Aids teve um significativo avanço na segunda metade da década de 1990, quando a estrutura do Programa Nacional passou a ser calcada na premissa de que a prevenção da Aids e a assistência às pessoas com HIV/Aids não podiam estar dissociadas (CHEQUER, SIMÃO, 2007). Além disso, e de maneira sinérgica, aproveitando a legislação do SUS, o Ministério da Saúde também investiu numa política de acesso universal ao tratamento, com fornecimento gratuito de medicamentos ARVs a toda a população²¹. Simultaneamente passou a hastear a bandeira de defesa do acesso ao tratamento como um direito humano, o que era o diferencial da “resposta brasileira” no enfrentamento da epidemia e, mais tarde, a doação de ARV a países em desenvolvimento foi incluída na agenda da política externa do Brasil.

Em 1999 aquela Coordenação Nacional de DST e Aids foi vinculada à então Secretaria de Políticas de Saúde. No início dos anos 2000 passou à SVS. E, em 2009, foi criado nessa mesma Secretaria, o Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais, que incluiu o PN-DST/Aids. Em 2017, a sigla DST foi substituída por IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis).

²¹ O Ministério da Saúde, amparado pela aprovação naquele mesmo ano da legislação garantindo o acesso aos medicamentos (Lei nº 9.313, de 13 nov. 1996), mesmo contra recomendações e advertências do Banco Mundial (SOUZA, 2012), adotou uma política de distribuição da medicação, via SUS, para todas as pessoas acometidas pela doença. Segundo Chequer (2005), com o passar do tempo “esta estratégia mostrou-se não apenas eficaz do ponto de vista da redução da mortalidade, mas também poupadora de recursos, na medida em que os gastos com o tratamento da Aids em seus estágios iniciais consomem menos recursos que as repetidas internações dos pacientes em estado grave” (p. 4)

4.2 O CONTEXTO INTERNACIONAL DE SURGIMENTO E RESPOSTA À EPIDEMIA DE HIV/AIDS

Os primeiros alertas globais sobre a Aids datam do início dos anos 1980. Nesta mesma década o crescimento da epidemia foi avassalador e a problemática que inicialmente foi tratada pela comunidade científica internacional como casos restritos aos grupos “socialmente marginalizados” ou “grupos de riscos” – homossexuais e usuários de drogas injetáveis – (PARKER, AGGLETON, 2013, p. 22), rapidamente se tornou uma das questões de saúde mais complexa e importante do mundo contemporâneo, que ainda necessita de resposta global mais efetiva (UNAIDS, 2004; BASTOS, 2006; PARKER, AGGLETON, 2013).

A epidemia de Aids surgiu no mundo ocidental em meio a um cenário global de profundas mudanças nas relações econômicas e de poder entre os Estados, com a chamada globalização contemporânea que teve reflexos, entre várias outras coisas, nas atitudes políticas e sócio culturais da humanidade (FIORI, 1993; SOUZA SANTOS, 2005). Concomitantemente, essas mudanças também foram influenciadas pela hegemonia política neoliberal e suas propostas de superação dos problemas mundiais. Toda esta dinâmica desencadeou uma evidente piora das condições de vida das populações (aumento da fome, da pobreza e, conseqüentemente, das migrações), desestruturação dos sistemas de saúde, reemergência de agravos antigos – como malária e tuberculose – e emergência de novas epidemias, dentre elas a de Aids (ALMEIDA *et al.*, 2008).

A identificação da síndrome em 1981 pode ser considerada um marco na história da humanidade, pois o transcurso da epidemia nos anos subsequentes tornou-se um complexo cenário global, configurado como um grande mosaico de epidemias regionais, que se diferenciam de outras doenças infecciosas então emergentes, pela magnitude e extensão dos danos causados (BRITO *et al.*, 2000).

A sistematização da informação epidemiológica sobre a epidemia nos países é realizada principalmente com os dados de prevalência do HIV na população (geralmente detectada em gestantes) e em grupos específicos (homens que fazem sexo com homens, trabalhadoras sexuais e usuários de drogas injetáveis). São esses indicadores que determinam a tipologia da epidemia de um país, que pode ser: a) epidemia generalizada – a que se auto sustenta por meio da transmissão heterossexual (prevalência do HIV normalmente acima de 1% entre gestantes atendidas em serviços de pré-natal); b) epidemia concentrada – que se dissemina rapidamente em um ou mais grupos populacionais específicos, sem ter se estabelecido da mesma forma na população

em geral (prevalência do HIV é superior a 5% nesses grupos, tais como homens que fazem sexo com homens, trabalhadoras sexuais ou usuários de drogas injetáveis, e inferior a 1% na população em geral); e c) epidemia de baixo nível – a prevalência nacional do HIV é menor que 1% na população geral e não ultrapassa 5% em qualquer outro grupo. Esta tipologia foi apresentada pela primeira vez num documento do BM de 1997 (WORLD BANK, 1997) e foi rapidamente incorporada pelo Unaid e pelos países em todo o mundo. Em 2011 foi agregado pelo Unaid, um terceiro tipo, o de epidemia múltipla, quando novas infecções vêm ocorrendo em um ou mais grupos específicos, além de já existir na população em geral, o que parece ser uma possível tendência em alguns países (UNAIDS, 2011).

De maneira sintética, desde os anos 1990, os países da África subsaariana, alguns países da América Central e do Caribe (dentre eles o Haiti), do Sul e do Sudeste da Ásia e do Leste Europeu apresentam epidemias generalizadas. Os países da América Latina e os EUA têm, até hoje, epidemias concentradas; enquanto que os da Europa Central, Canadá e Oceania tendem a permanecer com epidemias de baixo nível. Em 2014, o Unaid divulgou em seu Relatório (*The GAP Report*) que existiam 35 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo, sendo que 24,7 milhões (70,5%) estavam na África Subsaariana (região mais atingida pela epidemia). Nesta região, aproximadamente um em cada 20 adultos é portador do vírus (UNAIDS, 2014).

Vale ressaltar que a epidemia subsaariana já existia antes dos primeiros casos terem sido detectados no mundo ocidental nos anos 1980. Desde a década de 1970 as populações dos países dessa região já vinham sendo acometidas por infecções consideradas endêmicas que tinham as mesmas características da Aids, mas não eram identificadas como tal. A Aids, ou a epidemia propriamente dita, emergiu nos países ocidentais, a partir da investigação sistemática de casos atípicos de pneumonia e de sarcoma de Kaposi²² em jovens da comunidade homossexual nos EUA. Segundo Bastos (2006), no contexto africano da década de 1970, onde vários males se superpunham, “infecções, desnutrição, guerras civis e miséria, não foi possível compreender que uma nova ameaça à humanidade estava a caminho” (p. 28).

O crescimento do número de casos na África se deu do Centro para o Sul do continente, acometendo inclusive os países mais ricos (como África do Sul e Botswana). Este continente continua sendo o mais devastado pela Aids, somando ou não, os anos de epidemia silenciosa aos de epidemia visível.

²² Tumor maligno do endotélio linfático, associado a estados imunodeprimidos (BASTOS, 2006)

Por outro lado, outras regiões também foram assoladas pela epidemia (como o Leste Europeu e a antiga União Soviética), que foi impulsionada por mudanças políticas econômicas, sociais e culturais, com importante impacto nas condições de vida das populações, além da desestruturação dos sistemas de saúde (BASTOS, 2006; MALTA, BASTOS, 2008).

Quanto à governança global da resposta à Aids, em 1986 a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou o Programa Global para o HIV/Aids (*Global Programme on HIV/Aids – GPA*). No entanto, demorou quase uma década para que fossem sistematizadas as primeiras informações epidemiológicas mundiais sobre a epidemia, tarefa assumida pelo sistema das Nações Unidas com a criação do UnaidS em 1996, congregando seis Agências da ONU²³, incluindo a OMS.

Antes da criação do UnaidS, o médico Jonathan Mann, primeiro diretor do GPA, foi responsável por uma grande mobilização de recursos para esse Programa Global. No início dos anos 1990, logo após a sua saída do cargo, ele publicou o livro a “Aids no Mundo”, de 1993, junto com outros atores e ativistas mundiais, onde não só apresentava um panorama da situação global da epidemia, mas delineava também o cenário de mobilização de recursos para o seu combate, articulava o problema da resposta à Aids às questões do desenvolvimento e fazia severas críticas à atuação da OMS nessa área.

Segundo Mann *et al.* (1993), até 1986 nenhum país rico ou industrializado havia financiado atividades de resposta à Aids nos países em desenvolvimento. Este atraso na atuação mundial sobre o problema, cujo início é registrado em 1982, foi atribuído pelos autores à própria OMS, que teria demorado a reconhecer a Aids como um problema mundial; às agências de Assistência Oficial ao Desenvolvimento (AOD), que não teriam identificado a extensão e a gravidade da pandemia; à incerteza dos possíveis doadores sobre como financiar atividades de prevenção e tratamento; e, por último, à preocupação sobre o desvio de fundos, que poderiam ser destinados a outros projetos e prioridades já existentes nos próprios países.

A mobilização e ativismo internacional de Jonathan Mann gerou uma série de controvérsias internas na OMS e contribuiu para conflitos com o então Diretor Geral, Hiroshi Nakajima, culminando com o pedido de demissão de Jonathan Mann do Programa Global, com grande repercussão na mídia, inclusive com entrevistas concedidas por Mann, contribuindo para

²³ O relatório UnaidS de 1998, publicado em junho de 1999, apresenta seis organizações do Sistema de Nações Unidas como co-patrocinadoras originais de sua iniciativa global contra a Aids: Pnud (Programa de Nações Unidas para o Desenvolvimento), Unfpa (Fundo de Nações Unidas para as Populações), Unesco (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura), OMS, Banco Mundial e Unicef (UNAIDS, 1999).

o desprestígio da OMS (BROWN *et al.*, 2006), já então bastante fragilizada (ALMEIDA, 2014). Importante também destacar que a saída de Jonathan Mann da OMS e a criação do Unids em 1996 coincidem com o período 1988-1998, que é tratado pelos autores como o da crise da OMS e sua crescente perda de poder na arena internacional (BROWN *et al.*, 2006; CUETO, 2008; CUETO *et al.*, 2011; ALMEIDA, 2014).

Em 1992, no cenário de grandes mudanças no sistema mundial e de intensa disseminação do HIV, essa situação de crise da organização levou os membros do Conselho Executivo da Assembleia Mundial da Saúde (AMS) a nomear um grupo de trabalho a fim de estudar de que maneira a OMS poderia fortalecer o seu papel no âmbito da saúde internacional, desta vez tomando em conta as grandes mudanças globais. Este Grupo recomendou, em 1993, que para manter a liderança no setor saúde era necessário à OMS: revisar a gestão fragmentária dos seus programas nos âmbitos global, regional e por país; diminuir a competição o orçamento regular e os recursos extra-orçamentários; e, acima de tudo, enfatizar o papel da organização como coordenadora dos temas de saúde global (BROWN *et al.* 2006; VIEGAS, 2014). Apesar do esforço da OMS para resgatar seu *status* de condução da saúde em nível global, com a criação do Unids em 1996, sua atuação nessa área foi partilhada com outras organizações que integram esse programa conjunto da ONU.

No que concerne ao investimento global para o combate a Aids, segundo Mann *et al.* (1993), de 1986 a 1991 dos US\$ 847,6 milhões de dólares investidos, 40% (US\$336,6 milhões) foram para assistência bilateral, ou seja, transferência direta de recursos de uma agência de AOD para os países; 37% (US\$ 314 milhões) foram ajuda multilateral (fundos concedidos por AOD à ONU ou a uma de suas agências especializadas), veiculados através da OMS; 16% (US\$132,3 milhões) vieram de agências multilaterais externas ao setor saúde; e os 7% restantes (US\$ 63,3 milhões) foram destinados a apoio multi-bilateral (as agências da AOD canalizam fundos para um país que não tenha um representante seu, através da OMS). Esta última modalidade foi criada pela própria OMS, em 1987, e funciona até hoje. Em síntese, 79% do total de recursos destinados ao Programa Global contra a Aids foram concedidos pelas agências da AOD, procedentes de um total de 20 países, a maioria deles da OCDE, a ex. URSS e o Kuwait. Os EUA foram os maiores contribuintes, com 35% desses recursos, junto com Suécia, Canadá, Reino Unido, Noruega, França, Dinamarca e Alemanha contribuíram com 91% do total de recursos concedidos como ajuda externa para o desenvolvimento. Os mesmos autores apontam que, dentre as agências da ONU, o Pnud foi quem mais investiu nesse período o (1986-1991). E até 1990 o Banco Mundial havia destinado 55,8 milhões de dólares para projetos de controle

e prevenção da Aids, tornando-se, em 1991, o maior contribuinte financeiro para a resposta à epidemia, depois dos Estados Unidos (MANN, *et al.* 1993)

Em 1998, a Diretora da OMS, Dra. Gro Harlem Brundtland, continuou seguindo a recomendação da Assembleia Mundial de Saúde de 1992, tendo como prioridade conseguir financiamentos para a saúde que estivessem à altura do desafio global dos ODM, sobretudo a partir de Parcerias Público-Privadas (PPPs) (VIEGAS, 2014). Segundo Kerouedan (2013),

[...] entre 2000 e 2007, multiplicou-se por quatro o financiamento mundial para os países em desenvolvimento, provenientes de parcerias público-privadas envolvendo o setor industrial e comercial, sobretudo os fabricantes de vacinas e medicamentos; no período de 2001-2010, [esse financiamento] triplicou, atingindo um pico de US\$ 28,2 bilhões em 2010. A maior parte dos recursos é constituída por fundos norte-americanos públicos e privados (p. 30) (Tradução Nossa).

Essas PPPs aumentaram em muito os Recursos Extra-orçamentários da OMS, sobretudo em programas específicos (*earmarked*), que não passam pela aprovação dos países membros nem podem ser utilizados para a execução dos planos de trabalho aprovados nas AMSs (VIEGAS, 2014; ALMEIDA, 2014, 2017b, 2017c). Embora esses recursos tenham tirado a OMS da crise financeira em que se encontrava, não reposicionaram a sua liderança na arena internacional (ALMEIDA, 2017c).

A primeira década do século XXI foi um período de grande mobilização e investimento de recursos financeiros para a saúde, mas também se multiplicaram os arranjos e mecanismos de cooperação internacional no setor, com ênfase, porém, em enfermidades específicas (Aids, Tuberculose e Malária) e sem qualquer prioridade para o fortalecimento dos sistemas de saúde. Não raro essa ajuda externa foi utilizada para fins geopolíticos (INGRAM, 2005; RAVISHANKAR, 2009; FELDBAUM, 2010; ALMEIDA, 2013, 2017a, 2017b), consolidando a perspectiva neo-conservadora também na área de cooperação internacional em saúde (ALMEIDA, 2011), o que suscita o questionamento sobre quem são esses atores da cooperação internacional e quais as suas motivações para o investimento na resposta dos países em desenvolvimento ao HIV/Aids.

Neste cenário, destaca-se também o mecanismo do Fundo Global de Luta Contra Aids, Tuberculose e Malária, comumente conhecido como Fundo Global, uma Iniciativa Global em Saúde (*Global Health Initiative – GHI*) que tem como objetivo atrair e distribuir recursos adicionais para prevenir e tratar essas três enfermidades. Trata-se de uma PPP, cujo secretariado funciona em Genebra, Suíça, que começou suas operações em janeiro em 2002. Atualmente, o

Fundo Global é quase inteiramente financiado por contribuições dos governos de países desenvolvidos. De 2001 a 2010 o maior contribuinte foram os EUA, seguido da França, Japão, Alemanha e Reino Unido. As nações doadoras com a maior porcentagem de produto nacional bruto que contribuíram para o Fundo de 2008 a 2010 foram Suécia, França, Noruega, Países Baixos e Espanha²⁴. Entretanto, com a nova crise econômica de 2008, que inicialmente atingiu principalmente a Europa, a continuidade e viabilidade do Fundo Global tem sido questionada.

Apesar de que no final dos anos 1990 os Estados Unidos já apresentavam as linhas de sua estratégia de investimento nas questões relacionadas à saúde global²⁵ (USA/IOM, 1997) é no início dos anos 2000, especialmente depois do atentado de 11 de setembro de 2001, que fica mais evidente na literatura a mudança na agenda de segurança nacional daquele país (FIORI, 2007; ALMEIDA, 2011, 2013), que envolveu também um grande investimento na cooperação internacional em HIV/Aids: em 2003 o Congresso norte americano aprovou US\$ 15 bilhões (quinze bilhões de dólares) para a iniciativa “Plano emergencial do Presidente dos Estados Unidos para Ajuda à Aids” (*President’s Emergency Plan for Aids Relief – PEPFAR*) a fim de apoiar os países em suas respostas nacionais à Aids (USA/IOM, 2007).

Vieira (2007) e Almeida (2011; 2013) apontam que houve uma tendência gradual da comunidade internacional em mover o tema de HIV/Aids do âmbito tradicional das questões de saúde pública para outros enfoques, como por exemplo o de segurança nacional, frequentemente numa perspectiva geopolítica, desvinculando-se em certa medida da abordagem biomédica tradicional. Alguns autores denominam essa dinâmica de “geopolítica das doenças” (INGRAM, 2005).

Para Vieira (2007) esse movimento pode ser entendido como parte de uma progressiva “transição histórica”, iniciada em meados da década de 1990, que incluía a criação do Programa Global para a Aids, da OMS, em meados dos anos 1980, quando a epidemia se intensificou em alguns países africanos; seguida da criação do UnAids em 1996, que evidenciou, de alguma maneira, o fracasso do enfoque biomédico que vigorou nos primeiros anos da epidemia; e, finalmente, a formalização da articulação HIV/Aids-Segurança Nacional e internacional, durante a reunião do Conselho de Segurança da ONU, em 2000, que culminou com a Declaração de

²⁴ A empresa Microsoft, de Bill Gates, foi uma das primeiras fundações privadas, entre muitos doadores bilaterais a fornecer recursos para alavancar esse projeto. O Fundo Global é o maior financiador mundial de programas anti-Aids, tuberculose e malária e, ao final de 2010 aprovou o financiamento de US\$ 21,7 bilhões, que apoia mais de 600 programas em 150 países. Disponível em: <<http://www.theglobalfund.org>> (Acesso: 22 jun. 2014).

²⁵ Para maiores detalhes ver Relatório do *Institute of Medicine* norte americano (IOM), de 1997, intitulado ‘*Interesse Vital norte americano na saúde global: proteger nosso povo, melhorar nossa economia e fazer avançar nossos interesses internacionais*’ (USA/IOM, 1997).

Compromisso da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (*United Nations Special Session of the General Assembly* (Ungass), um ano depois, em junho de 2001.

Já para Almeida (2013) a questão de saúde e segurança é muito mais abrangente e está relacionado ao um novo “*status* político” da saúde na arena internacional, o que, a seu ver, está bastante articulada com o aumento do interesse no tema da saúde como dimensão relevante da política externa, que também é consequência de uma série de eventos convergentes do período pós-Guerra Fria. Tais reflexões são parte da discussão da autora sobre saúde, política externa e cooperação Sul-Sul.

4.3 A EPIDEMIA DE HIV/AIDS NO BRASIL

O curso da epidemia de HIV/Aids no Brasil evidencia mudanças ao longo dos anos, com diferentes contornos em relação à população afetada, que, por sua vez, exigiram distintas formas de atuação no controle e prevenção da enfermidade (BRASIL, 1999b, p. 10): em um primeiro momento era caracterizada por transmissão principalmente entre homens com um nível de escolaridade alto e que fazem sexo com homens, forjando o conceito de “grupo de risco”; em um segundo momento verifica-se a transmissão entre usuários de drogas injetáveis e aumenta a disseminação também entre as pessoas que têm prática heterossexual, o que levou à formulação do conceito de “práticas de risco”; e um terceiro momento em que se acentua a disseminação entre heterossexuais, principalmente mulheres (denominada a “feminização” da epidemia), um aumento percentual maior entre as pessoas de baixa escolaridade (“pauperização” da epidemia) e a “interiorização” para municípios de médio e pequeno porte, formulando-se o conceito de “vulnerabilidade”.

Essas distintas “fases” da evolução da epidemia denotam os diferentes olhares e acúmulo de conhecimentos sobre a mesma: primeiro a atenção estava posta no indivíduo infectado; depois a percepção se amplia para a “exposição ao vírus”; e por fim se considera a “susceptibilidade das pessoas ao vírus”. Cada um desses momentos demandou novas respostas, do Estado e da sociedade, com reconceituações e estratégias diferenciadas de enfrentamento (BRASIL, 1999b, p. 10).

Mais recentemente observa-se nova mudança na evolução da epidemia, o que demonstra que ela não está controlada e, aparentemente, há um retorno às “fases” anteriores ou um somatório de características, ou mesmo um mosaico, composto por perfis diferentes em distintos estados (BRASIL, 2014, 2015a).

4.3.1 Um panorama atual

Ao longo dos seus trinta anos a política nacional de combate à epidemia de HIV/Aids no Brasil teve inflexões relevantes, bastante discutidas por pesquisadores e estudiosos brasileiros e da comunidade científica internacional. Essas inflexões constituem marcos, não somente porque dizem respeito às ações programáticas levadas a cabo, mas também à construção de um sistema de informação nacional para essa enfermidade bastante complexo que, na perspectiva de alguns autores, incluindo publicações oficiais da SVS do MS, é fragmentado e não articula as ações de vigilância epidemiológica e de monitoramento e avaliação (BRASIL, 2013a; GRANGEIRO, 2016).

O sistema de informação nacional em HIV/Aids agrega no mínimo quatro ferramentas de processamento de dados e informações sobre a epidemia. De um lado estão o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan) (com dados de notificação e investigação de doenças e agravos que constam na lista de notificação compulsória²⁶) e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), ambos mantidos pelo Datasus (Departamento de informática do SUS) na SVS; e, do outro, os dispositivos ou sistemas próprios do PN-DST/Aids, desenhados ao longo dos anos 2000 para monitoramento e avaliação da resposta nacional, que são: o Sistema de Informação de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel) e o Sistema de Informação de Controle Logístico de Medicamento (Siclom). Juntos, essas duas últimas ferramentas oferecem informação sobre o percurso nos serviços de saúde das pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) e compõem o chamado “monitoramento clínico das PVHA no Brasil” (BRASIL, 2016b). O Siscel e o Siclom são sistemas próprios do PN-DST/Aids e não integram a vigilância epidemiológica do HIV/AIDS no Brasil²⁷.

Além disso, ressalta-se o papel complementar dos estudos de prevalência, das pesquisas de estimativas e outros inquéritos populacionais relacionados a comportamentos (por exemplo, o estudo de conscritos, BRASIL, 2006), e das pesquisas sobre conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira, conhecidas como Pcap, publicadas com amostras dos anos 2004, 2008 e 2013. Toda essa produção financiada pelo PN-DST/Aids ajuda a compor o conjunto de informações sobre a epidemia brasileira, que apoia pesquisadores, profissionais dos serviços de saúde, analistas do governo e da sociedade civil na elaboração de leituras sistêmicas sobre o

²⁶ Última atualização pela Portaria nº 20, de 17 de fevereiro de 2016.

²⁷ De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde, de 2010, os dados e informações que alimentam o Sistema de Vigilância Epidemiológica no Brasil são: dados demográficos, socioeconômicos e ambientais; dados de morbidade; dados de mortalidade; notificação de surtos e epidemias.

cenário nacional da epidemia brasileira de HIV/Aids e também determinar as suas principais tendências.

Entretanto, se por um lado essa composição de sistemas pode ser considerada complementar, por outro favorece análises de dados bastante fragmentados, o que inclusive é reconhecido pela própria SVS (BRASIL, 2013a). Para Grangeiro (2016), essa quantidade de sistemas de informação além de ser “relativamente complexa”, facilita controvérsias na análise do conjunto de dados (p. 19).

Em 2013, técnicos e consultores da OPAS-OMS, Unaid e CDC, apoiaram o DDAHV na realização de uma avaliação dos seus sistemas de informação e também constataram as características acima descritas. No entanto, os avaliadores destacaram alguns elementos que consideram ser as principais fortalezas do que eles denominam “arquitetura do sistema de informação” do Brasil para a resposta ao HIV/Aids, quais sejam: capacidade de ligação com sistemas inter-relacionados; existência de plataforma digital; recursos humanos específicos para o sistema e mantidos principalmente com recursos governamentais; e divulgação regular e oportuna dos dados sob a forma de relatórios e boletins epidemiológicos anuais²⁸

Sendo assim, apresentar o cenário epidemiológico e um panorama atual da resposta à epidemia de HIV/Aids do Brasil não é tarefa simples.

Neste tópico, foram levados em conta os dados dos últimos boletins epidemiológicos de HIV/Aids (BRASIL, 2014; 2016a), do Monitoramento Clínico do HIV (BRASIL, 2016b), ambos divulgados pelo MS, e algumas análises recentes publicadas por pesquisadores sobre a informação epidemiológica da política nacional de Aids, tentando contextualizá-la nos últimos cinco anos (ABIA, 2016).

Como ponto de partida apresenta-se a inflexão da resposta nacional ocorrida entre 2013 e 2014, especialmente em relação à vigilância epidemiológica e ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento.

Desde que a Aids se tornou um agravo de notificação compulsória no Brasil (Portaria nº 542 de 1986) as ações de vigilância epidemiológica estiveram direcionadas à notificação de casos de Aids e não de pessoas infectadas pelo HIV. A partir de 2006, com a implementação dos testes rápido de diagnóstico, foram agregadas ao Sinan as notificações de gestantes HIV positivas e de crianças expostas (Portaria nº 5 de 21 de fevereiro de 2006), permanecendo assim,

²⁸ Documento MS.81 – Relatório de Avaliação. Sistema de informação, nov. 2013.

até 2013. Ou seja, por quase trinta anos, a informação disponibilizada pelo sistema de vigilância nacional para adultos era sobre o agravo da infecção, a Aids, o que reflete um padrão de transmissão do HIV de aproximadamente cinco anos anteriores (tempo médio para que uma pessoa com HIV, sem tratamento, apresente sinais da síndrome).

No final de 2013, o DDAHV adotou a estratégia do tratamento como prevenção e lançou um novo protocolo clínico para manejo da infecção pelo HIV/Aids em adultos, no qual todas as pessoas com testes positivos para o HIV passaram a ter acesso aos medicamentos, independentemente do seu comprometimento imunológico (BRASIL, 2013b). Essa estratégia, denominada “Testar e Tratar” foi adotada em 1º de dezembro de 2013, pouco antes da incorporação da infecção pelo HIV como agravo de notificação compulsória pelo MS. A incorporação da infecção pelo HIV na Lista Nacional de Notificação Compulsória ocorreu em 2014 (Portaria nº 1.271, 06 jun. 2014).

Assim, tomando em conta que alguns estados já notificavam casos de infecção pelo HIV desde 2007, os dados oficiais mostram que houve um aumento do número de casos em pessoas maiores de 13 anos – de um total de 6.152 casos em 2007 para 32.321 em 2015 (BRASIL, 2016a) –, o que evidencia aumento substancial das notificações a partir de 2013, que deve perdurar nos próximos anos, dado o investimento do Ministério da Saúde na ampliação do acesso ao diagnóstico. A taxa de detecção do HIV também aumentou nas gestantes entre 2010 e 2015 (aumento de 26,6%), assim como a razão homem/mulher infectados pelo HIV (de 1,8 em 2010 para 2,4 em 2015). Dentre os homens infectados, 60% são homens que fazem sexo com homens. E, em 2015, 37,4% dos casos de infecção pelo HIV foram detectados entre homens jovens entre 15 e 29 anos.

Em 2014, a estimativa de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil era de 734 mil indivíduos, o que correspondia, naquele momento, a uma prevalência nacional de 0,4% (BRASIL, 2014). Ao mesmo tempo, os estudos publicados até 2015 com os grupos populacionais mais vulneráveis evidenciam as seguintes prevalências: a) 15% entre gays e outros homens que fazem sexo com homens (VERAS *et al.* 2015), sendo que em 2009 a prevalência nessa população era de 10,5% (KERR, 2009); b) 5,9% nas pessoas usuárias de drogas em geral (BASTOS, 2009); c) 5,0% nas pessoas usuárias de crack (BASTOS, 2014) e d) 4,9% entre mulheres profissionais do sexo (DAMACENA *et al.* 2011). Esses dados classificam a epidemia brasileira como concentrada em grupos populacionais mais vulneráveis.

Quanto aos casos de Aids, houve um aumento de 15,8% na taxa de detecção em pessoas do sexo masculino e uma diminuição de 19,6% no sexo feminino, o que fez aumentar em 40% a razão entre homens e mulheres com a síndrome. Essa tendência se repete entre os jovens entre 20 e 29 anos, onde o maior aumento, assim como nos casos da infecção pelo HIV, ocorre entre os homens que fazem sexo com homens. Por outro lado, as taxas de mortalidade por Aids no Brasil têm se mantido estáveis nos últimos 10 anos (2006-2015) e em menores de 5 anos a taxa de detecção da síndrome teve uma redução de 43,2 %, provavelmente pela obrigatoriedade do exame no pré-natal. No entanto, vale ressaltar que a taxa de detecção da síndrome Aids nos estados do Rio Grande do Sul (34,7%), Santa Catarina (31,9%) e Amazonas (31,2%) são bastante superiores à taxa média de detecção nacional, que é de 19,1% (BRASIL, 2016a)

Com esse cenário, alguns pesquisadores chamam a atenção para uma aparente “reemergência da epidemia do HIV e da Aids” (GRANGEIRO, 2016, p. 21). Na perspectiva deste autor, o curso da epidemia entre jovens gays, a tendência de aumento de casos de Aids observadas nas estimativas com base na contagem de células CD4 e do controle clínico dos usuários (SZWARCOWALD, 2015), e o crescimento marcante no grupo etário mais jovem observado em alguns estados, demonstram a possibilidade do país está passando por:

[...] uma mudança geracional no comportamento sexual, marcada, entre outros aspectos, por novos arranjos para encontros e relacionamento entre parceiros e uma menor adesão às práticas preventivas do HIV [nas relações sexuais] (GRANGEIRO, 2016, p. 21).

Por outro lado, o mesmo autor ressalta que a estratégia nacional de universalização do acesso ao diagnóstico e ao tratamento de todas as pessoas infectadas pelo HIV podem também indicar um período de transição epidemiológica onde:

[...] indicadores positivos da resposta brasileira [podem estar] sendo permeados por indícios de que a epidemia está reemergindo e tende a atingir patamares mais elevados do que os observados nesses últimos 30 anos (GRANGEIRO, 2016, p. 22).

De qualquer maneira, essa mudança observada em 2014 requer revisão da política nacional, no que concerne tanto às estratégias de monitoramento clínico de infectados, a partir de indicadores claros e precisos que permitam delinear o percurso desses indivíduos nos serviços de saúde do país (BRASIL, 2016b); quanto a ações inovadoras que garantam o acesso oportuno das pessoas ao diagnóstico e aos serviços de atenção integral e de qualidade no SUS.

Segundo Nemes e Scheffer (2016), em 30 anos de epidemia, as ações de assistência e tratamento aos pacientes com Aids no Brasil “foram delineadas num terreno de excepcionalidade: da doença em si, da urgência sanitária, da gravidade epidemiológica, e da mobilização

social, técnica e científica, assim como em outros tantos países” (p. 34); mas, atualmente, a problemática da assistência às pessoas com HIV/Aids no Brasil esbarra na prática dos serviços do SUS. Na perspectiva desses autores, a retenção dos usuários nos serviços de saúde depende principalmente do “desempenho da gerência local” (NEMES, SCHEFFER, 2016, p. 35) que, na atual conjuntura do SUS, não acontece de forma isolada, e sim, como aponta Grangeiro (2016), aliada a outros problemas estruturais do sistema de saúde “como déficit de profissionais [nos serviços], violência e marginalização de populações mais expostas ao risco e situações de preconceito e estigma” (p. 23).

Quanto à política de acesso universal ao tratamento, em 2015 o DDAHV ampliou o acesso à terapia antirretroviral profilática pós-exposição (PEP), classicamente utilizada apenas nos casos de estupro ou de acidente laboral, apresentando-a como esquema preferencial para qualquer tipo de exposição ao HIV (BRASIL, 2015a). Com isso, introduziu-se o enfoque da prevenção na estratégia de ampliação do tratamento para todos.

Não obstante, ao mesmo tempo em que há alto investimento governamental na ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento para todos, para Terto Jr. *et al.* (2016) essas ações não têm sido acompanhadas de estratégias apropriadas na área de produção de medicamentos e mantêm pouca coerência com o histórico de atuação e de parceria com a sociedade civil, que foram a tônica nos anos 2000. Segundo esses autores, prevaleceu “o diálogo exclusivo entre governo e setores empresariais, como [se fossem os] representantes da sociedade civil” (p. 48) e aumentou o distanciamento entre o Departamento Nacional de DST-Aids e as organizações não governamentais que acompanham a agenda nacional e internacional do debate sobre propriedade intelectual e o acesso a medicamentos: se anteriormente a relação entre o PN-DST/Aids e a sociedade civil era caracterizada pelo debate aberto e horizontal, atualmente a

[...] postura é diametralmente oposta àquela assumida no início dos anos 2000, quando se incorporaram medicamentos e se perseguiram a universalidade e a integralidade mediante a utilização de várias ferramentas e estratégias para a redução do preço [dos medicamentos] (TERTO JR. 2016, p. 48).

Em relação a esse ponto, vale ressaltar que o processo de compra de novos medicamentos antirretrovirais pelo MS envolve a atuação de três Secretarias: à SVS cabe, com o DDAHV, a elaboração dos protocolos ou consensos clínicos, mas a incorporação do novo insumo na política nacional de assistência farmacêutica é parte da missão institucional de outra Secretaria, a de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE); por último, a efetivação da compra, com todos os procedimentos burocráticos inerentes ao serviço público, é de responsabilidade da Secretaria Executiva do MS. Trata-se, portanto, de uma ação permeada por disputas de várias

ordens e que requer o constante diálogo e estabelecimento de consensos institucionais entre os diferentes atores envolvidos.

Na última Presidência Protempore do Brasil no Mercosul, durante a Reunião de Ministros de Saúde, em junho de 2015, o Ministro da Saúde do Brasil, Arthur Chioro, introduziu um diálogo com suas contrapartes sobre as necessidades mais urgentes dos sistemas de saúde do Bloco e as possibilidades de cooperação entre os mesmos.

Na ocasião houve consenso a respeito de que a cooperação para negociação de preços e a compra conjunta de medicamentos deveria ser parte de uma agenda estratégica que permitisse assegurar o acesso universal nesses países e questionar práticas comerciais abusivas da indústria farmacêutica. De acordo com o Relatório de Atividades da Presidência Pro Tempore Brasileira (2015):

Os Ministros concordaram que o problema do acesso aos medicamentos de alto custo requer soluções no curto prazo, além de estratégias de longo prazo. Debateram-se alternativas para enfrentar as dificuldades que os altos preços dos medicamentos têm imposto aos orçamentos da área da saúde: mecanismo de compra coordenada; compras centralizadas regionais; flexibilização de patentes; reforço dos fundos estratégico e rotativo da OPS (MERCOSUL, 2015, p. 10).

Nesse sentido, os ministros determinaram o estabelecimento do “Comitê *Ad Hoc* para Negociação de Preços de Medicamentos de Alto Custo nos Estados Partes e Associados do Mercosul”, que seria formado pelas equipes multissetoriais de cada Ministério da Saúde. A equipe de técnicos do Brasil é liderada pela Direção de Assistência Farmacêutica, da SCTIE, sendo que a interlocução institucional é conduzida pela Aisa, quem conduz também as comunicações com os demais países.

De acordo com a Ata de sua criação, ao Comitê cabe aprovar a lista de medicamentos de alto custo de interesse comum (a partir da quantificação da demanda etc); acompanhar a negociação de preços com os fabricantes; redigir a Ata de negociação do preço final e da compra e remetê-la à OPS, quem operacionaliza a aquisição dos medicamentos separadamente para cada um dos países. A primeira rodada de negociação de preços teve como objeto o antirretroviral Darunavir.

Para Terto Jr.*et al.* (2016), esse mecanismo de negociação de preços de medicamentos com o Mercosul foi uma das “poucas inovações” do Ministério da Saúde em nível regional nos últimos anos (p. 49). Como se trata de um mecanismo instituído a menos de dois anos, ainda é muito cedo para análises mais profundas a respeito de sua exequibilidade nos próximos anos,

com o mesmo protagonismo do MS, ainda mais diante da atual conjuntura política nacional, após o processo de *impeachment* da Presidente Dilma Rouseff, em 2016. Por outro lado, percebe-se que a institucionalidade do Comitê *Ad Hoc* no Mercosul e a pressão dos países para que o volume de compras do SUS entre na planilha de negociação poderá garantir a permanência desse instrumento pelos próximos anos.

Percebe-se assim que o acesso a medicamentos antirretrovirais retornou pra agenda de cooperação internacional do Ministério da Saúde, desta vez pela via do Mercosul e com maior protagonismo da Aisa, num esforço de coordenação interministerial que possa garantir sustentabilidade na dinâmica entre as ações nacionais e internacionais.

Por fim, também em 2015 o MS lançou a publicação “Histórias de Luta contra Aids: a união de todos os atores para o enfrentamento à Aids”, discutindo a trajetória de três décadas da resposta brasileira, a partir da fala de vários atores governamentais e da sociedade civil. A apresentação da publicação elenca algumas das principais estratégias da política nacional de controle da epidemia ao longo do período:

1. Adoção de canais institucionais para o diálogo com os movimentos sociais brasileiros relacionados ao tema desde os anos 1980.
2. Pioneirismo na garantia do acesso universal a tratamento antirretroviral em 1996, na contra-mão das determinações internacionais, que garantiu visibilidade internacional do Brasil na questão do HIV/Aids.
3. Implementação do teste rápido do HIV (coleta na polpa digital) em 2005, com ampliação nacional em 2008, e implementação do teste de fluido oral produzido no Brasil em 2014.
4. Licenciamento compulsório do medicamento Efavirenz em 2007, com produção nacional do genérico desde 2009, o que representou uma economia para o MS de US\$ 236,8 milhões, até 2012.
5. Ampliação do tratamento para adultos soropositivos que ainda não tinham comprometimento do sistema imunológico em 2013, a partir da simplificação da testagem para o HIV.

A essas estratégias nos permitimos agregar mais uma:

6. Execução de recursos de empréstimos internacionais do BM que favoreceram a descentralização do financiamento de ações para estados e municípios e abriram caminho para as primeiras triangulações de projetos com organismos internacionais, contribuindo assim para aumentar a visibilidade internacional da política brasileira e da CSS do Brasil em HIV/Aids.

5 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL NO BRASIL: O LUGAR DA SAÚDE

5.1 A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL DO BRASIL: DE RECEPTOR A DOADOR

A experiência do Brasil com a cooperação técnica internacional começou na condição de país receptor nos anos 1950 e 1960, tendo passado, em três décadas, para uma situação dual, a partir de 1973, em que ao mesmo tempo o país começou a prestar cooperação técnica para outros países em desenvolvimento da América Latina e países africanos de língua oficial portuguesa (Palops) (PUENTE, 2010). Essa mudança se caracteriza pela intensificação das ações diplomáticas, em ambas as regiões e coincide com a institucionalização paulatina da cooperação internacional no aparelho de Estado. De acordo com Puente (2010) progressivamente construiu-se um consenso em âmbito doméstico de que “o Brasil deveria aproveitar a experiência adquirida com a cooperação técnica para fazer dela, além de um instrumento de desenvolvimento interno, uma ferramenta de política exterior” (p. 103).

Em 1950 começou a se desenhar institucionalmente o “sistema de cooperação brasileiro” (CERVO, 1994; PUENTE, 2010). Segundo Valente (2010), o processo vivido pelo Brasil nessa época foi de preparação do aparato da administração pública para acolher a intensificação dos compromissos internacionais advindos das assinaturas de ‘acordos básicos de cooperação técnica’, efetivados nas décadas de 1960 e 1970. Essa dinâmica seria um reflexo das tendências observadas no mundo capitalista, desde a criação das agências intergovernamentais da ONU e de outros organismos internacionais, que “estimularam o fluxo de recursos financeiros e de conhecimentos especializados entre fronteiras nacionais para promover o desenvolvimento” (VALENTE, 2010, p.77).

Os primeiros compromissos bilaterais foram firmados com os EUA²⁹, em 19 de dezembro de 1950. Para Valente (2010, p.80), a expectativa do governo Dutra com esse acordo bilateral era o de obter “assistência financeira oficial do governo dos Estados Unidos para projetos de infraestrutura” no Brasil. Entretanto esse acordo não foi implementado, devido a mudanças de orientação da política externa norte-americana a partir da eleição do Presidente Eisenhower (1953-1961).

Vários autores confirmam o ano de 1950 como marco inicial de criação do sistema de cooperação internacional brasileiro, com a assinatura do Decreto do Presidente Eurico Dutra

²⁹ “Acordo Básico de Cooperação Técnica entre o Brasil e os EE.UU. da América” (Documento MRE.81, 19 dez. 1950)

(Decreto nº 28.799, de 27 de outubro de 1950) instituindo a Comissão Nacional de Assistência Técnica (CNAT) no MRE, que foi regulamentada três anos depois (Decreto nº 34.763, de 1953). A CNAT foi o primeiro órgão de coordenação da cooperação técnica no Brasil, estabelecendo função não só deliberativa sobre os projetos e ações de cooperação a serem recebidas, mas também as prioridades nacionais para fins de encaminhamento das solicitações (PUENTE, 2010; VALENTE, 2010; ALMEIDA, 2013).

No que toca à saúde, também em 1950, e alguns meses antes da criação da CNAT, foi criada a Comissão de Saúde Internacional (CSI) (Portaria nº 94, 20 abr. 1950), no então Ministério da Educação e Saúde (MES), com a missão de discutir e deliberar sobre questões de cooperação internacional em saúde no Brasil. A CSI estava vinculada ao Departamento Nacional de Saúde do MES e desempenhava no setor as mesmas funções da CNAT, mas em articulação com ela. A CNAT era composta por membros indicados pelo MRE e por representantes dos demais Ministérios, e tinha como objetivo identificar a necessidade de participação do Brasil em programas de assistência técnica de países industrializados e de agências das Nações Unidas, como também coordenar os planos e programas para recebimento de auxílio ou ajuda internacional. A CSI, por sua vez, atuava com membros do MES e deveria promover o intercâmbio de experiências com outros países e com organismos internacionais, a fim de estabelecer convênios ou acordos que proporcionassem o aprimoramento da formação de brasileiros do setor saúde no exterior, estreitando também os laços do Brasil com as organizações internacionais, principalmente com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e com a então Repartição Sanitária Panamericana (OPS) dos EUA.

Segundo a Portaria de sua criação, a CSI deveria também discutir o conteúdo das Resoluções internacionais de saúde antes de sua internalização, analisando-o particularmente em função de questões relacionadas à “defesa continental”. Apesar de manter alguma autonomia nas relações e tratativas diretas com os organismos internacionais da área de saúde, a articulação da CSI com a CNAT (e com o MRE) era coordenada com a Divisão de Atos e Congressos da Comissão de Organismos Internacionais do MRE para a assinatura de convênios e formalização de parcerias internacionais na saúde. Segundo os documentos analisados, essa relação visava “a indispensável uniformidade de ação” (Documento MES.01 – Portaria de criação da CSI, abr. 1950).

Apesar da institucionalização da cooperação internacional brasileira ter começado na década de 1950, o Brasil já participava de formas de “saúde internacional”, pois a saúde sempre

foi preocupação dos países, uma vez que questões sanitárias impactavam o comércio internacional e a articulação de mercadorias entre os continentes muito antes da criação da Organização das Nações Unidas (ONU) (CUETO, 1996; PIRES-ALVES, PAIVA, SANTANA, 2012).

As primeiras iniciativas coordenadas de cooperação internacional em saúde entre os países foram tratadas durante a 1ª Conferência Sanitária Internacional em 1851, em Paris, num contexto onde as doenças transmissíveis e epidemias como cólera, peste e febre amarela constituíam ameaças à dinâmica econômica do mercado internacional. Segundo Fidler (2004, p. 1), essa conferência representou “uma transição radical na forma de conceituar e abordar a saúde internacionalmente”. Já no início do século XX, principalmente até o período entre a primeira e a segunda guerra mundial (1918 a 1939), o trabalho internacional em saúde foi caracterizado pelos esforços norte-americanos tanto para formulação e implementação de regulações sanitárias voltadas para facilitar o comércio internacional, sobretudo nas cidades portuárias, quanto para o desenvolvimento de atividades de cooperação internacional em saúde, sobretudo na região sul-americana, que naquele momento eram implementadas pelo Departamento de Saúde da Fundação Rockefeller e pela Oficina Sanitária Panamericana dos EUA, que posteriormente, seria a Organização Panamericana de Saúde, o braço regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) (CUETO, 1996). As primeiras décadas do século XX foram fundamentais para o ingresso da saúde na agenda de política externa e na diplomacia de vários Estados nacionais em nível mundial, promovido para a expansão do comércio e pela ascendência do poder o norte americano na região (ALMEIDA, 2013)

As áreas do MES que antecederam a CSI no Brasil, com alguma competência formal na área internacional em saúde, atuaram na década de 1930 e tinham competências específicas voltadas para os temas de inspeção sanitária e combate às doenças infecciosas: a então denominada Diretoria de Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República, criada em 1934³⁰, que se ocupava dos portos e aeroportos; e o Serviço Antivenéreo das Fronteiras, criado em 1937³¹, que atuava no combate à sífilis nas cidades fronteiriças. Essas novas estruturas institucionais eram desdobramentos do movimento de reforma da saúde ocorrido durante a Primeira República (1889-1930), que promoveu a expansão da autoridade pública estatal sobre o

³⁰ Decreto nº 24.814, 14 jul. 1934 (Documento PR.16 – Criação da Diretoria de Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República).

³¹ Lei nº 378, 13 jan. 1937 (Documento PR.17 – Criação do Serviço Antivenéreo das Fronteiras).

território nacional e a criação das bases para a formação da burocracia brasileira em saúde pública, um movimento que teve como principal conquista a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1920 (LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2005).

Posteriormente, com a entrada do Brasil na II Guerra Mundial, em 1942, e a partir da intensificação dos acordos do Brasil com os Estados Unidos, foi criado no país o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp). O Sesp era uma agência de saúde autônoma em relação ao MES, organizada nos moldes norte americanos e em parceria com aquele governo, que atuou nas questões de saneamento e assistência à saúde no Brasil nas áreas de produção de minerais estratégicos e de borracha, que eram de interesse dos Estados Unidos (HOCHMAN, 2007). Naquele período, a preocupação dos norte-americanos se voltava tanto para a proteção dos seus soldados contra as doenças tropicais quanto para a prevenção e os cuidados contra a malária e outras doenças infecto-contagiosas que podiam afetar os trabalhadores brasileiros envolvidos na produção de ferro e borracha. Esses produtos eram estratégicos para as tropas aliadas no período da guerra (CAMPOS, 2006).

Cabe dizer que nesse período dos anos 1940 as relações dos Estados Unidos com os países da América Latina foram intensificadas, quando o Congresso norte-americano autorizou a promulgação da Lei do Desenvolvimento Internacional, como parte do programa do segundo governo do presidente Truman (1945-1953), o chamado Programa do Ponto IV, que fortaleceu a cooperação internacional dos EUA, predominantemente bilaterais e focada na melhoria da infra-estrutura dos países em desenvolvimento (UNITED STATES OF AMERICA, 1949).

Nesse contexto, no Brasil, apesar da existência da CNAT, em 1959 foi promulgado um novo decreto presidencial criando o Escritório Técnico de Coordenação dos Projetos e Ajustes do Ponto IV³², no Ministério das Relações Exteriores, para tratar das especificidades e da coordenação das ações de cooperação técnica com os Estados Unidos. Essa reestruturação institucional resultou do aumento significativo das ações de cooperação norte-americanas no Brasil, principalmente nos setores de saúde, educação, agricultura e administração geral (PUENTE, 2010), mas ao mesmo tempo fragmentou a constituição institucional.

No que se refere especificamente à saúde, importante mencionar que a CIS atuou junto com a CNAT entre 1950 e 1964, mesmo depois que o Ministério da Saúde foi, formalmente,

³² Decreto Nº 45.660, 30 mar. 1959 (Documento PR.18 – Criação do Escritório Técnico de Coordenação dos Projetos e Ajustes do Ponto IV).

separado do Ministério da Educação em 1953³³. E, em 1964, a CNAT foi reestruturada por decreto do Presidente Castelo Branco³⁴, nos primeiros seis meses do golpe civil-militar. Mesmo assim, a Comissão manteve um representante do Ministério da Saúde em sua composição. Dois meses depois, o mesmo Presidente decretou a criação da Comissão de Assuntos Internacionais (CAI), no Ministério da Saúde³⁵, que incorporou as tarefas da CSI. A nova Comissão foi acompanhada de uma estrutura de assessoramento direto ao Ministro de Estado da Saúde, composta por um representante efetivo do Ministério das Relações Exteriores e participação obrigatória dos representantes brasileiros que atuavam nos Conselhos Executivos da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-americana da Saúde. Os demais representantes permaneceram sendo os diretores das diferentes áreas do Ministério da Saúde, incluindo o diretor de endemias rurais.

Dentre as competências da CAI, no Decreto de sua criação destacava-se a emissão de parecer sobre propostas de convênios, acordos ou ajustes destinados à execução de projetos ou programas que tivessem a participação técnica ou financeira de entidades internacionais, bem como acompanhamento da execução das ações decorrentes. A CAI foi a primeira tentativa de sistematização do trabalho de cooperação internacional do Ministério da Saúde na forma de assessoramento do Ministro de Estado. Legitimou ainda a participação de representantes do MRE nas discussões do setor e na cooperação internacional recebida pelo MS. Apesar de se tratar de uma Comissão, e não de uma nova área no Ministério da Saúde, a CAI tinha atribuições relacionadas aos procedimentos administrativos para autorizar a participação de funcionários do setor saúde em fóruns ou outras atividades internacionais. Pode-se inferir que nasce aí o embrião da atual Assessoria Internacional de Saúde (Aisa), vinculada ao Gabinete do Ministro da Saúde.

Como parte desse processo há que se destacar ainda o estabelecimento da ‘Aliança para o Progresso’, em 1961, pelos países da Organização dos Estados Americanos (OEA). Essa Aliança tinha forte influência dos EUA e era um Programa de cooperação multilateral que pretendia estabelecer um mecanismo de coordenação entre as instâncias da OEA, das Nações Unidas e os bancos de desenvolvimento. Tratava-se de um programa previsto para dez anos, supostamente direcionado para o desenvolvimento econômico e social da América Latina e Caribe,

³³ Decreto nº 34.596, 16 nov. 1953 (Documento PR.02 – Aprova o Regulamento do Ministério da Saúde, criado pela Lei de nº 1.920, de 25 jul. 1953).

³⁴ Decreto nº. 54.251, 02 set.1964 (Documento PR. 05 – Reestruturação da Comissão Nacional de Assistência Técnica).

³⁵ Decreto nº 55.041, 19 nov. 1964 (Documento PR.04 – Criação da Comissão de Assuntos Internacionais).

segundo determinada perspectiva, sendo a saúde um dos temas que ocupou crescente destaque nos planos e programas regionais de desenvolvimento.

Segundo Uribe-Rivera (1989) citado por Almeida (2006b, p. 382), a proposta da Aliança para o Progresso tinha uma “perspectiva reformista”, por incorporar, em certa medida, a crítica formulada pela Comissão Econômica para América Latina (Cepal) ao desenvolvimentismo dos anos 1950. Essa crítica era centrada nas consequências sociais geradas pelo aprofundado de crises fiscais e da dependência econômica entre os países. A Aliança para o Progresso teria incorporado, portanto, o discurso de se superar os “obstáculos internos ao desenvolvimento” propondo ações de cooperação internacional na forma de diretrizes para o planejamento econômico dos países que “pudessem integrar os setores econômicos e sociais”. No entanto, o movimento norte americano de fato não passou da “manipulação das teses *cepalinas*”, com o intuito de “legitimar e intensificar o processo de internacionalização de capital que estava em curso nos meandros das economias nacionais” (ALMEIDA, 2006b, p. 382).

Com a Aliança para o Progresso os países da região passaram a conferir ainda mais importância à cooperação recebida dos EUA, sendo que os primeiros recursos no âmbito da Aliança foram aprovados pelo Congresso norte americano em 1961, com o ato legislativo conhecido como Lei da Assistência Externa (*Foreign Assistance Act*) de 1961. Foi criado então pelo presidente Castelo Branco, em 1965, mais um órgão coordenador da cooperação no Brasil, desta vez no Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica: o Conselho de Cooperação Técnica da Aliança para o Progresso (Contap)³⁶, que atuava na captação e gestão de recursos para o financiamento de programas e projetos de cooperação técnica, refletindo mais uma vez o alinhamento brasileiro com as decisões norte americanas (VALENTE, 2010).

Nesse período havia consenso no Brasil sobre a cooperação técnica internacional ser um “instrumento de desenvolvimento interno”: acreditava-se que a cooperação recebida poderia modificar o perfil de desenvolvimento nacional, atribuindo-lhe “a função de disseminar os efeitos sociais do desenvolvimento” (CERVO, 1994, p. 37). No entanto, para esse autor, a motivação social nunca superou a intenção econômica para fins de cooperação técnica internacional, nem tampouco articulou crescimento e benefícios sociais. A perspectiva econômica predominava entre os governantes e decisores nacionais da época, apesar do “social” permanecer no discurso oficial em todo o processo de sistematização das práticas e relações institucionais do

³⁶ Decreto nº 56.979, 1º out. 1965 (Documento PR.06 – Criação do “Conselho de Cooperação Técnica da Aliança para o Progresso” no Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica).

período. Dessa forma, segundo Cervo (1994), tanto a organização quanto o gerenciamento da cooperação técnica internacional brasileira daquele período (1960-1970) tiveram como objetivo central “agregar sempre mais consumidores e produtos ao mercado”, ao mesmo tempo em que trouxeram a expectativa de “preparar o homem para o domínio do conhecimento inerente ao controle do processo produtivo” (p. 37). Como resultado, houve a intensificação das relações de cooperação com os EUA e grande mobilização de entidades nacionais e outras organizações internacionais “ocupadas com a difusão ou com a utilização de técnicas, ou seja, com a elevação da produtividade, o aumento da produção e a posse dos conhecimentos que se faziam necessários”; além do movimento de “incorporação da cooperação técnica como variável permanente da política externa brasileira” (CERVO, 1994, p. 37).

Em síntese, nos meados da década de 1960 o Brasil contava com três órgãos coordenadores de cooperação técnica: a CNAT, do Ministério das Relações Exteriores, o Contap, do Ministério do Planejamento, e o Escritório Técnico de Coordenação dos Projetos e Ajustes Administrativos do Ponto IV, que funcionava na representação do Brasil do Ponto IV e que contava com representantes dos diferentes Ministérios em seu Conselho. Quanto ao setor saúde, não só havia um representante do Ministério da Saúde na CNAT e no Escritório Técnico do Ponto IV, como também era mantida a CAI em plena atividade no próprio Ministério. Nesse período intensificou-se tanto o volume de cooperação recebida pelo Brasil, quanto a quantidade de recursos internacionais à disposição das instituições brasileiras.

Em 1969 houve outra reforma institucional do sistema de cooperação, dessa vez configurando-o como um “sistema interministerial para coordenação da cooperação técnica bilateral e multilateral” (VALENTE, 2010, p. 81) e criando-se a Subsecretaria de Cooperação Econômica e Técnica Internacional (Subin)³⁷, vinculada ao Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG). Essa secretaria tinha a responsabilidade de elaboração da política nacional de cooperação, em consonância com as prioridades nacionais, e de coordenar a sua execução, restando, portanto, à Divisão de Cooperação Técnica (DCT) do MRE o papel de operacionalizadora dessa política, isto é, de ser responsável pelas negociações dos instrumentos ou acordos básicos da cooperação, assim como pela interlocução com as agências de cooperação bilateral dos países doadores e com os organismos internacionais.

³⁷ Decreto nº 65.476, 21 out. 1969. (Documento PR.08 – extinção da CNAT e do Escritório do governo brasileiro para o Ponto IV e criação da Subin).

Na perspectiva de Carlos Puente (2010) a consolidação da Subin e o trabalho conjunto com o DCT foram

[...] um passo importante no avanço do sistema brasileiro de cooperação técnica, ao dar maior organicidade às atividades de cooperação, até então dispersas, já que os projetos eram negociados direta e indistintamente pelas instituições brasileiras com os doadores (PUENTE, 2010, p. 102).

No entanto, essa reforma estabeleceu um sistema interministerial marcado por uma divisão clara entre um setor que faria a análise do ponto de vista técnico, o DCT/MRE, e outro que cuidaria dos aspectos financeiro, a Subin, tendo como referência os Planos Nacionais de Desenvolvimento estabelecidos como diretrizes das políticas públicas nacionais (CERVO, 1994). Esse arranjo institucional compartilhado entre o MRE e o MPOG funciona até hoje. Cabe dizer que o decreto de criação desse sistema interministerial, em 1969, não só definiu essas duas instâncias institucionais de coordenação da cooperação, como também extinguiu os três órgãos anteriores: a CNAT, o Contap e o Escritório do Ponto IV.

Segundo o mesmo Decreto Presidencial os demais Ministérios poderiam ser representados nas reuniões por decisores responsáveis pelas suas respectivas programações de cooperação técnica – formulação, análise de projetos e acompanhamento de execução. Caberia, portanto, ao MPOG promover a elaboração do Plano Básico de Cooperação Técnica Internacional, contendo os projetos prioritários das principais instituições nacionais, bem como a avaliação periódica dos programas de cooperação técnica internacional que estivessem em curso no país, diretamente ou através de organismos públicos ou privados de reconhecida competência.

Essa reforma institucional repercutiu no setor saúde. A CAI do Ministério da Saúde também foi extinta no mesmo ano (em outubro de 1969) e, em maio de 1970, o Presidente Emilio G. Médici criou a Coordenação de Assuntos Internacionais de Saúde, vinculada à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde³⁸. Logo em seguida, a Portaria Ministerial nº 276, de 22 de setembro do mesmo ano estabeleceu a função claramente burocrática dessa recém-criada Coordenação, que não tinha as mesmas características de colegiado anterior assessor do Ministro da Saúde, mas sim tarefas de organização, arquivamento e produção de relatórios (GAUDÊNCIO, 2014).

Sete anos mais tarde (em 1977), o Presidente Ernesto Geizel retoma o Decreto de criação do sistema interministerial de cooperação, de 1969, e eleva essa Coordenação para o Gabinete

³⁸ Decreto nº 66.623, 22 mai.1970 (Documento PR.09 – Criação da Coordenação de Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde).

do Ministro, com o *status* de Coordenadoria e também com ampliação de competências em relação aos sete anos em que esteve vinculada à Secretaria Executiva, passando a ser denominada de Coordenadoria de Assuntos Internacionais de Saúde (Cais)³⁹.

Como uma Coordenadoria, de acordo com o seu decreto de criação, a Cais absorveu todas as funções pertinentes à cooperação técnica e de intercâmbio internacional em assuntos de saúde, sendo a área do Ministério da Saúde responsável por “promover, coordenar, acompanhar e avaliar os projetos e programas de cooperação na área da saúde, seja com os organismos internacionais, seja com governos ou entidades estrangeiras”. De certa forma, essas atribuições se sobrepunham à função coordenadora exercida pelos Ministérios do Planejamento e das Relações Exteriores. De acordo com a informação prestada por e-mail pelo gabinete da Aisa em 2015, entre dezembro de 1977 e março de 1990, a Cais foi chefiada por técnicos não diplomatas⁴⁰.

5.2. A AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO DO MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES (ABC/MRE)

Em 1987 foi criada a Agência Brasileira de Cooperação (ABC)⁴¹, vinculada à Fundação Alexandre de Gusmão (Funag), uma instituição do MRE. A criação da ABC ocorreu após intensa revisão da gestão dupla da cooperação internacional, realizada por dois ministérios (DCT/MRE e Subin/MPOG) e vigente desde os anos 1970, e foi “determinada por uma mudança de enfoque sobre o papel da cooperação internacional no Brasil”, direcionada, naquele momento, a uma diretriz da política externa que estava “fortemente ligada ao desenvolvimento da Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD)” (PUENTE, 2010, p. 130).

De acordo com Cervo (1994, p. 45) a ABC foi criada como um “órgão central de formulação política, gerência e controle” das ações de cooperação técnica brasileira, mas, na prática, atua como um “órgão intermediário” entre a contraparte internacional e as instituições brasileiras “para adequação dos pedidos [...] de cooperação técnica e científica por meio de projetos” (VALENTE, 2010, p. 85). Para esta autora, o momento de criação da ABC ocorreu

³⁹ Decreto nº 81.141, 30 dez. 1977 (Documento PR.10 – atribuições da Coordenadoria de Assuntos Internacionais de Saúde – Cais).

⁴⁰ Documento MS.80 – Lista dos chefes da Assessoria Internacional do Ministro, 2015: Os Chefes da Cais entre dezembro de 1977 e março de 1990 foram: José Antonio Pinho Simões, Valerie Rumjanek Chaves, João Bosco Rennó Salomon, Dourimar Nunes de Moura e Roberto Bastos Carreiro. Não foram encontrados relatos escritos sobre os períodos que cada técnico exerceu essa função.

⁴¹ Decreto nº 94.973, set. 1987 (Documento PR. 11 – criação da Agência Brasileira de cooperação com autonomia financeira).

num contexto nacional onde a prática das negociações de projetos estava bastante descentralizada, principalmente porque cada Ministério tinha seu departamento ou área internacional, o que proporcionava condições para que as negociações ocorressem diretamente com as contrapartes internacionais, a partir de procedimentos variados que tornavam os processos morosos; o avanço da criação da ABC para o sistema de cooperação brasileiro teria sido o de normatizar e tentar estabelecer procedimentos padronizados na perspectiva de coordenar as relações do Brasil com outros países e organizações internacionais, sendo responsável “pelos processos de operacionalização dos acordos” (VALENTE, 2010, p. 84).

Como já mencionado, até a criação da ABC, a Subin e o DCT coordenavam a cooperação internacional brasileira utilizando mecanismos e instrumentos próprios, que haviam sido criados nos anos anteriores para viabilizar a cooperação internacional recebida pelo Brasil e que passaram a ser utilizados pelo Ministério do Planejamento nas ações de cooperação inter-federativas (PUENTE, 2010). Nos seus primeiros anos, a ABC incorporou essas práticas administrativas, mas foi assessorada por uma cooperação com o Pnud para conformar o aparato institucional, que propiciou a capacitação do corpo técnico nacional contratado, a adoção de técnicas gerenciais específicas para a gestão de projetos e a implantação dos sistemas informatizados para acompanhamento de sua execução (BRASIL, 2005c).

O processo de fortalecimento institucional da ABC ocorreu num contexto de adaptação do Brasil à chamada Execução Nacional da cooperação técnica: uma iniciativa ou modalidade operacional de cooperação que passou a ser promovida pelo Sistema da ONU a partir de um conjunto de resoluções da Assembleia Geral (Agnu) dos anos 1990. Essa modalidade substituía a chamada “Execução Direta”, onde a gestão dos projetos ficava totalmente sob a responsabilidade dos organismos internacionais, através dos seus escritórios locais nos países receptores (LOPES, 2008; MILANI, 2017).

O conceito de Execução Nacional, também chamada de execução governamental, foi apresentado pela primeira vez na Resolução nº 44/210, da Assembleia Geral da ONU de 1989, como um meio “sustentável de contribuição para o desenvolvimento”, a partir da “apropriação” e maior “responsabilização” dos países receptores sobre os programas e projetos realizados em parceria com as organizações do sistema da ONU. Com isso, o discurso oficial era de buscar uma administração integrada dos projetos, otimização da assistência externa e fortalecimento e aproveitamento da capacidade nacional.

A mesma Resolução ainda estimulava a realização da cooperação técnica entre países em desenvolvimento, no marco do Plano de Ação de Buenos Aires (Paba), de 1978, também na linha de fomentar as capacidades nacionais e a autossuficiência coletiva dos países em desenvolvimento, colocando o Pnud como principal mecanismo para financiamento do sistema de cooperação técnica das Nações Unidas e agência responsável pela reorientação das modalidades de execução da cooperação, junto aos governos dos países receptores.

Em 1992, a Execução Nacional passou a ser “norma para a execução de programas e projetos financiados pelo Sistema da ONU” (Resolução nº 47/199, da Assembleia Geral de 1992) e tornou-se uma prioridade de cooperação técnica do próprio Sistema aos países em desenvolvimento. Nesse contexto, a Resolução de 1992 valorizava o sistema de “coordenadores residentes” como uma função estratégica da cooperação da ONU, na medida em que esses representantes locais otimizariam a mobilização de recursos e serviços técnicos especializados, de acordo com a necessidade do país. Essa mesma Resolução também indicava a necessidade de elaborar programas de capacitação integrados para a formação de pessoal governamental junto com os funcionários nacionais do Sistema da ONU, com o objetivo de desenvolver capacidades sobre os seguintes temas: “enfoque programático”, “execução nacional”, “prestação de contas de programas”, “gastos de apoio” e “avaliação e supervisão”.

No Brasil, a Execução Nacional foi regulamentada em 2001 por Portaria do MRE, juntamente com as diretrizes gerais do governo brasileiro para o desenvolvimento da cooperação técnica internacional multilateral. Essa Portaria trazia ainda a definição do papel da ABC como instituição coordenadora dessa modalidade de cooperação. No texto brasileiro, a Execução Nacional foi apresentada como:

(...) sistemática de implementação de projetos, (...) cuja direção técnica e coordenação operacional das atividades são de responsabilidade das instituições executoras nacionais, sendo o controle e gestão administrativa, orçamentária, financeira, contábil e patrimonial realizados pela Unidade Unificada de Administração de Projetos, sob responsabilidade da ABC/MRE (PORTARIA MRE nº 12, 8 out. 2001).

É importante ressaltar que todo esse movimento institucional ocorreu concomitantemente à consolidação institucional da ABC, com o apoio técnico do Pnud. Nos primeiros anos de sua atuação, a ABC enfrentou falta de recursos humanos especializados e insuficientes para atender a demanda crescente dos países do sul geopolítico por cooperação técnica brasileira. Também não havia um marco regulatório legal para a cooperação internacional brasileira, que pudesse facilitar sua execução, além da escassez de recursos financeiros para custear as ações

de CTPD. Assim, ao longo dos anos 1990, a cooperação técnica do Pnud foi de grande relevância para a ABC (MILANI, 2017). Ao mesmo tempo em que o governo brasileiro realizava reformas governamentais que reduziam o papel do Estado, e que os movimentos sociais exigiam o atendimento rápido e efetivo de suas demandas (CERVO, 1994), o investimento na cooperação internacional com o Pnud foi uma solução administrativa encontrada pelo poder executivo brasileiro, mesmo tendo que pagar altas taxas para administração dos recursos nacionais (MACHADO, PAMPLONA, 2010).

Para Machado e Pamplona (2010), num período em que eram evidentes as insuficiências institucionais da ABC, e no marco do incentivo do Sistema da ONU para a Execução Nacional de projetos, o Pnud começou uma forma de atuação no Brasil que combinava o recebimento de recursos do governo e os princípios da Execução Nacional numa única modalidade de cooperação internacional dessa agência, a chamada “*cost-sharing/national execution modality*”, que pode ser observada nos seus diferentes relatórios no Brasil ao longo dos anos 1990 e 2000, e que formalizou uma “estrutura de cooperação” que trazia benefícios tanto para o governo brasileiro como para o Pnud (p. 173-174).

Essa relação do Pnud com o governo brasileiro tem sido objeto de discussão de vários autores. Para essa pesquisa é relevante o entendimento sobre o contexto da implementação da modalidade de Execução Nacional no Brasil, bastante influenciada pelo Pnud, e de como ela pôde ser aproveitada pelo PN-DST/Aids nas suas relações de cooperação com os organismos internacionais a partir dos anos 1990.

Em 2006 o MRE apresentou as normas complementares para fins de cooperação técnica recebida com os organismos internacionais, onde excluiu desse marco as

[...] atividades exclusivamente assistenciais ou humanitárias, bem como aquelas destinadas à construção de bens imóveis; e ações de captação e concessão de crédito reembolsável, próprias da cooperação financeira entre o Governo brasileiro e instituições financeiras internacionais” (PORTARIA MRE nº717, 9 dez. 2006).

Essa mesma Portaria reiterou o papel da ABC como coordenadora da cooperação, cabendo também a essa Agência o acompanhamento das negociações e execução dos programas e projetos de cooperação técnica internacional desenvolvidos pelos organismos internacionais com o Brasil, e normatizando, por exemplo, a aquisição de bens e contratação de serviços nacionais por esses organismos, o que só poderia ocorrer se esses atos administrativos estivessem comprovadamente vinculados às ações de cooperação técnica internacional e que não pudessem ser executadas pelo próprio órgão ou entidade executora nacional no âmbito de suas atribuições.

Com isso, aumentaram as assinaturas de programas e projetos setoriais de Execução Nacional do governo brasileiro com as agências das Nações Unidas, sob a coordenação da ABC.

No caso da saúde, há a exceção da Opas/OMS, cuja regulamentação da cooperação prestada no Brasil segue outro fluxo, por ter sido mantido pelo governo brasileiro com essa agência a modalidade de Execução Direta, que foi estabelecida legalmente no ‘Ajuste Complementar ao Convênio Básico entre o Governo da República Federativa do Brasil e a Organização Mundial da Saúde’, de 16 de março de 2000, publicado no Decreto nº3.594 de 08 de setembro de 2000.

Assim, o instrumento que operacionaliza a relação bilateral entre a Opas e o Ministério da Saúde é o Termo de Cooperação (TC), ou projetos desenhados pelas duas partes, contemplando resultados, indicadores e ações para serem executadas de maneira alinhada com as prioridades da Organização e com os objetivos estratégicos do país. Esses TCs vêm sendo implementados desde meados dos anos 2000 com o propósito de “contribuir para a superação dos desafios e para o fortalecimento e aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, além de consolidar iniciativas governamentais na esfera da cooperação Sul-Sul” (BRASIL, 2015b, p.09).

Nos anos 2000, houve aumento considerável do número de assinaturas de TCs de saúde, sendo que três deles tinham como objeto de cooperação técnica ações direcionadas à cooperação Sul-Sul em saúde. São eles o TC nº41 – “Programa de Saúde Internacional”, assinado em dezembro de 2006, o TC nº58 – “Fortalecimento Institucional da Aisa”, assinado em 19 de maio de 2009 e o TC nº66 – “Ações de implementação das políticas públicas de controle de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais fortalecidas no contexto dos princípios e diretrizes do SUS e da cooperação Sul-Sul”, assinado em 18 de julho de 2011 (OPAS, 2010a, 2010b, 2011, 2012). Maiores detalhes sobre o papel desses TCs na cooperação Sul-Sul em saúde e em HIV/AIDS, serão discutidos a seguir.

5.3 A FORMALIZAÇÃO DA ASSESSORIA DE ASSUNTOS INTERNACIONAIS DE SAÚDE (AISA) E A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Conforme relatado no tópico anterior, a Coordenadoria de Assuntos Internacionais de Saúde (Cais), criada pelo Presidente Geizel em 1977, exerceu suas funções no Ministério da Saúde até o ano 1990, quando, com a reforma administrativa empreendida pelo então Presidente

Fernando Collor de Mello, foram extintas as áreas internacionais de todos os ministérios⁴² (TAPAJÓS, [s/d]). Entre março de 1990 a maio de 1991 a área de assuntos internacionais no Ministério da Saúde atuou informalmente⁴³, até ser criada nesse mesmo mês de maio, a Coordenação Geral de Assuntos Especiais de Saúde (Caesa)⁴⁴. Em 15 de julho de 1993, também por Portaria Ministerial, a Caesa passou a ser denominada Assessoria de Assuntos Especiais de Saúde (Aesa)⁴⁵, permanecendo com esse nome até 1998⁴⁶.

Em março de 1995 a chefia da AESA começou a ser exercida por diplomatas do Ministério das Relações Exteriores⁴⁷. Segundo Tapajós [s/d], a nomeação de diplomatas para o cargo de assessor do Ministro da Saúde “facilitou a interação entre os dois Ministérios e promoveu internamente uma discussão sobre temas internacionais relacionados à saúde em sintonia com a política externa” (p. 1). O que pode ser corroborado com alguns dados sobre a institucionalização da cooperação internacional em HIV/Aids, que teve início nos anos 1990 e que será discutida na próxima Seção.

A formalização da Aesa, vinculada ao Gabinete do Ministro, com Divisões, Serviços, cargos e funções assignadas, ocorreu em 1998, quando essa assessoria passou a ser chamada de Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (Aisa)⁴⁸, nome que permanece até hoje. Nessa Portaria, a Aisa é apresentada como “órgão de assistência direta e imediata ao Ministro de Estado”, com uma única função: a de “exercer atividades de relações internacionais relacionadas com a cooperação em saúde, de interesse do Ministério” (p.2).

Em 2002, quatro anos depois da formalização da Aisa, uma outra Portaria ministerial⁴⁹ publicou as três principais competências da Assessoria: assessoramento direto ao Ministro no país e no exterior, em tudo que diz respeito aos assuntos internacionais; articulação de toda e qualquer colaboração de peritos e de missões internacionais (bilaterais e multilaterais) que atendam à política nacional de saúde; e a promoção, articulação e orientação de negociações de todos os tipos de cooperação (técnica, científica, tecnológica e financeira) com outros países,

⁴² Decreto Presidencial nº 109, 02 mai. 1991 (Documento PR.12 – Aprovação da estrutura Regimental do Ministério da Saúde).

⁴³ Nesse período de atuação informal houve dois chefes, nenhum deles diplomatas: Mauro José Corbellini e Ivan Monteiro da Silva (Documento MS.80).

⁴⁴ Portaria GM nº 382, 03 mai. de 1991 (Documento MS.10 – Criação da Coordenação Geral de Assuntos Especiais da Saúde).

⁴⁵ Portaria nº 778, 15 jul. 1993 (Documento MS.12 – Criação da Assessoria de Assuntos Especiais da Saúde)

⁴⁶ A CAESA teve um único chefe, não diplomata, Celio Francisco França (Documento MS.80).

⁴⁷ O primeiro diplomata foi Ernesto Otto Rubarth, seguido de João Alberto Dourado Quintaes (Documento.MS.80).

⁴⁸ Portaria GM nº 2477, jan. 1998 (Documento MS.03 – Criação da Aisa).

⁴⁹ Portaria GM nº 1970, 23 out. 2002 (Documento MS.04 – define as competências da Aisa).

organismos internacionais, bancos de desenvolvimento, mecanismos de integração regional e sub-regional⁵⁰ (TAPAJÓS, [s/d]; GAUDÊNCIO, 2014).

No Plano Plurianual (PPA) 2000-2003 a cooperação internacional já havia sido inserida no planejamento do setor saúde como uma “subfunção” do Ministério da Saúde e com assiguação orçamentaria (BRASIL, 2001a, p. 16)⁵¹. Nesse PPA, um dos macro-objetivos do setor saúde era “Fortalecer a participação do país nas relações econômicas internacionais” com a implementação de “equiparação das legislações sanitárias dos países membros do Mercosul, facilitando a comercialização de produtos e fortalecendo as relações internacionais” (BRASIL, 2001a, p. 15). Além disso, um dos Programa/Unidade Orçamentária desse mesmo Plano era a “Gestão da participação em organismos internacionais”, que tinha como objetivo “assegurar a presença do governo brasileiro nos organismos internacionais de seu interesse” (p. 24). O cumprimento desses objetivos era responsabilidade da Aisa, que também deveria coordenar as atividades relacionadas.

Em relação às responsabilidades do MRE, nesse mesmo PPA observa-se que a cooperação internacional foi apresentada numa sessão intitulada “Cooperação Científica e Tecnológica internacional”, que contemplava ações Sul-Sul desenvolvidas com os países africanos de língua oficial portuguesa (Palops). No Relatório de Execução desse PPA, o Itamaraty informa que a cooperação e apoio do Brasil aos Palops havia resultado em programas e projetos na forma de convênios para concessão de bolsas de estudos a estrangeiros no Brasil, nas áreas de C&T, educação e saúde, especificando nesse âmbito o tema de HIV/Aids (BRASIL, 2003a, p. 1222).

Desde a formalização da Aisa, em 1998, seu cotidiano seguiu a mesma tendência dos demais órgãos setoriais que se ocupavam da cooperação internacional no Brasil: de um lado, o acompanhamento da execução de projetos, programas ou qualquer outra iniciativa acordada

⁵⁰ Segundo o Documento MS.80 – Lista dos chefes da Assessoria Internacional do Ministro, 2015: Entre 28 de janeiro de 1998 e maio de 2012, a Aisa foi chefiada por três diplomatas: José Marcos Nogueira Viana (de 1999 a 2002), João Alberto Dourado Quintaes (de 2002 a 2003), Santiago Luís Bento Alcázar (de 2003 a 2008) e Eduardo Botelho Barbosa (de 2008 a 2012). Em maio de 2012 esse cargo voltou a ser ocupado por não diplomatas: Alberto Kleiman (de maio de 2012 a dezembro de 2014), e Juliana Vieira Borges Vallini (de janeiro de 2015 a julho de 2016) (Documento MS.80)

⁵¹ O Plano Plurianual ou PPA é o instrumento de planejamento nacional previsto no Artigo 165 da Constituição Federal de 1988, que foi regulamentado pelo Decreto 2.829, de outubro de 1998. Esse Plano estabelece as diretrizes, objetivos e metas a serem seguidos pelos governos federal, estadual e municipal, ao longo de quatro anos. A primeira versão do PPA foi lançada em 1996, para o período 1996-1999, como um documento econômico normativo de longo prazo do que um instrumento que articulava os projetos e atividades orçamentárias às intenções governamentais. Isso só veio a acontecer no PPA 2000-2003, quando teve início a “transformação do processo orçamentário brasileiro, influenciada pela Nova Administração Pública (*New Public Management*)” (CAVALCANTE, 2007, p. 131).

entre o Ministério da Saúde e uma ou mais contrapartes internacionais, por período determinado; do outro, a assessoria técnica ou especializada ao MRE em temas de saúde, oferecida como subsídio para negociações internacionais do governo brasileiro (TAPAJÓS, [s/d]).

A única modificação das competências da Aisa, desde que foram publicadas em 2002, ocorreu em 2004⁵², em apenas dois temas. O primeiro relaciona-se à supressão dos bancos de desenvolvimento como contraparte de cooperação internacional direta ao Ministério da Saúde, tendo em vista que no sistema de cooperação internacional do Brasil, a cooperação financeira sempre esteve sob a responsabilidade do Ministério do Planejamento. O segundo diz respeito à inserção da descrição pormenorizada de todas as contrapartes da cooperação dentro das atribuições e competências da Divisão de Projetos da Aisa, caracterizando que essa Divisão passaria a se ocupar tanto de promover e acompanhar, como também de orientar e coordenar “a elaboração de programas, projetos, ajustes e propostas de cooperação com organismos internacionais e regionais e com países com menor desenvolvimento social relativos” (p. 01). Com isso, o Ministério da Saúde ajustou suas competências tanto para a operacionalização das ações bilaterais e multilaterais de cooperação Sul-Sul em saúde, como também se adaptou às mudanças que vinham sendo implementadas no sistema de cooperação internacional, com a inclusão das modalidades de cooperação técnica oferecidas pelas Agências do Sistema da ONU.

Nesse contexto, o Plano Nacional de Saúde 2004-2007 ampliou a responsabilidade do Ministério da Saúde no âmbito internacional e, conseqüentemente, da Aisa como setor coordenador, ao definir como um de seus objetivos: “fortalecer a atuação internacional do Ministério da Saúde, contribuindo com a estratégia de inserção, autonomia, solidariedade e soberania do Brasil e estimulando a integração regional em saúde”, tendo como uma das diretrizes, o “fortalecimento da atuação internacional do SUS” (BRASIL, 2005a, p.20-21).

O Plano 2004-2007 foi o primeiro construído pelo Ministério da Saúde trazendo os princípios da cooperação Sul-Sul da mesma forma como vinham sendo descritos e operacionalizados nos documentos da ABC/MRE. Além disso, cabe mencionar que a aproximação institucional entre os dois Ministérios no que toca à cooperação Sul-Sul já vinha ocorrendo desde o ano 2000 e teve como principal protagonista o PN-DST/Aids, com sua política de acesso universal aos antirretrovirais. Tal política deu sustentabilidade à elaboração da primeira estratégia internacional brasileira de cooperação Sul-Sul em saúde: a promoção do acesso a tratamento antir-

⁵² Portaria GM nº 2.123, de 07 out. 2004 (Documento MS.07 – Competências da Aisa)

retroviral a partir do Programa de Cooperação Internacional para Ações de Prevenção e Controle do HIV/Aids para outros Países em Desenvolvimento (PCI), de 2002, que será apresentado na sequência desta seção.

Ainda sobre a trajetória de consolidação da cooperação internacional como prática institucional coordenada pela Aisa e contemplada no planejamento do Ministério da Saúde, é importante destacar também o Programa “Mais Saúde” (BRASIL, 2010a) e o Plano Nacional de Saúde 2008-2011 (PNS 2008-2011) (BRASIL, 2010b).

O PNS 2008-2011 posicionou o tema da cooperação internacional como diretriz de um dos objetivos da grande área “Gestão em Saúde”. No objetivo número quatro a cooperação internacional aparece em dois momentos: na 10ª (“Aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão do SUS”) e na 12ª Diretriz (“Fortalecimento da cooperação internacional”) (BRASIL, 2010b, p.08). Na 10ª, a cooperação internacional relaciona-se à cooperação recebida dos organismos internacionais para operacionalização das ações de saúde através de projetos bilaterais, com foco na parceria internacional para o fortalecimento institucional do MS com a execução de Termos de Cooperação que facilitassem a operacionalização das políticas nacionais de saúde, o que é reafirmado na explicitação da Opas como contraparte de cooperação para a “superação dos desafios” relacionados à “multiplicidade dos aspectos envolvidos na construção da política nacional” (BRASIL, 2010b, p.132).

Já na 12ª Diretriz, o PNS 2008-2011 apresenta toda a agenda estratégica do Ministério da Saúde em termos de internacionalização:

[...] fortalecer a presença do Brasil nos fóruns mundiais e regionais, estreitando, para tanto, a articulação com o Ministério das Relações Exteriores; [...] ampliar a presença nos órgãos setoriais e em programas de saúde das Nações Unidas, como o da Organização Mundial da Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde, entre outros, assim como cooperar com o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países da América do Sul [...] da América Central, com a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa da África e com outros países deste continente (BRASIL, 2010b, p. 135)

Nessa descrição, além de manter os princípios da cooperação Sul-Sul que já eram compartilhados com o MRE, o PNS 2008-2011 foi mais detalhado que o anterior e explicitou todas as iniciativas que seriam empreendidas para o cumprimento dessa agenda internacional, agregando um forte componente de ciência e tecnologia, às ações de cooperação internacional do Brasil, como por exemplo: a) o apoio aos institutos nacionais de saúde, escolas de saúde pública e escolas técnicas; b) a implantação da fábrica de produção de antirretrovirais em Moçambique; c) projetos de formação em larga escala de técnicos da área de saúde nos países da CPLP; e d)

a instalação de um escritório de representação da Fundação Oswaldo Cruz junto à União Africana (BRASIL, 2010b).

Por outro lado, e de maneira bastante sinérgica com o PNS 2008-2011, o Programa “Mais Saúde”, lançado em dezembro de 2007, trazia uma agenda distribuída em sete grandes eixos, um deles o do “Complexo Industrial e de Inovação em Saúde”, uma novidade em relação aos Planos anteriores e que, junto com os demais eixos, se desdobrava num eixo específico relacionado à cooperação internacional, o eixo número 7.

O Programa “Mais Saúde” (BRASIL, 2010a) teve um papel fundamental para a consolidação da cooperação internacional em saúde como parte da política externa brasileira, porque definiu como as ações internacionais do MS se relacionavam de maneira estratégica com o MRE, sem perder de vista o histórico das instituições de saúde e do MS do Brasil como ator internacional relevante no campo da saúde pública. De um lado, o documento reconhece os feitos internacionais do Brasil, como a descrição da doença de Chagas, a produção da vacina contra a febre amarela, o estudo de grandes endemias, o desenvolvimento do SUS e a bem-sucedida orientação no combate a HIV/Aids. Do outro, ressalta a relação de parceria institucional com o MRE, que resultou na ampliação da participação da saúde na política externa, “tendo colaborado efetivamente para a construção de uma agenda internacional do País” (p. 139). Dessa forma, pode-se inferir que o Programa “Mais Saúde” estabeleceu diretrizes institucionais para a cooperação internacional em saúde, ao explicitar, pela primeira vez, a estratégia do Brasil nesse campo:

o centro das ações da saúde na política externa é a cooperação para o desenvolvimento dos sistemas de saúde, visando fortalecer a presença do País no cenário internacional, nos termos dos desafios lançados, pelo presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva (BRASIL, 2010a, p. 139).

A partir do Programa “Mais Saúde” ficou mais evidente o papel exercido pela Aisa no âmbito da cooperação internacional do Ministério da Saúde, tendo em vista que as ações de cooperação internacional alcançaram, pela primeira vez, um lugar de destaque no planejamento da pasta, tornando-se a “dimensão internacional” dos demais eixos e a “propulsora da saúde na política exterior brasileira” (BRASIL, 2010a, p.16). Um dos documentos bilaterais assinados no marco do Programa “Mais Saúde” foi o Termo de Cooperação nº 58 (TC 58), de 2009 – Fortalecimento institucional da Aisa – que tem como objeto “as ações internacionais do Brasil no campo da saúde” (OPAS, 2010b).

O Programa “Mais Saúde” também consolidou ou institucionalizou a operacionalização dos Termos de Cooperação (TC) como prática da cooperação internacional entre a Opas e o Ministério da Saúde, pois direcionou todos os instrumentos de cooperação que seriam firmados até o final dos anos 2000, a maioria deles vigente até os dias de hoje com os Termos Aditivos (TAs).

É importante destacar que essa regulamentação da cooperação internacional bilateral com a Opas/OMS não seguiu o mesmo fluxo das demais agências da ONU no Brasil, portanto não se aplica a essa relação a modalidade de Execução Nacional já descrita anteriormente. A Opas é a única agência do Sistema da ONU no Brasil que tem uma relação de Execução Direta com qualquer instituição nacional, estabelecida legalmente no Ajuste Complementar ao Convênio Básico entre as duas partes, assinado em 16 de março de 2000.

O TC 58 foi o segundo a contemplar o uso de recursos financeiros do MS para ações consideradas “de cooperação internacional”. Esse TC está vigente até os dias de hoje, mesmo após as assinaturas de vários Termos Aditivos (TA), mantendo a finalidade de ampliar e fortalecer a “liderança política da saúde brasileira no cenário internacional” e o “propósito de responder às demandas de ação internacional e do modelo de gestão do Ministério da Saúde” (OPAS, 2010b, p. 349).

Dentre os resultados esperados do TC 58, destacam-se o fortalecimento da capacidade da Aisa de coordenar, junto com o MRE, a agenda internacional de interesse do MS, tanto em fóruns multilaterais como em outros fóruns políticos, e também de sua capacidade de coordenação das ofertas e demandas de cooperação técnica, científica e tecnológica e de ajuda humanitária. Tudo em total alinhamento com o Programa “Mais Saúde”, nos seus eixos de promoção, atenção à saúde, complexo industrial e cooperação internacional (BRASIL, 2010c).

Agora, o primeiro TC que teve a cooperação Sul-Sul em saúde como objeto de trabalho do Ministério da Saúde foi o TC nº41, de 2005 – “Programa de Saúde Internacional” – e estava alinhado com o PNS 2004-2007. Esse TC foi assinado em dezembro daquele ano, com o propósito de “contribuir para fortalecer a capacidade do Brasil no desenvolvimento de processos de cooperação Sul-Sul na área de saúde, com prioridade para os países da Região da América do Sul e dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP)” (OPAS, 2010a, p. 151).

Em janeiro de 2010, após o terremoto ocorrido no Haiti, em janeiro, foram assinados mais dois documentos bilaterais com agências da ONU no Brasil, também destinados a operacionalizar ações de cooperação internacional em saúde, um com a Opas e outro com o Pnud.

Ambos assinados após a aprovação da Lei nº 12.239, de 19 de maio de 2010, que destinava um crédito extraordinário ao MS para cooperação internacional com a sua contraparte no Haiti (BRASIL, 2014). O primeiro, o projeto “Fortalecimento da Autoridade Sanitária do Haiti” foi executado a partir de um Termo Aditivo ao TC 58 do MS com a Opas. Esse TA, já finalizado, definia ações de cooperação em saúde do Brasil com o Haiti (OPAS, 2011). Já o segundo, o Documento de Projeto (Prodoc) com o Pnud, denominado Projeto BRA/10/005, está vigente até hoje sob a modalidade de Execução Nacional, coordenado pelo Departamento de Economia da Saúde da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014c), e não sob a coordenação da Aisa.

O último TC assinado pelo MS explicitamente voltado para a cooperação Sul-Sul é o TC nº66, de 2011, e está relacionado à resposta ao HIV, Aids e Hepatites Virais. Esse TC foi assinado em 18 de julho daquele ano sob o título: “Ações de implementação das políticas públicas de controle de DST/HIV/Aids e Hepatites Virais fortalecidas no contexto dos princípios e diretrizes do SUS e da cooperação Sul-Sul”.

O TC 66 está atualmente no seu quarto TA e foi assinado após 15 anos do início da cooperação da Opas em HIV/Aids com o PN-DST/Aids, que será discutido mais adiante. Ele foi assinado num momento considerado pela Opas de “reafirmação dessa parceria institucional após uma longa experiência bilateral”, através de outros mecanismos de cooperação Sul-Sul, e “abrindo um novo marco para a cooperação técnica” (OPAS, 2012, p. 356).

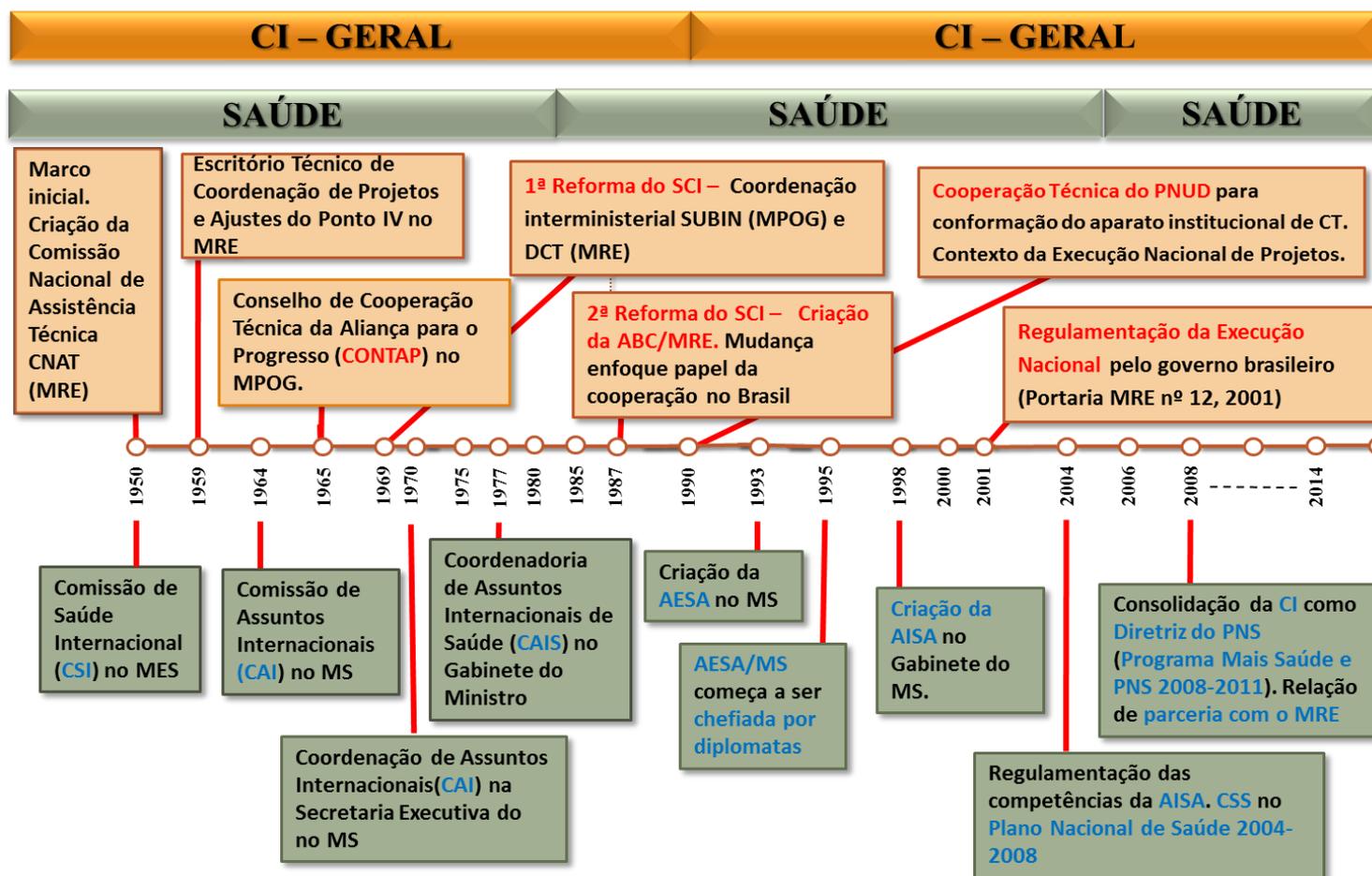
Entretanto o TC 66 não foi o primeiro projeto de cooperação bilateral firmado pelo PN-DST/Aids com uma agência da ONU. A experiência do PN-DST/Aids com projetos de Execução Nacional começou em 1994, antes mesmo dessa modalidade de cooperação técnica ser regulamentada no Brasil. Na ocasião, os recursos transferidos para as agências eram advindos dos empréstimos do Banco Mundial (Projetos AIDS I e II). Como exemplo, pode-se citar a relação institucional triangulada entre o Banco Mundial, o PN-DST/AIDS e o *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), cuja cooperação técnica com recursos do AIDS I, não só incidiu na estruturação da resposta brasileira a AIDS, mas também teve papel relevante na organização de uma área ou setor responsável pela cooperação internacional na estrutura do PN-DST/Aids, antes mesmo da formalização da Aisa no MS. Esse tema também será discutido na próxima sessão.

Por último, diante de todo esse histórico a respeito da institucionalização da cooperação internacional em saúde no Brasil, é importante destacar que dentre os principais desafios para

a participação do Brasil como ator de cooperação internacional para o desenvolvimento ainda estão aqueles “de ordem legal-institucional, política, de recursos humanos e financeiros”, ou seja, há ausência de legislação específica, além de outras carências, o que torna o Brasil ainda dependente de instituições internacionais, especialmente os do sistema na ONU, para a operacionalização de ações básicas de cooperação como “realização de pequenas aquisições, contratação no exterior ou envio de dinheiro para fora do país” (RENZIO *et al.*, 2013, p. 07).

Uma síntese esquemática desse desenvolvimento institucional ao longo do tempo pode ser conferida na Figura 2 a seguir.

Figura 2 – Institucionalização do Sistema de Cooperação Internacional do Brasil.



Fonte: Elaboração própria.

6 A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL BRASILEIRA EM AIDS: DE RECEPTOR A DOADOR

A organização de uma área técnica responsável pelas ações de cooperação internacional em HIV/Aids no PN-DST/Aids ocorreu na segunda metade dos anos 1990 e se beneficiou de acordos de empréstimo com o Banco Mundial (BM) –Projetos AIDS I e II– que possibilitaram a implementação das ações do PN-DST/Aids em nível nacional num momento em que o SUS estava ainda em fase de regulamentação.

Entretanto, os processos de negociação que levaram à efetivação dos acordos não foram fáceis, pois as propostas do BM sobre o conteúdo das atividades a serem financiadas e a forma de organização para a execução dos recursos não foram aceitas pela coordenação do Programa Nacional. Essa percepção é confirmada pelos informantes-chave:

[...] a organização interna do Programa Nacional era de inteira responsabilidade de sua coordenação, assim como a alocação de técnicos e recursos, sem interferência de órgãos ou de instituições externas [internacionais][...] (E4).

[...] o empréstimo com o Banco Mundial [nos anos 1990] possibilitou instrumentalizar todo o Programa e toda a descentralização [...] O que a gente teve de influência, em termos de organização por conta desses organismos [internacionais] diz respeito a um componente da gestão que é muito de estruturação dentro do próprio Ministério da Saúde. O que se desenvolvia em termos de diretrizes não dizia respeito aos organismos, dizia respeito ao que estava acontecendo no Brasil logo depois da redemocratização (E1).

[...] a estrutura que o Banco Mundial propôs no Aids I foi rejeitada [...] Era uma agenda de estrutura política e organizacional fadada ao fracasso, porque foi o que aconteceu na Argentina. O Banco propôs a criação de estrutura própria para gerenciamento dos recursos. E o Programa de Aids à parte, com recursos do Ministério e dentro do Ministério. A Argentina aceitou isso e foi um desastre, porque aquela estrutura não é ministério e praticamente não absorveu nada da experiência real. O Banco propôs isso aqui e a Lair rejeitou de modo sistemático. Imagine: um projeto gerenciado ou de gerência própria com recursos do Banco e o Programa de Aids do governo com recursos do governo... isso ia ser um desastre, porque na Argentina a gente viu depois que foi [...]. Agora, no AIDS III, [a proposta de] monitoramento sim, foi aceita, porque aí não era uma proposta organizacional, mas uma proposta de monitoramento da efetividade, da eficácia, da eficiência do recurso aplicado... A única coisa que o Banco propunha (E2).

O BM e o PN-DST/Aids tinham visões diferentes a respeito de como a epidemia poderia ser controlada e desde o AIDS I o BM pretendia ter uma estrutura própria instalada em Brasília para gerenciar os recursos do empréstimo separadamente do Programa, o que não foi aceito pela coordenação.

A compreensão da dinâmica de formulação e implementação da política nacional de combate à Aids no Brasil, que envolve a relação do PN-DST/Aids com o BM e o recebimento de cooperação internacional de agências da ONU, assim como o papel desses atores na abertura de frentes internacionais de cooperação técnica brasileira em HIV/Aids, merece ser melhor qualificada, pois é importante também para entender o papel da cooperação em HIV/Aids na institucionalização das ações de CSS do Brasil.

6.1 A ARTICULAÇÃO PN-DST/AIDS COM O BANCO MUNDIAL

Os acordos de empréstimo com o Banco Mundial nos anos 1990 permitiram que o PN-DST/Aids começasse sua implementação com a execução de projetos de cooperação técnica sob a modalidade operacional de “Execução Nacional”, isto é, com recursos técnicos e financeiros garantidos por cooperação técnica internacional, antes que esse tipo de operacionalização fosse regulamentado no Brasil, o que viria a acontecer apenas em 2001⁵³.

O primeiro acordo com o BM foi firmado em 1994 e finalizado em 1998, possibilitando a execução do “Projeto de Controle da AIDS e DST”, conhecido como AIDS I. O valor total de recursos foi US\$ 250 milhões, sendo US\$160 milhões (64%) como empréstimo do BM e US\$90 milhões (36%) como contrapartida nacional (GALVÃO, 2002). O AIDS I abriu a primeira concorrência para financiamento de projetos com ONGs e foi fundamental não só para a expansão e consolidação da política de Aids em todo o Brasil, mas também para a institucionalização do apoio financeiro do Programa Nacional aos projetos desenvolvidos pela sociedade civil⁵⁴ (GALVÃO, 2002). Tanto as negociações como a assinatura do AIDS I ocorreram no período de reestruturação do Programa Nacional, após a turbulência política e institucional do governo Collor de Melo e a pressão de forte mobilização política e social, incluindo a articulação de líderes políticos de partidos, tanto de esquerda como conservadores, num movimento que garantisse o empréstimo de montante capaz de impactar positivamente a resposta nacional à epidemia (PARKER, 2003).

O “Segundo Projeto de Controle da AIDS e DST – AIDS II”, firmado em dezembro de 1998 e finalizado em 2002, teve um aumento substancial da contrapartida nacional: do valor

⁵³ Portaria MRE nº 12, 08 out. 2001.

⁵⁴ De acordo com Galvão (2000), entre 1993 e 1996 ocorreram 6 (seis) concorrências públicas para financiamento de projetos de ONG. Ao todo, foram aprovados nesse período 230 projetos e repassados um montante US\$ 13.675.695,6 (p.157).

total de US\$ 300 milhões, US\$135 milhões (45%) eram a contrapartida nacional, enquanto que o BM emprestou US\$165 milhões (55%) (GALVÃO, 2002, p. 15; BRASIL, [s/d]).

No percurso das negociações dos projetos AIDS I e II também foi importante a articulação com o Congresso Nacional e o apoio da Comissão Nacional de Aids (Cnaids), uma vez que esses processos ocorreram num período de séria crise econômica no Brasil. Alguns entrevistados confirmam essa dinâmica

Na época do AIDS II o Ministro [da Saúde] era contra [o empréstimo] e o Marco Maciel era o Presidente [do Brasil] em exercício e nós fomos despachar com ele, se não nós não teríamos o AIDS II [...]. Eu aprendi também com a Lair [Guerra] que tínhamos que ter uma agenda no Congresso e a Cnaids também funcionava como suporte político [...] Tínhamos uma agenda política muito forte (E2).

Era uma época complexa ... naquela época nós vivíamos uma crise econômica real [...], mas tomaram uma decisão política de ‘vamos enfrentar’ [o que possibilitou] uma visibilidade internacional [do Brasil na área de HIV/Aids] muito grande [...] (E7).

O AIDS II proporcionou maior sustentabilidade ao Programa Nacional, com o aumento do número de agências executando cooperação técnica em saúde no Brasil (BRASIL, 2001b; BRASIL, [s/d]). Segundo Castro e Silva (2005), o AIDS II acelerou a descentralização do financiamento das ações de DST/Aids e o fortalecimento dessa política no SUS, o que foi concretizado “com o repasse de US\$ 100 milhões ao ano [do PN-DST/Aids para estados e municípios], por transferência automática Fundo a Fundo” (p. 96). Segundo Fontes (1999) o financiamento do BM nesse período diminuiu a dependência do PN-DST/Aids de outros financiadores internacionais e praticamente lhe outorgou certa “independência” da burocracia governamental.

O projeto do terceiro Acordo de Empréstimo com o BM, conhecido como AIDS III, começou a ser executado em 2004 introduzindo um objetivo novo em relação aos projetos AIDS I e II: “promover a institucionalização e a sustentabilidade da resposta nacional”. Esse objetivo, complementando os dos projetos anteriores, que eram relacionados à redução da incidência e da transmissão do vírus e ao investimento na melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA), introduziu novos componentes para a execução da resposta nacional, dessa vez relacionados à cobertura de serviços, desenvolvimento científico e tecnológico e fortalecimento da gestão do PN-DST/Aids.

O principal impacto desse Acordo na resposta nacional à epidemia foi a implementação da política de repasse financeiro fundo-a-fundo, ou “Política do Incentivo”, executada nos Plano de Ações e Metas (PAM), anuais, dos estados e municípios e acompanhada por um sistema

próprio desenhado pelo PN-DST/Aids, o Sis-Incentivo. Além disso, o AIDS III também contribuiu para consolidar a gestão do PN-DST/Aids em assessorias (planejamento, monitoramento e avaliação e cooperação internacional) e em unidades técnicas (prevenção, atenção e tratamento e articulação com a sociedade civil), pois, até então, não havia a assessoria de monitoramento e avaliação (M&A) e a assessoria de cooperação internacional era chamada de área ou núcleo de “Cooperação Externa” (Coopex).

A política de Incentivo foi regulamentada pela Portaria 2.313, dezembro de 2002 e efetivada a partir de fevereiro de 2003. Essa política foi uma inflexão importante na relação do PN-DST/Aids com estados e municípios porque promoveu a efetiva descentralização da tomada de decisão, que antes era vertical e fomentada nas ações dos serviços de saúde em nível estadual e local, fortalecidos com recursos dos projetos de empréstimo anteriores –AIDS I e II. Antes da Política de Incentivo o repasse se dava por convênio e todos os estados e capitais foram contemplados durante o AIDS I e AIDS II. Na vigência do AIDS II, os convênios foram ampliados para outros municípios e chegou-se a um número total de 150 municípios conveniados.

Cabe lembrar que a criação de um sistema de M&A dentro do PN-DST/Aids foi uma condicionalidade do BM para a concessão do empréstimo no projeto AIDS III. Além disso, as áreas de programação orçamentária do PAM eram gestão, atenção, prevenção e organizações da sociedade civil (OSC), exatamente o tipo de organização preconizada pelo PN-DST/Aids em nível nacional.

O quadro 2 abaixo mostra a programação do trabalho do PN-DST/Aids com os estados e municípios no âmbito da Política de Incentivo:

Quadro 2 – Distribuição das competências de estados e municípios, qualificados na Política de Incentivo, e necessidades de aprimoramento para o projeto AIDS-SUS.

ESTADOS E DF	MUNICÍPIOS	NECESSIDADES DE APRIMORAMENTO PARA O AIDS SUS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Planejamento participativo para elaboração do Plano de Ações e Metas – PAM/ano; 2. Promoção do alinhamento das metas estaduais às diretrizes nacionais e ao perfil e tendências da epidemia no nível local; 3. Aprovação do Plano Estadual na CIB para as pactuações necessárias relacionadas à compra, pelo estado, de medicamentos para infecções oportunistas, DST, preservativos, fórmula infantil. Transferência de recursos para Organizações da Sociedade Civil (OSC), Casas de Apoio às pessoas com HIV/AIDS e para a inserção de novos municípios nas diretrizes da política nacional; 4. Inclusão de planos estaduais na agenda dos Conselhos de Saúde para deliberação e aprovação; 5. Digitação do Plano Estadual no Sis-Incentivo; 6. Seleção Pública para Projetos com OSC; 7. Monitoramento da execução do Plano Estadual no Sistema. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planejamento participativo para elaboração do Plano de Ações e Metas – PAM/ ano; 2. Metas alinhadas às diretrizes estaduais e perfil e tendências da epidemia em nível local; 3. Inclusão de Planos Municipais na agenda da CIB para as pactuações necessárias relacionadas a medicamentos de infecções oportunistas, DST e preservativos, fórmula infantil; recursos para OSC e Casas de Apoio; 4. Inclusão de Planos Municipais na agenda dos Conselhos de Saúde para deliberação e aprovação; 5. Digitação do Plano Municipal no Sis-Incentivo; 6. Revisão dos Planos Municipais pelos Estados; 7. Monitoramento da execução dos Planos Municipais no Sistema. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planejamento; 2. Instrumento de Programação; 3. Seleção Pública de Projetos com OSC; 4. Financiamento de Casas de Apoio; 5. Desempenho Físico e Financeiro; 6. Transparência e <i>accountability</i> (prestação de contas); 7. Governança – Gestão por Resultados – premiação e penalidades; 8. Monitoramento.

Fonte: Elaboração própria a partir dos documentos relacionados à Política de Incentivo apresentados no Seminário de elaboração do AIDS SUS, realizado em maio de 2007, em Brasília.

Observa-se no quadro acima a perspectiva de adequação do financiamento da resposta à Aids às normas do SUS que, para Grangeiro *et al.* (2012), veio acompanhada de investimento político para “aumentar as atribuições e o grau de autonomia de estados e municípios”, além da busca pela “substituição dos recursos do BM por fontes nacionais” (p. 956).

Além disso, em relação à prática da cooperação internacional, observa-se que o Projeto AIDS III não só consolidou a ACI como uma assessoria do Programa Nacional, como também definiu as linhas do planejamento da cooperação internacional do PN-DST/Aids, que foram baseadas nas áreas programáticas de organização do PN-DST/Aids e implementadas posteriormente.

Vários autores analisaram a implementação do PAM, seus alcances e desafios (DUARTE, 2008; BARBOZA, 2006; GRANGEIRO *et al.*, 2010) e o próprio PN-DST/Aids investiu no acompanhamento da implementação da política. Desde o primeiro ano de supervisão do AIDS III (realizada em grupo por técnicos do BM e do PN-DST/Aids) foram evidenciadas algumas questões que se configuraram como desafios para a implementação da política, tais como a necessidade de:

(a) aprimoramento do processo de planejamento e do instrumento Plano de Ações e Metas (PAM); (c) capacitação dos coordenadores estaduais e municipais e reorganização do processo de supervisão; (c) implantação do sistema de monitoramento e avaliação, incluindo a operacionalização das metas através da metodologia SMART (indicadores eSspecificos, Mensuráveis, Apropriados, Realistas e com Temporalidade); (d) integração do processo de concorrência pública para parcerias com ONGs no processo de descentralização; (e) ampliação do Incentivo a outros municípios; e (f) pactuação de medicamentos para infecções oportunistas e DST”. (Documento MS. 85 – Ajuda Memória, Missão de Supervisão AIDS III, abr. 2004, p. 02).

Esses desafios permaneceram ao longo da implementação do AIDS III e da Política de Incentivo. Grangeiro *et al* (2012) elencam, a partir de outros estudos avaliativos⁵⁵, os alcances e principais problemas relacionados à fase denominada de “aprimoramento” da política de descentralização dos anos 1990 (p.956). Nessa nova fase, os autores compilaram como avanços: o aumento da sustentabilidade financeira, a ampliação da cobertura das ações e, por último, a substituição dos parâmetros de avaliação exclusivamente financeiros e administrativos por abordagens técnicas. Paralelamente afirmam que houve baixo nível de execução técnica e financeira, uma aparente redução de apoio às OSC (a maior parte dos recursos para esse financiamento permaneceu centralizado em nível federal) e incoerência entre planejamento, informações epidemiológicas e prioridades programáticas nacionais.

Ao analisar a cobertura da Política de Incentivo e suas características nos PAMs nos estados e municípios no ano 2006, Grangeiro *et al.* (2012) concluem que embora a política do PAM tivesse abrangência nacional e um alcance que incluía as regiões brasileiras com maior ocorrência de casos de Aids, a resposta nacional induzida pelo nível central foi “parcialmente dissociada das características epidemiológicas da enfermidade no país” (p. 954), o que justificava a necessidade de aprimorar os instrumentos de gestão para um próximo acordo de empréstimo com o BM – o AIDS SUS. Em março de 2007 haviam sido contemplados com a Política de Incentivo 26 estados, mais o DF, e 481 municípios.

⁵⁵ Para maiores detalhes ver: Barboza (2006); Pires (2006); Taglieta (2006); Fonseca *et al.* (2006) e Duarte (2008), citados na bibliografia.

O Quadro 3 a seguir resume as características e resultados alcançados dos três projetos de empréstimos anteriores, na perspectiva dos dirigentes o PN-DST/Aids.

Quadro 3 – Diretrizes, recursos e resultados alcançados pelo PN-DST/Aids com o apoio dos três Acordos de Empréstimo do Banco Mundial

ACORDOS E VIGÊNCIA	OBJETIVOS	COMPONENTES	VALOR (US\$ MILHÕES)		RESULTADOS
			BM	Tesouro Nacional	
AIDS I (3659BR) 1994 a 1998	1. Reduzir a incidência e a transmissão do HIV e outras DST.	1. Prevenção; 2. Serviços.	160 (64%)	90 (36%)	Possibilitou, em âmbito nacional, a consolidação de um Programa pautado na integralidade das ações de prevenção, assistência, direitos humanos e participação da sociedade civil, apoiado por ampla rede de serviços qualificados.
	2. Fortalecer as instituições públicas e privadas envolvidas na prevenção e controle das DST e da Aids.	3. Desenvolvimento institucional; 4. Vigilância Pesquisa e avaliação.			
AIDS II (4392BR) 1999 a 2003	1. Reduzir a incidência e a transmissão do HIV e outras DST;	1. Promoção, Prevenção e Proteção; 2. Diagnóstico e Tratamento às PVHA e DST.	165 (55%)	135 (45%)	Ampliou a cobertura das ações com diversificação da rede de atores, qualificação dos serviços, impacto na ocorrência de HIV com redução da taxa de infecção, aumento da adoção de práticas seguras, redução das taxas de mortalidade e início do processo de descentralização.
	2. Ampliar acesso e melhorar qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência às pessoas com HIV/Aids e outras DST.	3. Fortalecimento Institucional dos Executores.			
AIDS III (4713BR) 2004 a 2007	1. Reduzir a incidência e a transmissão do HIV e outras DST;	1. Melhoria da Qualidade e Cobertura de Serviços de Prevenção, Assistência e Tratamento.	100 (50%)	100 (50%)	Contribuiu para a sustentabilidade do programa, por meio de: um processo de descentralização e de implementação de mecanismos regulares de financiamento no SUS e pelo apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico, ampliando o acesso da população às ações de prevenção e assistência.
	2. Melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e Aids.	2. Desenvolv. Científico e Tecnológico.			
	3. Promover a institucionalização e a sustentabilidade da resposta nacional.	3. Fortalecimento da Gestão do Programa.			

Fonte: Apresentação do DIAHV no Seminário de elaboração do Projeto AIDS-SUS, realizado em Brasília em Março de 2007.

As análises institucionais para elaboração do AIDS SUS, o quarto projeto de empréstimo, estavam voltadas para a aceleração do processo de descentralização, porém com maior investimento na coordenação entre o PN-DST/Aids e as demais áreas do MS⁵⁶, assim como para o estímulo ao diálogo em âmbito local – entre as coordenações estaduais e municipais de DST/Aids e as demais áreas envolvidas na resposta à epidemia, como por exemplo os núcleos

⁵⁶ Documento MS.85– Ajuda Memória. Missão de supervisão AIDS III, mai. 2007.

de gestão da atenção básica, média e alta complexidade e também as coordenações de planejamento e orçamento das secretarias de saúde dos estados e municípios. Identificava-se a necessidade de horizontalidade e integração que, por um lado, fazia sentido do ponto de vista do planejamento ascendente no âmbito do SUS, por outro, corroborava a intenção do BM de incorporar na gestão pública uma atuação baseada no conceito de “governança”, definido como um modo específico de gestão pública caracterizado como um

[...] processo de decisão horizontal a partir de negociações coletivas com o envolvimento de diferentes atores sociais (supostamente homogêneos), a adoção de mecanismos que prescindem da autoridade e da sanção do Estado e o fim das fronteiras entre o público e privado (RIZZOTO, CAMPOS, 2016, p. 266).

Em outras palavras, o PN-DST/Aids assumiu esse discurso na proposta do PAM (a elaboração dos planos era realizada em seminários específicos de planejamento com participação de todos os atores – do governo e da sociedade civil), operacionalizando-o como um modelo de gestão descentralizada por área programática. O cálculo do montante que seria distribuído por estado e município era feito pelo PN-DST/Aids com base em critérios epidemiológicos, mas a alocação dos recursos por área programática era realizada pelos atores locais, nos respectivos seminários de planejamento.

O estudo sobre a utilização dos recursos do PAM 2006 pelas secretarias estaduais e municipais apontou que o investimento na área de “gestão, desenvolvimento humano e institucional” foram superiores ao somatório de recursos alocados nas demais áreas (assistência e prevenção) e que a maior parte das ações tiveram como finalidade a contratação de pessoal, aquisição de insumos e de infraestrutura, realização de eventos e treinamentos e a execução de pesquisas, monitoramento e vigilância epidemiológica (GRANGEIRO *et al.*, 2012, p. 958-959). Com isso, é possível inferir que o modelo de planejamento e organização da resposta nacional ao HIV/Aids nos anos 2000 foi bastante influenciado pela ideia de governança local e descentralizada do Banco Mundial.

A elaboração do AIDS SUS seguiu essa mesma tendência. O projeto foi intitulado “Estruturando a governança para a resposta nacional ao HIV/Aids e outras DST – Aids SUS”. Com orçamento total de US\$ 200 milhões, sendo 33,5% de empréstimo (US\$ 67 milhões) e 66,5% de contrapartida federal (US\$ 133 milhões), o projeto pretendia introduzir essa estruturação nos três níveis de governo, “promovendo a integralidade, a equidade e a universalidade do acesso à rede de atenção” (Documento MS.86 – Projeto AIDS SUS, Carta Consulta à Cofix, out. 2007, p. 14).

Diferente dos projetos anteriores, o AIDS SUS tinha três objetivos específicos:

1. Qualificar e promover novos arranjos institucionais e políticos para ampliação da resposta nacional ao HIV e outras DST nas três esferas de governo;
2. Instituir mecanismos de financiamento para estados, municípios e OSC baseado em referenciais conceituais e padrões mínimos de boas práticas no campo da assistência, prevenção e direitos humanos, pactuados e direcionados ao alcance de resultados;
3. Promover a cooperação das redes de atores e instituições que atuavam na resposta ao HIV e outras DST com ênfase na responsabilidade com a gestão pública, na transparência da prestação de contas (*accountability*) e no controle social⁵⁷.

O AIDS SUS definia ainda três Componentes e oito Sub-componentes, conforme demonstrado no Quadro 4.

Quadro 4 – Componentes e sub-componentes do Projeto AIDS SUS

COMPONENTE	SUB-COMPONENTE
<p>1. Arranjos Institucionais e Políticos:</p> <p>“Ações que têm por finalidade estruturar um processo de concertação entre atores chaves, como governos, sociedade civil, setor privado, instituições de pesquisa e ensino, organismos internacionais, para, sob a liderança do Ministério da Saúde e do Programa Nacional de DST e Aids, formularem e implantarem políticas de enfrentamento das DST e Aids”.</p>	<p>1.1. Formulação e Regulação de Políticas;</p> <p>1.2. Informação para Gestão;</p> <p>1.3. Desenvolvimento Científico e Inovações Tecnológicas.</p>
<p>2. Gestão, Financiamento e Alcance de Resultados:</p> <p>(a) incorporar nova política de financiamento das ações e programas, defesa de direitos humanos, aumento da autonomia de gestão, visibilidade e publicização dos processos técnicos e financeiros; (b) promover a oferta de serviços de qualidade e o alcance de resultados; (c) ampliar e consolidar os processos de difusão de informações estratégicas à população para o controle social das políticas de enfrentamento da DST e Aids.</p>	<p>2.1. Gestão Descentralizada: estados, municípios e redes da sociedade civil;</p> <p>2.2. Organização de Serviços;</p> <p>2.3 Imputabilidade e Controle Social.</p>
<p>3. Cooperação entre as Rede e Instituições</p> <p>Ações para mobilizar e envolver atores chaves –do governo e das OSC–, de forma articulada e sob as diretrizes da resposta nacional, incluídas as ações de cooperação internacional –mobilização de governos e organismos internacionais para troca de experiência e transferência de tecnologia e informações estratégicas.</p>	<p>3.1 Integração e Complementaridade das Ações Governamentais e da Sociedade Civil</p> <p>3.2. Cooperação Técnica</p>

Fonte: Elaboração própria a partir do projeto AIDS SUS (Documento MS.86 – Carta Consulta à Cofix, out. 2007).

⁵⁷ Documento MS.86 - Projeto AIDS SUS, Carta Consulta à Cofix, out. 2007.

Ressalta-se que o Componente III –“Cooperação entre Redes e Instituições”–, trazia um subcomponente denominado “Cooperação Técnica”, que incluía “ações para promover o intercâmbio e a troca de experiências e tecnologias entre países e organizações nacionais e internacionais”. O projeto previa, portanto, o financiamento de ações de cooperação internacional a serem coordenadas pelo Centro Internacional de Cooperação Técnica (Cict).

6.2. A ARTICULAÇÃO PN-DST/AIDS COM OS DEMAIS ATORES INTERNACIONAIS

A decisão do PN-DST/Aids de utilizar parte dos recursos dos acordos de empréstimo com o BM na execução de projetos de cooperação técnica com agências do Sistema da ONU estava amparada em duas regulamentações: a normatização da modalidade “Execução Nacional” pelo próprio sistema ONU, que entrou em vigor em 1992⁵⁸; e a decisão nacional de receber cooperação técnica em áreas específicas da resposta à epidemia brasileira, aproveitando a *expertise* das agências das Nações Unidas (BRASIL, 1999a).

Os primeiros arranjos de cooperação técnica estabelecidos pelo Programa Nacional foram triangulações negociadas pelo PN com o Banco Mundial e algumas agências especializadas da ONU, por meio de instrumentos de cooperação chamados Documentos de Projeto (*Project Documents*–Prodocs), que contemplavam ações nacionais e internacionais capitaneadas pelo PN-DST/Aids.

Os processos de negociação com os organismos internacionais e o fortalecimento institucional do PN-DST/Aids ocorreram *pari passu* à consolidação do Sistema de Cooperação Internacional no Brasil. Conforme já discutido, a década de 1990 é tratada pelos autores como o período de fortalecimento institucional da cooperação brasileira (CERVO, 1994; VALENTE, 2010), uma vez que a ABC, que havia sido criada em 1987, passou a receber apoio técnico do Pnud para a sistematização de suas práticas, também por meio de Prodoc (BRASIL, 2005c; MACHADO, 2008).

Já em agosto de 1994, no âmbito do AIDS I, o Banco Mundial, o PN-DST/Aids e o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (*United Nations Office on Drugs and Crime*–UNODC) firmaram o Prodoc “Prevenção às DST/HIV/AIDS e ao uso indevido de drogas”⁵⁹, para ser executado com recursos do acordo de empréstimo (BRASIL, 1999a; 2001b). Segundo os informantes-chave (E1 e E2), além da UNODC, as demais agências da ONU que

⁵⁸ Resolução nº 47/199, da Assembleia Geral da ONU.

⁵⁹ Projeto denominado AD/BRA94/851.

trabalharam com o PN-DST/Aids com esse instrumento nesse período foram o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento–Pnud (*United Nations Development Programme*–UNDP) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*– Unesco).

Na perspectiva de um dos entrevistados,

[...] as agências do Sistema ONU operacionalizavam oportunamente a tomada de decisão da coordenação nacional, sendo uma forma alternativa de gestão quando o SUS ainda estava sendo institucionalizado. [...] os Prodocs também abriram um leque de alternativas para a construção da resposta governamental à epidemia, porque permitiam o aproveitamento da *expertise* de cada uma das agências da ONU segundo suas respectivas missões institucionais (E1).

Foi nesse contexto que a partir dos anos 1990 o Programa Nacional desenvolveu e fortaleceu uma área (ou unidade técnica) encarregada do planejamento institucional, denominado planejamento estratégico da resposta nacional ao HIV/Aids. Nela atuavam assessores e técnicos que, aos poucos, foram absorvendo e desenvolvendo conhecimentos e adquirindo experiência, não só no campo do planejamento em HIV/Aids, mas também nas relações com os organismos e agências internacionais, que incluía a negociação da cooperação técnica recebida.

Dessa forma, ao longo dos anos 1990, aos poucos foi se estruturando o que alguns autores chamam de “interface internacional” da resposta brasileira à Aids (FONTES, 1999). Essa institucionalização, muito particular no Brasil, aconteceu simultaneamente a outros dois eventos internacionais: o deslocamento da responsabilidade de coordenação global do programa de Aids, até então conduzida pela OMS, para outra unidade da ONU especificamente criada para tal, o UNAIDS, criado em 1994 (YOUDE, 2012); e, a criação, em 1996, do Grupo de Cooperação Técnica Horizontal em HIV/Aids (GCTH), que congregava coordenadores dos programas nacionais de vinte e três países da América Latina, incluindo o Brasil. Esse grupo tinha como propósito a articulação política entre setores de saúde desses governos, a partir de

[...] projetos de integração, desenvolvimento de metodologias de planejamento e avaliação, capacitação de recursos humanos e ações conjuntas para a aquisição de medicamentos, [elaboração de] políticas de produção nacional e de patentes (DIAZ-BERMUDEZ, 2005, p. 65).

Ao discutir a “interface internacional” do PN-DST/AIDS nos anos 1980 até 1997, Fontes (1999) propõe uma classificação para as relações de cooperação estabelecidas entre o governo brasileiro e as agências ou organismos internacionais no tema da Aids. Na realidade essa “classificação” descreve as diferentes formas como a cooperação recebida pelo Brasil foi operacionalizada e permaneceu ao longo dos anos, variando apenas em termos da intensidade de

trabalho com uma ou outra agência internacional. Além disso, apesar de estar centrada na abrangência do objeto da cooperação recebida pelo PN-DST/Aids, o autor informa alguns aspectos importantes da interação do Programa Nacional com os prestadores internacionais de cooperação técnica. É útil, portanto, para a análise dos desdobramentos e implicações dessas relações para a cooperação Sul-Sul brasileira em HIV/Aids, que começou a ser realizada pelo PN-DST/Aids nos primeiros anos da década de 1990.

De acordo com a análise de Fontes (1999, p. 95), as relações de cooperação entre o PN-DST/Aids e as instituições internacionais de cooperação técnica podem ser classificadas em:

1) Execução de programas de cooperação de caráter nacional e abrangentes – desenvolvidos por agências multilaterais do sistema da ONU diretamente negociados com a coordenação nacional de HIV/Aids do MS. Têm como objetivo elaborar ou fortalecer a política pública de resposta à epidemia.

Em 1987 a Opas-OMS trabalhou nesse formato junto à coordenação nacional, utilizando os parâmetros técnicos ou as linhas estratégicas do seu Programa Global de Aids (*WHO Global Programm on Aids*–GPA). Já no início dos anos 1990 essas cooperações foram formuladas como triangulações negociadas pelo PN-DST/Aids, algumas agências da ONU – UNODC, Pnud e Unesco – e o BM, para a execução de parte dos recursos dos acordos de empréstimo (como já mencionado). Inicialmente essas agências começaram suas cooperações utilizando recursos dos Projetos AIDS I e II em Prodocs.

Em 2001, quando esse mecanismo foi regulamentado pelo governo brasileiro, passando a ser negociado sob a coordenação da ABC, o PN-DST/Aids começou a negociar diretamente com as agências, sem a participação do BM. A regulamentação levou ao aumento do número de instrumentos a serem assinados por diferentes setores do governo, não só pela saúde. No entanto, no setor saúde existe a peculiaridade de que a ABC não coordena as negociações com a Opas.

Observa-se ainda que em todo o período deste estudo (1990 a 2014), que o PN-DST/Aids manteve os Prodocs para as ações de CSS, incluindo um Termo de Cooperação (TC), com a Opas, assinado em 2011 (TC nº 66 - Controle de DST/HIV/Aids e hepatites virais)⁶⁰.

2) Execução em Rede de Cooperação Multilateral – constituíram ações de cooperação desenvolvidas pelas agências bilaterais e organismos internacionais diretamente com o PN-

⁶⁰ Os termos de cooperação são instrumentos firmados entre o governo brasileiro (representado pelo Ministério da Saúde) e a OPAS/OMS para realização da cooperação técnica entre as partes (BRASIL, 2013).

DST/Aids, sob a governança do Grupo Temático de Un aids (GT Un aids) no Brasil, criado em 1997⁶¹.

Os GTs Un aids são mecanismos de governança criados para a operacionalização da cooperação das agências da ONU que atuam em Aids nos países, como forma de coordenar a cooperação, procurando evitar a duplicação de esforços e o desperdício de recursos. Quando criados nos países, suas coordenações nacionais eram revezadas entre as agências que faziam parte do Grupo no país (DIAZ-BERMUDEZ, 2005; KNIGHT, 2008).

A peculiaridade desse mecanismo de governança no Brasil é que, para a sua operacionalização, foi criado o “GT Un aids ampliado”, que contemplava as representações governamentais – Direção do PN-DST/Aids e da ABC/MRE – e a participação de representantes de instituições de cooperação técnica que não faziam parte do sistema da ONU, mas que trabalhavam com o governo brasileiro no tema de Aids, como o Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido (*Department for International Development* – Dfid) e a Agência de Cooperação Alemã (*Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* – GTZ), ambas com participação a partir dos anos 2000, além de representantes da sociedade civil –ONGs e movimentos de pessoas que vivem com AIDS. Nesse formato, as ações de cooperação de cada agência individualmente, ou em conjunto, passaram a ser discutidas e pactuadas na agenda do GT Un aids ampliado.

Vale destacar a importância deste modelo brasileiro de coordenação ou de governança da cooperação em HIV/Aids, porque o Un aids teve também papel fundamental no financiamento do projeto de criação do Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids (Cict), em 2005, que foi o principal mecanismo de cooperação técnica do PN-DST/Aids no período 2006 a 2010. Essa iniciativa congregou o Dfid e a GTZ, sendo que o primeiro entrou com o apoio financeiro e a segunda com a cooperação técnica. Por sua vez, o Cict foi organizado nos moldes do Un aids⁶².

3) Execução de Programas de cooperação específicos e pontuais – foi uma estratégia bastante utilizada pelos EUA e pela França, logo no início da epidemia no Brasil. Durante os anos 1980-1990 essas cooperações eram coordenadas pelas agências bilaterais ou de fomento desses países

⁶¹ O GT Un aids do Brasil foi o último a ser instalado na América Latina e, de acordo com Fontes (1999), esse atraso se deu pela insegurança do PN-DST/Aids em relação à continuidade do financiamento do BM, após a instalação desse novo mecanismo de cooperação, e pela discussão em torno da liderança do Grupo.

⁶² O detalhamento da criação e funcionamento do Cict será discutido no próximo capítulo.

e desenvolvidas de maneira pontual, prioritariamente com estados e municípios. Essas cooperações bilaterais serão discutidas mais adiante.

6.3. A COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL EM HIV/AIDS RECEBIDA DO SISTEMA DA ONU

A primeira tentativa de sistematização da resposta da ONU à epidemia de HIV/AIDS foi o “Programa Especial para a Aids” da OMS (*WHO Special Programme on Aids–SPA*), criado em 1987, que passou a ser denominado “Programa Global da OMS para Aids” (*WHO Global Programme on Aids–GPA*) em 1988 (GALVÃO, 2002).

Até 1986 a OMS havia realizado duas reuniões sobre a epidemia, ambas na Europa, que não avançaram para além de recomendações para o monitoramento epidemiológico sobre a propagação do número de casos de Aids, principalmente nos países desenvolvidos, direcionando a priorização das atividades de cooperação da organização estritamente para ações de segurança dos bancos de sangue dos serviços de saúde e de alerta aos homossexuais sobre a nova doença (YOUDE, 2012).

Diante disso, os autores (KNIGHT, 2008; YOUDE, 2012) comentam que no período 1980-1985 houve certa lentidão da OMS na percepção da gravidade do problema de saúde pública que a Aids significava e somente após duas grandes conferências internacionais, organizadas pela comunidade médica e científica em 1985 e 1986⁶³, é que a OMS iniciou a chamada fase de “resposta emergencial” à Aids (WHO, 1997). Em 1987 o GPA recebeu a designação de líder das atividades de Aids no Sistema da ONU e, rapidamente, assumiu o controle dos esforços globais sobre a epidemia (YOUDE, 2012).

Em 1988 começou a cooperação do GPA/OMS com o PN-DST/Aids, intermediada pelo Escritório da Opas/OMS no Brasil (FONTES, 1999). Tais ações de cooperação foram direcionadas para o fortalecimento do papel de autoridade nacional do recém-criado Programa Nacional, em um contexto onde as ações eram descentralizadas e estavam basicamente a cargo das secretarias estaduais de saúde (PARKER, 2003). Segundo este mesmo autor, a cooperação entre o GPA e o PN-DST/Aids teve o papel de centralizar o controle da resposta nacional, servindo

⁶³ A primeira na cidade de Atlanta nos EUA, em 1985, logo após a descoberta dos testes de diagnóstico para o HIV; e a segunda em 1986, em Paris, França, após o isolamento do HIV-Tipo 2 (WHO, 1997; GALVÃO, 2002).

tanto para o fortalecimento das ações de sistematização e monitoramento dos dados epidemiológicos nacionais, como para fomentar a criação dos futuros programas estaduais e municipais de controle do HIV/Aids, desta vez, articulados com o Programa Nacional.

Diaz-Bermudez (2005) acrescenta que, naquele momento, a diretriz de cooperação técnica da OMS era de advocacia nos países em desenvolvimento, pressionando para a ampliação do reconhecimento pelos governos nacionais desse problema global de saúde, para que fossem criados programas nacionais de combate e controle da Aids.

De acordo com um informante-chave (E4), pode-se dizer que a Opas foi um dos primeiros parceiros na formulação da resposta nacional do Brasil à epidemia, tendo iniciado sua cooperação nessa área em 1983, diretamente com o estado de São Paulo, antes mesmo da criação do PN-DST/Aids, do próprio GPA da OMS e de ações em nível regional:

Em 1985, a Opas intensificou as ações regionais [na área de Aids] com seminários, reuniões e manuais de orientação para a organização de Programas [...] ainda [em cooperação] com o estado de São Paulo. A partir de 1986, a OMS começou a se mobilizar para a criação do GPA, efetivado em 1987, e estreitou relações com o Programa Nacional, sempre com a intermediação da Opas. Em 1988, o Programa Nacional recebeu o primeiro aporte financeiro (US\$500.000) [da Opas/OMS] para realização de ações de intervenção [nacional], principalmente em prevenção e capacitação de recursos humanos (E4).

Segundo Diaz-Bermudez (2005), no Brasil a cooperação da Opas com o nível central teve sua importância; no entanto, o país contava nesse período com a Dra. Lair Guerra de Macedo Rodrigues à frente do Programa Nacional, profissional com “notória capacidade técnica e experiência nacional adquirida no seu trabalho na Divisão de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde”, e com uma equipe técnica de pioneiros da estruturação governamental da resposta brasileira, técnicos e assessores que vinham de diferentes estados, assim como outros atores internacionais que também atuavam prestando cooperação no Brasil, como o Centro para o Controle de Doenças (*Center for Disease Control –CDC*) norte-americano (p.53).

De qualquer maneira, observa-se na fala dos entrevistados a percepção de benefício mútuo na relação entre o GPA e o PN-DST/Aids brasileiro, como demonstra o relato a seguir:

[...] o momento [anos 1980-90] era de construção coletiva, onde o Brasil conseguiu sintetizar muito bem as várias experiências positivas que ocorriam naquele momento. Dentre elas, o trabalho do [Jonathan] Mann, que teve um grande impacto no Brasil e serviu para dar sustentação conceitual para a resposta brasileira [...]. A experiência dele entrou no governo pela academia e pelas ONGs (E6).

Jonathan Mann foi o pesquisador que organizou e dirigiu o GPA desde o seu início, até 1990. Antes de assumir esse cargo Mann teve um papel importante na só na organização dos

dados sobre a velocidade de propagação da epidemia na África Subsaariana, o que fez entre 1984-86, como também na sistematização de uma proposta de resposta global que incluía a necessidade de desenvolvimento de parcerias entre governos e sociedade civil no desenho da cooperação técnica em Aids da ONU (TARANTOLA, 1998). Essa percepção o fez apoiar a criação de duas grandes forças globais da sociedade civil organizada e que atuam nesse campo até os dias de hoje: o movimento Rede Global de Pessoas com HIV (*Global Network of People living with HIV–GNP+*), criada em 1986, e o Conselho Internacional de Organizações que trabalham com serviços de Aids (*International Council of AIDS Service Organizations–Icaso*), formado em 1991 (JÖNSSON, 1996; KNIGHT, 2008). O primeiro trabalho foi realizado antes de assumir o GPA; e o segundo em 1991, após a sua saída da OMS.

Jonathan Mann esteve no Brasil em 1986 para conhecer o trabalho que vinha sendo desenvolvido pelo Programa Estadual de São Paulo que, naquela ocasião, apesar de algumas divergências entre seus gestores e o Secretário Estadual de Saúde (SES) de São Paulo, já desenvolvia um forte trabalho de articulação governamental com a sociedade civil organizada. Essa visita motivou o convite para que o Dr. Paulo Teixeira, médico da SES-SP, trabalhasse na organização do GPA em Genebra, logo após o seu afastamento pelo então secretário de saúde, das funções que desempenhava no Programa Estadual, devido às controvérsias relacionadas à condução do Programa em parceria com a sociedade civil. Entretanto, em meio às pressões do movimento de pessoas que viviam com Aids, o Dr. Teixeira não obteve autorização para o seu afastamento do país e foi chamado a reassumir seu trabalho na SES (FRANÇA, 2008; TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015)⁶⁴.

Já nos anos 1990, o trabalho de cooperação da Opas no Brasil foi redirecionado prioritariamente para as atividades de descentralização das ações de saúde no âmbito do SUS e, secundariamente, para o tema da Aids, devido não só ao cenário de incertezas a respeito do financiamento internacional para a continuidade das ações de cooperação (FONTES, 1999), mas também porque as mudanças na gestão do Programa Nacional durante o governo do Presidente Collor de Melo tiveram impacto nas relações de cooperação com as agências internacionais, principalmente quando a OMS anunciou, em 1991, que o Brasil seria um país prioritário para o programa de desenvolvimento de uma vacina contra a doença. Segundo Parker (2003), naquela ocasião a opinião contrária a esse respeito do então gestor do Programa Nacional, Dr.

⁶⁴ Mais detalhes sobre esse episódio encontram-se nas duas bibliografias citadas.

Eduardo Cortes, centrada no argumento do Brasil “não ser cobaia de experimentos estrangeiros” (p. 17) afetou as relações do Ministério da Saúde com a ONU. Essas tensões só foram contornadas em 1992, após as mudanças nas gestões do MS e do PN-DST/Aids, após o afastamento do Presidente Collor de Mello. Foi então que a Dra. Lair Guerra retornou à coordenação nacional do programa, permanecendo até 1996, quando foi substituída pelo Dr. Pedro Chequer.

Pode-se dizer que 1992 também foi um ano de inflexão no trabalho de cooperação técnica da OMS na área de Aids. No final da década de 1980 e início dos anos 1990, a Organização sofreu várias críticas quanto à condução do GPA, tanto em relação ao fato do programa ser financiado com recursos extra-orçamentários, como também pela operacionalização de ações de cooperação técnica que, ou tangenciavam ou eram parte do mandato de outras agências da ONU nos países, o que favorecia a duplicação de esforços e o desperdício de recursos. Esses e outros problemas foram apontados no Comitê de Avaliação Externa do GPA em 1992 e acolhidos pela Assembleia Mundial de Saúde (AMS) do mesmo ano (KNIGHT, 2008).

Obviamente o contexto institucional em que se deu essa mudança tem outros ingredientes, internos à própria OMS, que envolvem, entre outras coisas, o enfretamento e a incompatibilidade entre dois atores principais: o diretor do GPA, Jonathan Man, e o então diretor geral da OMS, Hiroshi Nakagima⁶⁵.

É importante destacar, a partir de Youde (2012) e Knight (2008), que a principal recomendação do Comitê de Avaliação Externa do GPA foi a criação de uma nova estrutura de coordenação totalmente separada da OMS, com um novo corpo institucional de alto nível, para lidar de maneira transversal com as agências da ONU, desencadeando, assim, o processo de criação do Unids na ONU, que inaugurou uma nova etapa na cooperação internacional para a Aids (KNIGHT, 2008). Nesse novo formato institucional, os parceiros são *co-sponsors* ou copatrocinadoras, portanto, têm a propriedade conjunta da nova estrutura organizacional de cooperação em Aids das Nações Unidas, o que a tornaria mais responsável, reduziria ineficiências e, principalmente, agradaria aos principais financiadores, o que também era vital para o êxito da nova estrutura. Essa proposta foi consolidada na criação do Unids também acompanhada de perto por atores do PN-DST/Aids.

Na fala de um informante-chave:

O Unids foi criado em 1995, devido ao esgotamento do modelo do GPA, segundo os países financiadores e as Nações Unidas, tirando a liderança da OMS

⁶⁵ Para maiores detalhes sobre esse episódio ver Brown *et al* (2006) e Almeida (2014).

e passando para esse grupo que [...] estabeleceria as diretrizes das Nações Unidas para Aids, deixando de existir a figura de um financiador de ações nos países, como foi o GPA por muitos anos (E4).

Com a criação do Unids houve praticamente a plena migração dos recursos humanos com *expertise* em Aids da OMS para a nova agência, o que causou esvaziamento institucional do setor na OMS, e tardou quase uma década para que fosse reconstruída a força de trabalho técnica e programática em HIV/Aids da Organização (WHO, 2007).

Paralelamente, também em meados dos anos 1990, começou a projeção internacional das políticas brasileiras de acesso universal ao tratamento antirretroviral e de produção de medicamentos genéricos, e o Programa Nacional provocou um movimento internacional importante nesse sentido. Segundo a percepção de um entrevistado:

“[...] nós queríamos que a nossa política de acesso universal fosse incorporada pelo Unids. Este, pressionado pelos países ricos, seus principais financiadores, e pelo Banco Mundial, resistia fortemente. Só veio a se render em 2003, quando a pressão global era muito intensa e quando a OMS decidiu, sozinha e contra todas as outras agências internacionais, adotar a política [de acesso a tratamento] e lançar o *3by5* (E4).

O Unids foi criado oficialmente em 26 de julho de 1994, pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (*UN Economic and Social Council – Ecosoc*)⁶⁶, e foi apresentado como o organismo de coordenação da resposta mundial à Aids, principal responsável pela sistematização e disseminação da informação epidemiológica global, dos conteúdos técnicos e dos consensos construídos no âmbito dos mandatos das demais agências da ONU, e também pela advocacia política para a arrecadação dos recursos financeiros necessários ao combate à epidemia (UNAIDS, 1999).

Dessa forma, esse Programa Conjunto mudou o curso da cooperação técnica das Nações Unidas, não só porque a OMS deixou de ser o lugar de controle da epidemia no sistema da ONU, mas também porque houve certo impacto no financiamento da OMS e no seu papel de liderança da saúde em nível global.

Em 2000 a Assembleia Mundial de Saúde recomendou que se elaborasse uma Estratégia Global específica para o controle da epidemia. Esse novo movimento se concretizou no resta-

⁶⁶ Resolução Ecosoc 1994/22.

belecimento do Departamento de HIV/Aids da OMS e culminou com a proposta global conhecida como “Tratamento de 3 milhões até 2005” (*Treating 3 million by 2005–3by5*)⁶⁷, oficialmente lançada em dezembro de 2003. A proposta *3by5* (ou 3X5 em português) foi liderada, no seu primeiro ano, pelo brasileiro Paulo Teixeira, cedido por um pedido de “*secondment*” (des-tacamento) de recurso humano feito pelo recém-empossado Diretor Geral, Lee Jong-Wook, à embaixada do Brasil em Genebra, conforme mencionado no seu discurso de posse na OMS. Essa estratégia promoveu a recuperação do papel da OMS nessa área e o programa de acesso a medicamentos antirretroviral foi a principal agenda conduzida pela OMS, como agência co-patrocinadora do Unaid, nos anos subsequentes.

6.3.1. A nova estrutura de governança instituída pelo Unaid

Unaid institucionalizou uma estrutura de governança organizacional que abriu canais formais de diálogo com outros atores que não os governos nacionais, tais como as ONGs e o setor privado. Tratava-se, portanto, de “um novo tipo de agência intergovernamental”, que abriu também “espaços para inovação no âmbito das estruturas da saúde global”, que até então mantinham uma arquitetura sustentada somente por organizações intergovernamentais (YOUDE, 2012, p, 191). As primeiras agências co-patrocinadoras do Unaid foram Pnud, Unesco, Unfpa, Unicef e OMS, além do Banco Mundial (UNAIDS, 1999).

A estratégia de governança global da resposta à Aids conduzida pelo Unaid congregava a experiência particular de cada agência da ONU no combate à epidemia, ao mesmo tempo em que cada uma delas continuaria com seus mandatos e atividades próprias nas suas esferas de atuação. Ao mesmo tempo, o Unaid proporcionou a ampliação de alianças estratégicas com os governos nacionais, corporações, mídias, organizações religiosas, organizações de base comunitária, redes regionais e nacionais de associações de pessoas que vivem com HIV/Aids e outras organizações não governamentais (KNIGHT, 2008), o que implicou não só na ampliação, mas também na diversificação dos mecanismos e arranjos de cooperação técnica internacional para o HIV/Aids, a partir de diferentes enfoques e novas abordagens.

Nessa nova conjuntura, qualquer ação de cooperação técnica internacional da ONU em HIV/Aids somente começava nos países depois da instalação dos Grupos Temáticos das Nações Unidas para o HIV/Aids (GT Unaid), uma estratégia que já era utilizada pela ONU e que passou a ser experimentada na área de Aids. Os GT Unaid, como mecanismos de coordenação da

⁶⁷ “Treating 3 million by 2005: Making it happen, the WHO strategy, WHO/Unaid”

cooperação, possibilitam que os países sejam capacitados para fazer melhor uso do Sistema das Nações Unidas e “operam também articulando e incluindo outras organizações sediadas nos países”, caracterizando um fluxo de informação que propicia o monitoramento conjunto da resposta nacional (YOUDE, 2012, p.87). Os GT UnaidS funcionavam, portanto, como o braço de governança da resposta à epidemia em nível doméstico. O “braço” global, por sua vez, é um Comitê Coordenador do Programa (*Programme Coordinating Board–PCB*) (UNAIDS, 1999), no qual o Brasil tem acento desde a sua instalação.

Com esse modelo de governança o UnaidS inovou em relação ao GPA, por legitimar a relação multissetorial nos níveis nacionais e global, pois os GT UnaidS são formados pelos coordenadores de cada agência co-patrocinadora, somados ao “ponto focal” de UnaidS nos países, ou os chamados Consultores/Oficiais de Programa. Já o PCB, congrega representantes de governos e do alto nível das Agências Co-Patrocinadoras. Vale ressaltar que cabe também a participação de representantes de Organizações Não Governamentais e associações de pessoas que vivem com HIV/Aids nos dois níveis de governança do Programa Conjunto (UNAIDS, 1999).

Dessa forma, além do componente de advocacia política intrínseca ao seu papel em nível global, o UnaidS passou a desenvolver também atividades de cooperação técnica seguindo no mínimo três estratégias: a primeira, diretamente nos GT UnaidS, com característica de apoio direto às agendas das agências que fazem parte do Programa Conjunto nos países; a segunda, de cunho multilateral, trata-se do desenvolvimento de abordagens que reforçam o conteúdo das políticas de resposta à Aids, que é parte da organização programática dirigida pelo Secretariado em Genebra⁶⁸; e a terceira, é a ação de reforço de Cooperação Internacional entre os países, a partir do desenvolvimento de arranjos e mecanismos de cooperação que favorecessem o intercâmbio e troca de experiências.

Dentre os instrumentos de cooperação técnica de UnaidS são relevantes para a análise: os Fundos para Aceleração de Programas (*Programme Acceleration Funds–PAF*) e as Instalações de Suporte Técnico (*Technical Support Facilities–TSF*).

⁶⁸ Atualmente essa organização programática está dividida nas seguintes áreas temáticas – jovens, populações de alta vulnerabilidade, prevenção da transmissão vertical, desenvolvimento e implementação de padrões de cuidado, desenvolvimento de vacinas e iniciativas especiais para as regiões duramente atingidas, incluindo a África subsariana, como pode ser observada em detalhes na página oficial do Programa Conjunto (Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/goals/goals>> Acesso 21 mai. 2017).

Os PAF são montantes de recursos de pequeno porte, colocados pelas agências à disposição dos países desde quando Unaidis iniciou seus trabalhos de cooperação, destinados para uso estratégico dos programas nacionais de Aids, de acordo com a decisão do Grupo Temático (KNIGHT, 2008). No entanto, normalmente esses fundos são *earmarked*, isto é, assignados para ações específicas, que os condicionam inteiramente. Nos anos 2000 foram muito usados para o planejamento e execução de planos nacionais de Aids ou para implantação de sistemas de Monitoramento e Avaliação dos programas nacionais (UNAIDS, 2006).

O PN-DST/Aids não se mostrou favorável a receber recursos de cooperação de Unaidis via PAF, assim que o Unaidis os colocou à disposição do país, para execução em 1996. O Documento MS.47 (s/d) é um bloco de troca de mensagens entre o MRE, a Aisa/MS e o Programa Nacional sobre esse tema, provavelmente do início de 1997. Nele o Itamaraty solicita explicações ao Ministério da Saúde para aquela recusa, ao mesmo tempo em que indica a intenção de reverter essa posição para os recursos PAF de 1997, inclusive sugerindo que o Programa utilizasse tais recursos para a cooperação técnica internacional com Unaidis em terceiros países. No entanto, a resposta da Coordenação foi de continuar se negando a receber aqueles fundos. Segundo o documento, a recusa se deu não apenas porque o montante era baixo (US\$100 mil), mas também porque “deveria ser obrigatoriamente pulverizado em diferentes atividades”, o que não só oneraria a prestação de contas, como também haveria associação direta da cooperação de Unaidis com conteúdos de toda a resposta brasileira à epidemia. Na visão da Dra. Lair Guerra (então coordenadora do Programa Nacional) essa associação seria um tanto “injusta”, dado que o governo brasileiro investia um montante muito maior de recursos na resposta nacional.

A respeito da possibilidade de estabelecer cooperação triangular, a resposta da Coordenação também foi de recusa, argumentando que a proposta permanecia “desinteressante”, porque ela não eliminava os problemas já citados a respeito do Fundo e também porque a Coordenação, naquele momento, não teria condições operacionais para desenvolver a cooperação proposta. Ao final, a Aisa solicita à Coordenação que reconsidere aceitar os recursos para fins de cooperação horizontal, afirmando que o MRE negociaria uma flexibilização, onde a totalidade do recurso de US\$ 100 mil poderia ser utilizada numa atividade única de cooperação Sul-Sul. A troca de mensagens se esgota aí.

Um dos entrevistados se lembrou desse episódio específico e atribuiu a recusa da Coordenação à atitude brasileira de não aceitar a imposição da cooperação Norte-Sul em HIV/Aids:

[...] naquela época o Brasil era tratado pelos organismos internacionais e pelos países desenvolvidos de uma forma muito vertical e a Dra. Lair tinha uma direção colegiada [...] eu lembro vagamente desse dinheiro, mas não exatamente de como se deu a decisão, eu não participei, mas a decisão deve ter sido pela postura que a Coordenação [do Programa Nacional] tinha em relação a essa atitude típica dos países desenvolvidos (E1).

Ao mesmo tempo, outros entrevistados afirmam a relação direta e próxima que a coordenação do Programa Nacional tinha com o secretariado de Unids, como afirma o depoimento a seguir:

O Unids, por ser um órgão novo, estava começando a ser estruturado já a partir de uma reorganização da resposta [global], que antes era mais concentrada dentro da OMS; já começou com certa influência do Brasil [...]. Muito mais intensa do que com outros organismos [...] a relação com o Unids era mais próxima, com mais afinidade do ponto de vista de política, [...] não que fosse completamente harmônico, mas era um pouco mais próxima... e, claro, tinha muita participação de brasileiros, o que tornava a relação meio que sinérgica entre as duas instituições. Muito do Unids se pautava pelo Brasil, para apoiar suas ações regionalmente, assim como o Brasil se apoiava muito [no Unids] para alavancar suas ações internacionais (E6).

É possível inferir, assim, que a coordenação do PN-DST/Aids, por ter uma relação direta com o Unids, preferiu lidar diretamente com o seu Secretariado, sem a intermediação do MRE. Além disso, com o protagonismo internacional do Brasil e a posterior saída de brasileiros para compor os quadros de Unids, as negociações sobre a CSS em HIV/Aids ocorriam diretamente entre a equipe da Coordenação Nacional e o então Diretor de Unids, Peter Piot, culminando com o financiamento de um TSF no Brasil.

Os TSF são mecanismos ou meios de expansão da cooperação técnica em HIV/Aids, com recursos de Unids, a partir de projetos elaborados por instituições com experiência na resposta à epidemia e que tenham algum *know how* que possa ser replicado como CSS. Os TSF, dependendo do país, também são chamados de “iniciativas”, “centros”, “instalações” etc. O TSF do Brasil foi negociado em 2004, durante a visita e participação do Diretor de Unids, Peter Piot, na abertura do 1º Congresso Brasileiro de Aids realizado em Recife. A negociação se deu diretamente entre a Direção do PN-DST/Aids, a Direção de Unids e a Representação do Unicef no Brasil. Havia intenção do Programa Nacional de fortalecer o Programa de Cooperação Internacional para Ações de Prevenção e Controle do HIV/Aids (PCI), lançado em 2002 pelo governo brasileiro para ser implementado com outros Países em Desenvolvimento.

Com o Unicef nós construímos uma agenda mais detalhada para o PCI [como ficou conhecido o programa] e com o Peter Piot começamos a construir a ideia de um Centro de Cooperação Internacional mais amplo que o PCI [...], onde o Brasil pudesse atuar fortalecendo a cooperação em HIV/Aids (E2).

Poucos dias depois do encontro em Recife, em 02 de setembro de 2004, o Presidente Luis Inácio Lula da Silva, junto com o então Ministro da Saúde, Humberto Costa, recebeu o Diretor de UnaidS no Palácio do Planalto e confirmou a intenção do Brasil de ser referência de UnaidS para a CSS em HIV/Aids. O governo brasileiro também se declarou disposto a arrecadar recursos adicionais junto à iniciativa privada e outros organismos internacionais dispostos a trabalhar com o Brasil naquela estratégia conjunta⁶⁹. O protocolo de intenções pactuado pelo Presidente Lula, prevendo um investimento de UnaidS da ordem de US\$ 1 milhão para a implantação de um Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids, o CICT, foi confirmado no Memorando de Entendimento assinado entre o então Ministro da Saúde, Saraiva Felipe, e o Diretor de UnaidS, Peter Piot, em 27 de julho de 2005, tendo como objeto a:

[...] criação de rede de pesquisa, conhecimento e intercâmbio de cooperação técnica horizontal, a ser denominada “Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids” (Cict/Aids), voltada ao fortalecimento da capacidade de países em desenvolvimento para responder à epidemia do HIV/Aids (Documento MS.08 – Memorando de Entendimento, criação do CICT, 27 jul. 2005).

Portanto, a partir de meados de 2005 a cooperação de UnaidS com o PN-DST/Aids foi direcionada para o fortalecimento da política brasileira de cooperação Sul-Sul em HIV/Aids. O PCI, lançado em 2002, agora contava com um mecanismo de cooperação Sul-Sul no modelo TSF, o Cict do Brasil.

Knight (2008) considera que os TSF foram “instalações inovadoras” porque proporcionavam o “desenvolvimento das capacidades e a cooperação Sul-Sul aproveitando a experiência local” (p.201), para depois utilizá-la tanto em nível nacional como regional. Na visão dessa autora, os TSF contribuíram para “redefinir” o paradigma tradicional da cooperação em HIV/Aids.

Com o investimento em mecanismos desse tipo o UnaidS alcançou um espaço importante para sua afirmação global no campo da cooperação técnica em HIV/Aids e também na CSS. Na América Latina, por exemplo, de um lado o apoio à criação e consolidação do Grupos de Cooperação Técnica Horizontal em HIV/Aids (GCTH), formado por representantes dos países da América Latina, lhe conferia um espaço político e de articulação importante para a pactuação de projetos e propostas de cooperação em HIV/Aids; do outro, o Cict, no Brasil, fazia

⁶⁹ Notícia publicada no site do Programa Nacional de Aids. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/brasil-e-escolhido-pela-onu-para-sediar-centro-internacional-para-cooperacao-tecnica>> Acesso em 18 abr. 2017).

complementarmente a coordenação e operacionalização das ações de cooperação nos países e na região⁷⁰.

Paralelamente à consolidação do GT Un aids no Brasil também se fortaleceram as parcerias de cooperação entre PN-DST/Aids e as demais agências da ONU, tanto em seus papéis de cooperação técnica em suas respectivas áreas de atuação, como também de maneira sinérgica nas ações de cooperação coordenadas pelo Cict. Além do Unodc, Unesco e Pnud, que já mantinham atividades de cooperação com Prodocs desde os anos 1990, se integraram à cooperação com o PN-DST/Aids nos anos 2000 o Unfpa, o Unicef e a Opas/OMS. No caso da Opas, a cooperação com o Programa Nacional permaneceu de maneira pontual, até a assinatura de um TC em 2011, que está hoje no seu quinto Termo Aditivo.

6.4. A COOPERAÇÃO BILATERAL RECEBIDA DA FRANÇA E DOS ESTADOS UNIDOS

6.4.1 A cooperação Brasil-França em Aids

Os documentos mostram que até 1989 as atividades de cooperação pactuadas em saúde entre os governos da França e do Brasil, desde os anos 1960, estavam relacionadas à ciência e tecnologia e eram classificadas como distintos tipos de intercâmbio⁷¹. Ao longo dos primeiros vinte anos de cooperação as ações eram realizadas de maneira descentralizada e negociadas pelo governo francês diretamente com as instituições de ensino e pesquisa ou com os serviços de saúde de estados e municípios. A partir da sistematização das ações do PN-DST/Aids, as negociações técnicas na área de Aids passaram a ser negociadas de maneira centralizada, pela equipe do nível federal e diretamente com a Agência Nacional de Pesquisas sobre a Aids (ANRS) do governo da França.

A primeira reunião técnica entre as contrapartes dos dois países para elaboração de uma proposta de cooperação bilateral na área de DST/Aids ocorreu em 1º de junho de 1989⁷². Na ocasião o grupo de trabalho formado por técnicos brasileiros e franceses elaborou um plano de

⁷⁰ Na próxima Seção será discutido em detalhes o papel do Cict na cooperação Sul-Sul do Brasil em HIV/Aids.

⁷¹ Esses intercâmbios eram de: peritos clínicos e pesquisadores de alto nível; técnicos e estagiários para ações de formação; informações científicas e tecnológicas, particularmente sob a forma de publicações especializadas; realização de estudos colaborativos e de programas de pesquisa de mútuo interesse; organização de seminários, simpósios e conferências bilaterais; transferência de tecnologia; e intercâmbio de experiências sobre a qualidade do atendimento e de avaliação (Documento MRE.75 – Acordo de Cooperação Brasil-França, de 1967).

⁷² Documento MS.36 – Relato da reunião Brasil-França em AIDS, jun. 1989. Em relação aos conteúdos, o relato dessa reunião bilateral mostra que até este ano a cooperação da França era voltada para a “educação sanitária”, “medicina curativa”, “avaliação dos laboratórios sorológicos”, “biotecnologia e pesquisa virológica”.

cooperação intitulado “Cooperação Bilateral França-Brasil no campo da Aids”, para ser submetido tanto à embaixada da França no Brasil, sob a forma de um formulário de solicitação de cooperação, como também à ABC, como um pedido de financiamento, encaminhado por ofício em 1991. Essa proposta de cooperação bilateral tinha um orçamento compartilhado entre os dois governos (US\$ 103.000,00 seria o investimento da França e US\$ 130.950,00 a contrapartida brasileira), distribuído nos itens “pessoal, equipamentos e outros”⁷³.

A aproximação e negociação dos técnicos franceses com a Direção do Programa Nacional direcionou a cooperação bilateral dos anos 1990 para o fortalecimento dos serviços de saúde em DST/Aids nos estados e municípios, dessa vez como um componente programático da gestão do nível central, apesar de contemplar ações descentralizadas com os demais entes federativos. Nesse contexto, as ações de formação de especialistas para os serviços de DST/Aids, por exemplo, passaram a ser executadas segundo o paradigma de suprimento da necessidade nacional, assim como outras deficiências identificadas pela gestão do Programa Nacional, especialmente quando este passou a ser organizado por unidades técnicas.

Esse redirecionamento da cooperação bilateral com a França demonstra a capacidade de negociação da equipe do Programa em nível central, que tomou para si a governança nacional dessa relação bilateral, ao mesmo tempo em que manteve as características técnicas do histórico da cooperação francesa no Brasil, especialmente no fortalecimento de serviços de saúde, e garantiu a otimização da cooperação recebida de acordo com a necessidade nacional. Essa dinâmica evidencia a capacidade da equipe do PN-DST/Aids de aproveitar as experiências de cooperação técnica recebida para aperfeiçoar as capacidades tanto em nível central, quanto de forma descentralizada.

De maneira resumida pode-se dizer que, a partir dos anos 1990, a cooperação francesa atuou na implementação dos serviços especializados de Aids, conhecidos como Centros de Diagnóstico Anônimo e de Aconselhamento em DST/Aids do Brasil⁷⁴, mais tarde denominados Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), e também no campo da pesquisa clínica. Já nos anos 2000, a cooperação Brasil-França se voltou mais para a produção de conhecimentos nas áreas de pesquisa em saúde pública, ciências humanas e sociais, ressaltando-se que em 2001 o termo CSS começou a aparecer nos documentos bilaterais, explicitado como intenção dos

⁷³ Documento MS.35 – Ofício nº675/CSDT/AIDS, de 20 set. 1991.

⁷⁴ Documento MS.36 – Relatório da execução do Projeto Brasil-França, de 1992.

dois países de apoiar projetos de interesse comum, especialmente os da área de acesso ao tratamento antirretroviral.

O primeiro documento bilateral com essa menção é a Declaração Conjunta assinada entre os ministros da saúde dos dois países, de 2001⁷⁵. A circunstância de inserção dessa temática na declaração bilateral tem a ver com a intenção da França de triangular cooperação com o Brasil em HIV/Aids nas ex-colônias francesas no continente africano, ao mesmo tempo em que era interesse do Brasil que o governo francês não se manifestasse contra o Brasil na controvérsia apresentada pelos EUA na OMC em relação à lei brasileira de propriedade intelectual, promulgada no contexto da implementação das políticas nacionais de assistência farmacêutica e de acesso universal aos ARV⁷⁶.

No que toca à instrumentalização dessa cooperação, especificamente sua governança bilateral, vale mencionar que em 1996 os dois países assinaram o “Acordo Quadro de Cooperação Brasil-França”⁷⁷, que instituiu um mecanismo de consultas bilaterais com o objetivo de aprofundar o diálogo político entre os dois países nos diferentes setores, incluindo o da saúde. Foi então criada a “Comissão Geral franco-brasileira”, presidida pelos respectivos Ministros das Relações Exteriores. Com base nesse mecanismo bilateral assinado pelos Chanceleres, os Ministros da Saúde dos dois países, na já mencionada Declaração Conjunta de 2001, instituíram o Grupo de Trabalho de DST/Aids, também chamado de Comitê Brasil-França em DST/Aids, um espaço de cooperação onde foram reforçadas as relações institucionais entre o PN-DST/Aids e a ANRS francesa.

O Comitê Brasil-França em DST-Aids foi pioneiro em utilizar o mecanismo de consultas bilaterais assinado pelos chanceleres, uma vez que a “Declaração de Intenções” assinadas pelos Ministros da Saúde dos dois países para o estabelecimento de uma parceria estratégica ampla em matéria de políticas de saúde foi instituída somente em 2014 e conhecido como “Comitê Brasil-França de Cooperação em Saúde”⁷⁸.

⁷⁵ Documento MRE.77 – Declaração Conjunta entre o Ministro da Saúde da República Federativa do Brasil e o Ministro Delegado da Cooperação e da Francofonia da República francesa, sobre cooperação na área das DST e AIDS, de 2001.

⁷⁶ Documento MS. 44 – Fax s/n, Produção de medicamentos, mai. 2001 e Documento MS.45 - fax nº 818, resposta da Aisa à embaixada da França, mai. 2001. Esse tema será apresentado e discutido com mais detalhes mais adiante.

⁷⁷ Documento MRE.76 – Acordo Quadro de Cooperação Brasil-França, de 1996.

⁷⁸ Documento MRE.80, Declaração de Intenções Brasil-França em saúde, de 2014.

Além disso, o governo francês mantém na Embaixada da França, em Brasília, um adido responsável pelas interlocuções de cooperação internacional com as contrapartes nacionais de diferentes setores, o que facilita a comunicação com o MS.

Assim, no final dos anos 1990 o então adido de cooperação manifestou interesse em negociar projetos de cooperação trilateral em HIV/Aids com o Brasil. Mais precisamente em 1999 foi solicitado formalmente ao MS que o Brasil considerasse trabalhar ações de DST/Aids com o Chile, no marco da cooperação francesa para a região das Américas. Naquela ocasião a Coordenação de Aids não aceitou negociar a cooperação com o Chile, sem que antes a intenção francesa fosse apresentada ao GCTH, pois tratava-se de uma proposta de cooperação em Aids para a região. Nos termos do documento oficial está explícita a decisão:

Comunico que esta Coordenação considera de maior relevância a realização de reunião com o lado francês para tratar da cooperação regional na área de DST/Aids. No entanto, tendo em vista o fato de estar em curso uma relação estreita entre os países da América Latina e do Caribe, através do GCTH, consideramos pertinente que a discussão se dê no âmbito desse Grupo. Nesse sentido, informo que acontecerá nos dias 10, 11 e 12 de maio próximo, em Havana, Cuba, reunião do GCTH, na qual poderia ser discutida a proposta francesa (Documento MS.46 – Fax n.º 288 do Chefe da Aisa ao Adido de Cooperação Técnica da Embaixada da França, 06 abr. 1999).

Esse documento, assinado pela então coordenador do PN-DST/Aids, Pedro Chequer, revela não só a importância atribuída pelo Programa ao GCTH como grupo articulador das políticas de HIV/Aids na região, como também demonstra a decisão do Brasil de não negociar sem o conhecimento dos países da região. Provavelmente essa foi a primeira troca de mensagens ou menção às negociações para a articulação entre França, Brasil e Chile, que se desdobraria mais tarde na organização da Unitaids⁷⁹.

Em síntese, a partir dos documentos conclui-se que as relações bilaterais Brasil-França em HIV/Aids, desde que passaram a ser negociadas pelo PN-DST/Aids no final dos anos 1980, tiveram componentes técnicos bem definidos em planos de trabalho bilaterais que foram sempre negociados pelas contrapartes do nível central dos dois países, com um modelo de governança

⁷⁹ A Unitaids é um mecanismo intergovernamental criado em 2006 pelo Brasil, Chile, França, Noruega e Reino Unido, como uma estratégia de cooperação internacional em HIV/Aids, tuberculose e malária, com uma abordagem específica de facilitação do acesso aos meios e ferramentas de saúde, incluindo insumos de diagnóstico e tratamento (Disponível em <<http://www.unitaid.eu/en/who/about-unitaid>> Acesso em 18 abr.2017). A proposta começou como uma iniciativa dos então presidentes do Brasil e da França (Luiz Inácio Lula da Silva e Jacques Chirac) para instalação de uma central internacional de compra de medicamentos no âmbito da iniciativa mundial para o combate à fome e à pobreza. A ideia inicial tinha o objetivo de reduzir os preços e tornar esses produtos mais acessíveis aos países em desenvolvimento (Disponível em: <<http://www.Aids.gov.br/galerias/2007/40612>> Acesso em 18 set. 2016).

colegiado, aparentemente pioneiro para a cooperação em saúde do MS do Brasil, além de funcional até os dias de hoje. Percebe-se também que as negociações, desde o primeiro momento, apresentaram elementos de horizontalidade, ou pelo menos uma intenção de alcançar a máxima equiparidade, seja no compartilhamento de financiamento, seja nas ações mútuas de estágios e capacitações tanto no Brasil, quanto na França.

6.4.2 A cooperação Brasil-EUA em Aids

A cooperação bilateral recebida dos Estados Unidos em HIV/Aids entre 1987 e 1992 foi operacionalizada prioritariamente pela Agencia dos Estados Unidos para o Desenvolvimento (*United States Agency for International Development – Usaid*), implementando-se dois Programas Globais dessa Agência no Brasil: os projetos “AIDSCOM” e “AIDSTECH”, ambos com foco no estímulo de ações de prevenção à Aids a partir de estratégias de comunicação social. Nesse período as parcerias da Usaid eram descentralizadas no Brasil e envolviam acordos com estados e municípios e a intermediação de ONGs. Quanto à cooperação com o PN-DST/Aids, apesar de não ter sido tão intensa envolveu a

[...] assistência técnica para o desenvolvimento de um sistema de logística nacional para distribuição de preservativos e medicamentos de DST, além de elaboração de documentos técnicos conjuntos, para justificar a redução de impostos para preservativos comercializados no Brasil (FONTES, 1999, p.105).

Depois da criação em 1998 da área de Cooperação Externa no Programa Nacional (denominada Coopex)⁸⁰ o recebimento de propostas de cooperação passou a ser administrado por esse núcleo, que as distribuía entre os serviços do SUS⁸¹. Mais tarde, a cooperação norte americana em HIV/Aids com o nível central foi na área de Monitoramento e Avaliação (M&A).

No contexto das discussões da comunidade internacional sobre a “efetividade da ajuda internacional” e a “incorporação de responsabilidades pelos países receptores” (OCDE, 2006); e diante dos relatórios dos projetos AIDS I e AIDS II, que apontaram como deficiência do Programa Nacional o monitoramento e avaliação das ações nacionais, as negociações do Projeto AIDS III com o Banco Mundial envolveu a condicionalidade de que o Programa Nacional implementasse uma área ou unidade específica para esse tema (unidade ou assessoria de M&A) dentro de seu organograma funcional. Os documentos relacionados ao AIDS III explicitam essa

⁸⁰ Coopex, Cooperação Externa – termo pelo qual ficou conhecido o núcleo ou área de cooperação internacional do PN-DST/Aids

⁸¹ Como exemplo pode-se citar os treinamentos negociados com algumas instituições norte americanas, dentre elas as Universidades John Hopkins e Berkeley, que ofereceram intercâmbios para aperfeiçoamento profissional de brasileiros nesse período (BRASIL, 2001b)

condição e alguns entrevistados corroboram essa informação (E2 e E6), como já discutido anteriormente.

Essa condicionalidade de instalação de uma unidade de M&A abriu caminho para que várias instituições oferecessem ao Brasil sua *expertise* na área:

[...] a expectativa era de que esses organismos, essas instituições, transferissem conhecimento para a organização de uma estratégia de M&A para o Brasil [...] eu me lembro de algumas instituições americanas, como a FHI (a *Family Health*), que surgiram oferecendo *expertise* em Monitoramento e Avaliação (E6).

Por outro lado, de acordo com os entrevistados, o tema da cooperação internacional não era foco do BM durante as negociações dos projetos e, de fato, quem colocou a possibilidade do uso de recursos para fins de cooperação foi mesmo o Programa Nacional.

Nesse sentido, houve um incremento importante da cooperação norte-americana com o nível central, quando, em 2003, foi assinado o Acordo de cooperação técnica entre o GAP/Unaid, o CDC/EUA e o PN-DST/Aids, para uma parceria que resultou na institucionalização das ações de M&A, no formato de uma nova assessoria da direção do PN-DST/Aids. Essa cooperação foi executada com a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), com uma consultoria técnica, coordenada pela Dra. Elizabeth Moreira dos Santos (da Ensp/Fiocruz), e teve como produto a constituição do Sistema Nacional de M&A em Aids, conhecido como “MONITORAids”. Além desse Sistema, foi implementado um outro produto do Acordo bilateral: um amplo programa de capacitação nacional em M&A, que teve como objetivo ampliar a “cultura da avaliação” na sistemática da resposta brasileira à epidemia (SANTOS, 2005).

A partir dessa experiência de cooperação ampliou-se a perspectiva de M&A no âmbito da SVS do MS, que anteriormente era a de “ação de controle de processos endêmicos e epidêmicos”⁸² e que seguia a tradição de priorizar “abordagens de ‘análises de impacto’, demoradas e tardias em relação à implantação dos programas”, avançando-se para um novo modelo: o de “avaliação dos programas de controle dos processos endêmicos e epidêmicos” que, por sua vez, são centrados “nas avaliações de implementação, desempenho e resultados” (SANTOS, NATAL, 2005, p. 11).

Observa-se, portanto, que o PN-DST/Aids optou por articular a cooperação norte-americana com uma instituição nacional, que mais tarde trabalhou nas ações de CSS relacionadas à

⁸² Regulamentada pela Portaria nº 1399/GM, 15 dez. 1999.

implementação de sistemas de M&A nos países, coordenadas pelo Cict. Essa agenda de cooperação foi bastante intensificada quando o Unaid lançou a política dos “Três Uns”, que trazia como uma de suas diretrizes que os países implementassem um sistema único de M&A.

Também no início dos anos 2000 houve uma maior aproximação entre a Usaid e o PN-DST/Aids, quando foram negociadas algumas propostas articuladas com o trabalho específico desenvolvido pelas Unidades de Prevenção, Vigilância Epidemiológica e Assistência (subdivisões informais do PN-DST/Aids até 2009) para as regiões de fronteira. No entanto, independentemente dessa aproximação com o nível central, nesse mesmo período a Usaid atuou de forma descentralizada com alguns estados –Bahia, Ceará, Rio de Janeiro e São Paulo– e municípios –Campinas e Santos (São Paulo), Fortaleza (Ceará) e Salvador (Bahia)–, desenvolvendo ações coordenadas pela *Family Health International* (BRASIL, 2001b).

Cabe mencionar que após a implementação pelo governo de George Bush, em 2001, do Programa Emergencial do Presidente dos EUA para a Contenção da Aids (*U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief–Pepfar*), houve uma tentativa da Usaid de aproximação com as políticas do PN-DST/Aids em nível central, desta vez para financiamento a fundo perdido de ações de prevenção em populações vulneráveis à infecção pelo HIV. Mais uma vez o PN-DST/Aids se posicionou contrário ao recebimento de fundos internacionais considerados *ear-marked*, ou condicionados:

Foi uma posição espetacular! [...] Quando esse oferecimento veio, era no governo Bush, e estava amarrado a não lidar com prostitutas [...] o Departamento então assumiu, e o Ministério concordou, que, desse jeito, nós não queríamos. E devolvemos US\$60 milhões, US\$60 milhões a fundo perdido. Quer dizer, foi uma posição extremamente interessante, mostrando independência, soberania, a história dos direitos humanos que o Brasil assumiu internacionalmente, e foi muito bom... teve uma repercussão muito grande, ninguém joga fora 60 milhões de dólares. Mas também não é assim, você não tem que ser vendido... essa venda não tem preço, isso não se vende (E7).

Essa atitude provocou o afastamento da Usaid das ações de cooperação em HIV/Aids com o Brasil, mas não invalidou que outras instituições norte-americanas trabalhassem com o PN-DST/Aids, a exemplo da Fundação Ford, que atuou no âmbito do Programa de Cooperação Internacional em HIV/Aids (PCI) em ações específicas com Moçambique. Por outro lado, em 2009 houve nova aproximação da Usaid com o PN-DST/Aids, desta vez por intermédio da ABC, para desenvolver um trabalho triangulado com Moçambique, do qual participavam o MS do Brasil, a Fiocruz e o CDC. Nessa negociação, o PN-DST/Aids solicitou uma agenda de prospecção conjunta com a Usaid em Moçambique, para desenhar, com as instituições locais, as linhas do projeto, com participação também da então Diretora do Escritório Regional de

Representação da Fiocruz na África (a Dra. Celia Almeida), sediado em Maputo, Moçambique. Essa proposta técnica só foi finalizada após a realização de uma agenda no Brasil com todos os atores envolvidos, onde tanto os moçambicanos quanto os representantes do CDC e Usaid em Moçambique puderam conhecer de perto as estruturas e serviços governamentais brasileiros, assim como os parceiros da sociedade civil. Mesmo com a proposta técnica finalizada, esse projeto de cooperação não foi assinado, principalmente por desistência da ABC/MRE de investir nesse projeto, algum tempo depois.

Por fim, atualmente o CDC mantém com o Brasil uma cooperação descentralizada na área de DST/Aids, negociada diretamente com estados e municípios. Exemplo bastante atual é o “Programa a hora é agora”, de 2015, que apesar de manter a participação do DIAHV, é viabilizado pela cooperação do CDC com a prefeitura de Curitiba e a organização não governamental “Grupo Dignidade”, tendo como objetivo expandir a testagem do HIV nas populações mais vulneráveis, estimulando a solicitação individual do teste por aplicativo de celular criado para esse fim. Essa cooperação conta ainda com a parceria da Fiocruz, do Unaid e da Universidade Federal do Paraná, como pode ser observado no site oficial do projeto⁸³.

6.5. O GRUPO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA HORIZONTAL EM HIV/AIDS DA AMÉRICA LATINA E CARIBE (GCTH)

O GCTH era uma rede de coordenadores de programas nacionais de Aids que foi organizada com forte liderança do Brasil, na mesma conjuntura internacional de criação do Unaid e com foco no fortalecimento institucional mútuo desses programas. Era um canal de comunicação direto entre os coordenadores, que proporcionou um novo exercício de fortalecimento da gestão das respostas nacionais, ou seja, abriu conexões diretas entre os governos para negociação de arranjos de cooperação, segundo os preceitos e valores “horizontais” (Sul-Sul), que foram rapidamente assimilados como alternativa à cooperação técnica tradicional prestada pelos organismos e agências internacionais em HIV/Aids. Essa constatação aparece também na percepção dos informantes-chave (E1, E2, E3, E4 e E5). Na visão destes entrevistados, as primeiras reuniões do Grupo foram importantes para a discussão do conceito de cooperação que se queria implementar nas ações internacionais voltadas para o combate à epidemia.

O GCTH foi criado no contexto de críticas dos países sulamericanos em relação à cooperação prestada pela OPS no âmbito da resposta à Aids:

⁸³ Disponível em: <www.ahoraegora.org> Acesso em 15 jan. 2017.

[...] ao redor de 1995/1996 os países entraram em conflito com a OPS. Eles acusavam o organismo regional de autoritarismo e centralização de ações e deram início à uma movimentação que levou à criação do GCTH e que excluía a OPS de suas atividades com o grupo, investindo em uma cooperação mais horizontalizada (E4).

As entrevistas apontaram para a importância do GCTH, principalmente sob a liderança do Brasil, como um espaço de articulação, discussão técnica e advocacia dos governos para as questões de fortalecimento institucional e de redirecionamento da cooperação técnica internacional em HIV/Aids tanto no conteúdo como na forma de negociação e operacionalização, que eram tradicionalmente do tipo Norte-Sul:

[...] o GCTH vai surgir ali como uma resposta da região frente às ações da OPS, e para fortalecimento dos laços horizontais entre os países (E6).

[...] naquele momento, ele [o GCTH] foi extremamente importante para estimular o protagonismo e a autonomia dos países na formulação de políticas progressistas (E4).

Essa posição causou certa tensão institucional entre os países da América Latina e a OPS, a ponto de se estabelecer, na perspectiva de um dos entrevistados,

[...] uma crise, porque a Opas entendia que a cooperação do GCTH iria substituí-la [...]. O chefe da Aids da OPS via o GCTH como um inimigo mortal [...], quem bancou o GCTH foi o Unids (E2).

[O GCTH foi] sob a liderança do Brasil, foi uma sinergia ou uma instância alternativa de cooperação entre os países (E1).

Representantes do PN-DST/Aids entrevistados neste estudo, que participaram ativamente da criação do GCTH e, mais tarde, de algumas ações de cooperação do Brasil com o Grupo, relatam que entre os coordenadores de Aids desses países havia um entendimento harmônico em torno da prática de cooperação que se queria e este foco congregava todos os participantes que representavam praticamente todos os Programas de HIV/Aids da América Latina. Afirma-se que havia um

[...] espírito de cooperação, onde todos os países poderiam de algum modo oferecer e receber experiências, numa perspectiva de horizontalidade onde ninguém é detentor do saber, do conhecimento e/ou do dinheiro, enquanto o outro é apenas receptor ou aprendiz (E2).

Ao mesmo tempo, destaca-se a importância das duas Primeiras Conferências de Cooperação Técnica Horizontal em HIV/Aids organizadas pelo GCTH, depois conhecidas como Fóruns Latino Americanos de HIV/Aids, para a sistematização da CSS do Brasil em HIV/Aids. A primeira, realizada em outubro de 1998 em Querétaro, no México, e a segunda, em dezembro de 2000, no Rio de Janeiro:

[...] os encontros bienais do GCTH foram históricos, e [contaram] com intensa participação da sociedade civil, especialmente o Fórum RIO-2000, quando a política de acesso universal ao tratamento antirretroviral foi consagrada em toda a nossa região (E4).

Até a Conferência de Querétaro, em 1998, as discussões do GCTH eram bastante centradas no componente de planejamento estratégico dos programas nacionais de HIV/Aids, cujo representante brasileiro era Julio Barrios, coordenador dessa área no Programa Nacional, mencionado pela maioria dos entrevistados como ator fundamental para a consolidação das primeiras articulações internacionais do Brasil no campo da CSS com os países do GCTH.

Em Querétaro, a participação da delegação do Brasil na Conferência mudou o curso da agenda do GCTH, na medida em que a experiência de articulação do PN-DST/Aids com a sociedade civil foi apresentada como um pilar fundamental para a consolidação da política que vinha obtendo êxito no Brasil, principalmente no tema de acesso universal a medicamentos:

[...] foi uma Conferência muito tensa, eu lembro que as pessoas vivendo com Aids da Venezuela protestavam porque não tinham medicamentos, teve muito barulho, era um momento crítico da epidemia, porque muitos países não tinham medicamentos para grande maioria das pessoas que precisavam e essas pessoas tiveram a oportunidade, foram convidadas, estavam lá e estavam com essa postura de contraposição aos governos. Os governos eram seus inimigos [...]. E aí chega o Brasil com outra postura. [...] Nós então propusemos a criação de um grupo de trabalho do GCTH, para articulação entre governos e sociedade civil e isso levou a um consenso de que o próprio GCTH deveria incorporar as ONGs. Daí depois o GCTH passou a contemplar governos e redes de ONGs (E5).

Com essa estratégia o PN-DST/Aids conseguiu não só apresentar um eixo norteador para o fortalecimento das respostas dos governos à epidemia de HIV/Aids (que mais tarde seria um eixo também da cooperação Sul-Sul em HIV/Aids), mas também ampliar sua capacidade de diálogo e articulação internacional, que a partir daquele momento se estendeu para além dos governos, alcançando também as redes e movimentos internacionais relacionados à Aids. Com isso, a segunda Conferência, ou II Fórum de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e Caribe (Fórum Rio-2000), realizado no Rio de Janeiro dois anos depois, também contou com a participação e parceria das redes internacionais de ONGs, ao lado dos governos, na sua organização. Após Querétaro,

[...] a resposta na região inteira meio que passou a ser norteada por essa questão da parceria entre governos e sociedade civil. [...] As ONGs passaram a ser parte integrante do GCTH, e apesar de haver alguns momentos em que os governos discutiam alguns pontos de forma separada, a maioria das questões eram discutidas de forma conjunta e as ONGs praticamente tinham o mesmo voto, porque na verdade tudo era decidido por consenso no GCTH (E5).

Assim, o Fórum do Rio de Janeiro terminou consolidando a participação da sociedade civil nas reuniões do GCTH e foi fundamental para garantir a visibilidade do Programa Nacional e de sua política de acesso universal a medicamentos, num momento em que o sistema ONU começava a preparação da sua Seção Especial sobre o HIV/Aids (Ungass), que ocorreu em junho de 2001, cuja Declaração de Compromisso reverberou o acesso a medicamentos como um eixo norteador da resposta global à epidemia, que teve papel fundamental na agenda de CSS do Brasil em HIV/Aids.

Dessa forma, constata-se que o GCTH proporcionou uma primeira assimilação ou consenso regional de uma prática de CSS em HIV/Aids que foi aplicada pelo PN-DST/Aids nos anos posteriores com esses mesmos países, também chamados nos documentos do PN-DST/Aids de “parceiros de cooperação Sul-Sul do Brasil”.

Segundo Diaz-Bermudez (2005), apesar da necessidade constante de aprimoramento e da condução de alguns processos inacabados, o GCTH proporcionou novas formas de pactuação entre atores diversos. A agenda de cooperação Sul-Sul que foi aglutinada pelo Grupo, assim como as suas ações internacionais conjuntas, possibilitou a “ação concertada para aquisição de antirretrovirais com vistas à redução dos preços dos medicamentos” (DIAZ-BERMUDEZ, 2005, p.65), que reverberou na Declaração de Compromisso de 2001, além de outras atuações que serão discutidas na medida em que forem apresentados os dados sobre a CSS do Brasil em HIV/Aids.

De qualquer forma, vale antecipar que as articulações nacionais e internacionais que envolveram a participação do governo brasileiro na Ungass 2001 contemplam elementos, que dizem respeito tanto à questão da sustentabilidade da política brasileira de acesso universal aos medicamentos, no marco do Acordo Trips da OMC e da Declaração de Doha, como também ao papel que a CSS em HIV/AIDS assumiu ao longo dos anos 2000 como um importante instrumento da PEB.

6.6. O TRABALHO DA COOPEX NOS ANOS 1990

A consolidação de uma área específica de assuntos internacionais na estrutura organizacional do PN-DST/Aids, a Coopex, fez parte do processo de construção da resposta nacional à epidemia de Aids, ao longo dos anos 1990, integrada aos primeiros acordos de empréstimo do Banco Mundial e da cooperação recebida de agências e organismos internacionais (FONTES, 1999; PARKER, 2003; TEIXEIRA, 2003; LOUP *et al.*, 2013).

Várias entrevistas apontam que, nos anos 1990, os assuntos internacionais estavam sob a coordenação da área técnica de planejamento estratégico do Programa Nacional, que também respondia tanto pela interlocução com os organismos internacionais que operacionalizavam a execução dos recursos dos acordos de empréstimo do BM, como também pela cooperação internacional recebida em HIV/Aids. A área de planejamento foi, portanto, o primeiro espaço ou canal instituído para o diálogo internacional do PN-DST/Aids, porque mantinha um núcleo técnico como responsável por essa interlocução e também pela sistematização e análise de demandas de cooperação internacional, tanto recebidas como prestadas pelo Programa Nacional (E1, E4, E5 e E6).

Com a criação do GCTH e a consequente projeção da resposta brasileira à Aids, aumentaram muito as solicitações de apoio técnico dos países em desenvolvimento ao PN-DST/Aids do Brasil. Para um informante-chave,

[...] a motivação foi o crescente papel do Brasil [nessa área], que se tornou referência no sentido de que os países em desenvolvimento eram, sim, capazes de enfrentar o HIV visando a equidade, acesso a serviços de saúde e à informação (E3).

Além disso, “havia maior disponibilidade financeira para fomentar a participação no atendimento às demandas de cooperação” (E1), devido à relativa autonomia administrativa do PN-DST/Aids possibilitada pela execução dos Prodocs.

As primeiras ações de CSS prestadas pelo PN-DST/Aids, ainda nos anos 1990, são tratadas pelos entrevistados como “atendimento de demandas”, que ocorriam em sua maioria de maneira bastante informal, a partir do contato direto entre os coordenadores nacionais de Aids dos países, e sem a intermediação da Aisa do Ministério da Saúde ou da ABC/MRE nas negociações. Antes da Coopex, eram poucos os projetos de cooperação Sul-Sul em HIV/Aids que haviam passado pelo fluxo formal do MRE, e todos eram relacionados à recém formalizada CPLP (E5).

Com o aumento das demandas de cooperação, o PN-DST/Aids buscou profissionais com experiência no campo das relações internacionais para compor um núcleo técnico próprio de cooperação internacional. Ao mesmo tempo, as atividades de negociação e operacionalização dos recursos de empréstimos do BM e a negociação dos primeiros Prodocs, de certa forma haviam aproximado a equipe do PN-DST/Aids da ABC, que apesar de estar em fase de fortalecimento institucional (nos anos 1990), já participava do fluxo de operacionalização da cooperação técnica do Sistema de Cooperação Internacional brasileiro.

Segundo os entrevistados, a decisão de organizar uma área de cooperação internacional no PN-DST/Aids partiu do então diretor Pedro Chequer, que em 1998 convidou um técnico da ABC, Mauro Teixeira, para sistematizar as ações de cooperação internacional prestadas pelo PN-DST/Aids num núcleo de técnico (a Coopex) que estaria sob a coordenação de Julio Barrios na área de planejamento estratégico do Programa Nacional. As ações da Coopex, foram oficialmente apresentadas pela primeira vez no documento chamado “Diretrizes Políticas do PN-DST/Aids”, de 1999, da seguinte forma:

Constituem áreas prioritárias da Cooperação Externa as ações, no âmbito do Grupo de Cooperação Técnica Horizontal em HIV/Aids, entre países da América Latina e do Caribe (GCTH), os projetos no âmbito do Mercosul, as ações e projetos com os países africanos de língua oficial portuguesa (Palops), bem como outras áreas que venham a ser definidas como relevantes por parte do Ministério das Relações Exteriores do Brasil ou por outras instâncias competentes do governo federal (BRASIL, 1999b, p. 65).

Assim, as atividades da Coopex começaram alinhadas com a perspectiva do governo brasileiro sobre a cooperação entre países em desenvolvimento (que estava em fase de institucionalização no Brasil), seguindo também o modelo de formalização de projetos de cooperação técnica apresentados pela ABC. Além disso, até pelo lugar em que foi instituída (na área de planejamento da resposta nacional), a Coopex mantinha um canal de diálogo direto com as instâncias nacionais do Sistema de Cooperação Internacional do Brasil, o que de certa forma fortaleceu a autonomia internacional do PN-DST/Aids em relação à recém-formalizada Aisa (1998), principalmente no que dizia respeito às ações de cooperação técnica.

De acordo com os entrevistados, percebia-se certo grau de autonomia da Coopex na etapa de negociação e elaboração da agenda de cooperação, ou seja, o fluxo de solicitação da cooperação brasileira e de elaboração de projetos ou propostas técnicas aconteciam diretamente entre os Programas Nacionais de HIV/Aids dos países demandantes e o Programa Nacional brasileiro, sem a intermediação da Aisa ou mesmo da ABC. Após as propostas serem elaboradas é que havia a sua formalização por intermédio desses dois entes nacionais:

[...] o contato inicial acontecia entre os países de uma forma direta. Se fazia toda a costura, se acertavam todos os pontos [...]. E aí depois se formalizava, levava pra [Aisa e ABC/MRE] meio que pra ‘bater o carimbo’. O projeto ficava praticamente pronto, até o orçamento [...] a impressão que vem na minha cabeça é que [a relação com a Aisa e com a ABC] era uma coisa quase que cartorial (E5).

No final dos anos 1990 o PN-DST/Aids apresentou sua política de resposta à Aids com três grandes componentes e suas respectivas prioridades. A Cooperação Externa figurou nesse documento como um Subcomponente do Componente 3 – “Desenvolvimento Institucional e

Gestão do Programa”–, tendo como linha estratégica a “promoção da cooperação técnica internacional baseada no princípio da horizontalidade, com países e organismos internacionais bi e multilaterais” (BRASIL, 1999b, p.52). Os outros Componentes da política de HIV/Aids eram: 1. Promoção, Proteção e Prevenção e 2. Diagnóstico e Assistência. Em síntese, a cooperação internacional do Brasil em HIV/Aids foi institucionalizada, ainda nos anos 1990, como uma área técnica de atuação da Coordenação Nacional de Aids do MS, com atribuições bem definidas que eram:

a) negociação de projetos e atividades de cooperação, sua formalização junto às instâncias pertinentes; b) providências técnico-administrativas para viabilização das ações; c) articulação com organismos internacionais e com governos estrangeiros no sentido de viabilizar ações de cooperação técnica, científica e tecnológica e financeira; d) traçar as diretrizes políticas e a estratégia de atuação da Coordenação Nacional de DST/Aids com relação aos demais países; e, e) responder às demandas advindas das instâncias competentes do governo federal, com respeito à política externa em nível macro (BRASIL, 1999b, p.63).

Ao mesmo tempo, o documento definia atribuições que não só se confundiam com as competências da área internacional do gabinete do ministro, a Aisa, como também apresentava uma tipologia própria para a cooperação internacional a ser praticada pela Coordenação Nacional de Aids, que eram:

1. Cooperação Informal – as ações de cooperação realizadas sem um instrumento de direito internacional que a regule; 2. Cooperação inter-institucional – ações realizadas diretamente de instituição para instituição, não envolvendo os órgãos responsáveis pela cooperação internacional no âmbito federal; 3. Cooperação Oficial – ações de cooperação técnica, cooperação científica e tecnológica e cooperação financeira (BRASIL, 1999b, p. 64).

Apenas essa última, a “Cooperação Oficial” seguia os fluxos e a interlocução das instituições do Sistema de Cooperação Internacional brasileiro, tendo a ABC/MRE como Agência coordenadora e supervisora dos programas e projetos; o Departamento de Cooperação Científica, Técnica e Tecnológica do Itamaraty (DCT), como órgão coordenador da cooperação científica e tecnológica; e a Secretaria de Assuntos Internacionais do Ministério do Planejamento e Orçamento (Seain) como órgão responsável pela coordenação de captação de recursos para cooperação financeira, advindos de organismos multilaterais de crédito e de agências governamentais estrangeiras.

As primeiras ações de CSS do Brasil em HIV/Aids, não tiveram a participação da ABC. O documento que traz o registro mais antigo sobre a participação do Brasil em projetos de cooperação envolvendo outros países em desenvolvimento é a “Lista de Projetos em andamento

no Programa Nacional de DST/AIDS”⁸⁴, de 1994, elaborada pelo Programa Nacional e que apresenta de maneira bastante resumida e sem maiores detalhamentos, um projeto denominado “Cone Sul”, descrito apenas como a realização de seminários e pesquisas conjuntas com a Argentina, Chile, Paraguai, Uruguai e Bolívia. Essas ações, que são bem anteriores à formação da Coopex, foram realizadas no âmbito dos Prodocs do Projeto AIDS I. Caracteriza-se, assim, que a partir dos meados dos anos 1990 o PN-DST/Aids passou a ser, além de receptor, também prestador de cooperação técnica para outros países em desenvolvimento.

Teixeira (2003) afirma que, nesse período, o UNODC, como parceiro de cooperação técnica do PN-DST/Aids, propiciou a articulação e o financiamento de ações de cooperação bilateral provenientes de países desenvolvidos, assim como apoiou o Programa Nacional em ações pontuais de CSS. Dentre as ações de cooperação recebidas pelo Programa Nacional destacam-se: a execução de recursos “a fundo perdido” do governo da Itália; uma cooperação pontual do governo australiano a partir de sua experiência e bons resultados alcançados na área de redução de danos, com consultoria especializada e estágios de técnicos brasileiros na Austrália; e uma articulação com o governo da Espanha, para intercâmbio de experiências na área de redução de danos, dependência química, e serviços de saúde em prisões (BRASIL, 2001b).

Por último, o Prodoc com o UNODC propiciou ainda o intercâmbio de experiências do Programa Nacional e de ONGs brasileiras com a Federação Europeia de Comunidades Terapêuticas, que trabalha no desenvolvimento de modelos de tratamento, reunindo instituições da Alemanha, Suíça, Itália, Espanha, Portugal, França e Holanda (BRASIL, 1999a). Esse relatório ainda descreve que, a partir de 1998, o Prodoc assinado com a UNODC no âmbito do Projeto AIDS II operacionalizou as ações de estruturação da Coopex, o que demonstra também a valorização da área internacional por parte dos gestores que negociaram o referido Prodoc.

De maneira geral, os entrevistados qualificam esse período dos anos 1990 como “de aprendizado”, “de entendimento” ou de “aproximação” dos técnicos de HIV/Aids do Ministério da Saúde com as atividades internacionais. Para alguns, aquelas atividades eram inclusive bastante limitadas, porque não havia sistematização adequada ou definição de processos de trabalho (E1 e E5), o que foi sendo alcançado aos poucos a partir da experiência de campo, pois com a visibilidade internacional do PN-DST/Aids houve aumento substancial das demandas de cooperação, principalmente após a criação do GCTH (E1, E2 e E5). Além disso, infere-se também

⁸⁴ Documento MS.38, de 1994.

a importância da cooperação técnica recebida das agências internacionais que executavam Prodocs, porque abriu a possibilidade não só de financiamento de atividades de cooperação internacional do Brasil, mas também proporcionou a aproximação da Coordenação Nacional e dos Técnicos da Coopex da prática da cooperação, isto é, esses técnicos aprenderam a “forma de fazer cooperação” das agências internacionais. Nos anos 2000, o PN-DST/Aids inclusive manteve escritórios do CDC norte americano e da GTZ alemã nas instalações do Ministério da Saúde, como parte dos acordos de cooperação. Na percepção de um dos entrevistados,

[...] o Brasil se beneficiou, sim, de certos elementos de fora [das agências], o que de certa forma diz muito com respeito à realidade daquela época, como no caso do tema de monitoramento e avaliação [...] nós sempre fomos muito frágeis nessa parte [...]. Agora, isso não afetava a autonomia de decisão do Programa nas negociações [...] Era o Programa que sempre decidia em quê queria se beneficiar [da cooperação recebida] (E1).

Assim, ao longo dos anos 1990 o PN-DST/Aids foi construindo sua identidade como ator de cooperação internacional, tanto a partir de sua experiência e postura de negociação frente às instituições tradicionais de cooperação técnica, como também pela abertura em atender, solidaria e prontamente, as solicitações de cooperação que chegavam dos países em desenvolvimento, o que chamou muito a atenção da comunidade internacional. Segundo um informante-chave,

As agências da ONU chegam nos lugares e eles ditam as regras, porque, primeiro o financiamento quase todo é externo por onde eles chegam, então eles chegam com uma capacidade talvez, aparentemente maior. No Brasil, eles chegaram... e não tiveram essa facilidade, porque o Brasil já entrou com uma contrapartida alta no acordo com o Banco Mundial e depois o financiamento passou a ser 95% nacional. Isso chama atenção, né? [...] E facilita inclusive as negociações [...] E pensando também na personalidade das pessoas que dirigiram aquilo lá também, [...] todos eram pessoas que vinham da área do sanitário, da pesquisa, ou do serviço, mas todos com uma bagagem que dava pra enfrentar até as discussões com essas agências de maneira mais igual, inclusive com o Banco Mundial [...] eles [Banco Mundial] fizeram uma declaração [...] diziam que era um risco o tratamento universal e que ia aumentar a resistência ao HIV [nos países em desenvolvimento], porque as pessoas não tomariam os medicamentos de maneira correta. [...] o Brasil foi suficientemente independente pra dizer “nós vamos fazer” e mostrou que funcionava e que a resistência ao HIV aqui é menor ou no mínimo igual à resistência norte americana e europeia (E7).

A criação do GCTH e a Lei brasileira de Acesso Universal a medicamentos (Lei 9.313 de 1996) contribuíram para o aumento do volume de cooperações solicitadas pelos países em desenvolvimento e para a aproximação do PN-DST/Aids com o MRE, sobretudo para formalização das propostas a partir de 1999. Levando-se em conta que as primeiras ações de cooperação prestada foram relatadas em 1994, não só foi curto o período em que o Brasil foi puramente receptor de cooperação internacional em Aids, mas houve também um intervalo de mais ou

menos cinco anos para que fossem firmados os primeiros documentos bilaterais de cooperação em HIV/Aids com participação do MRE. O que demonstra também certa independência do PN-DST/Aids nas primeiras ações de cooperação prestada.

Os primeiros acordos firmados pelo governo brasileiro com países em desenvolvimento na área de cooperação técnica em DST/Aids foram assinados em 1999, com os seguintes países: Cuba⁸⁵, El Salvador⁸⁶ e Equador⁸⁷.

Em síntese, os dados mostram que desde a primeira metade dos anos 1990, o PN-DST/Aids já executava ações de cooperação internacional de maneira dual: tanto era receptor, como prestador de cooperação, seguindo a tendência e características vivenciadas pelo governo brasileiro na conformação do seu Sistema de Cooperação Internacional, onde a cooperação recebida foi aproveitada para o fortalecimento da cooperação prestada (PUENTE, 2010; CERVO, 1994). No entanto, as primeiras atividades de CSS em HIV/Aids desenvolvidas pelo Programa Nacional tiveram pouca intermediação da ABC/MRE, porque eram diretamente negociadas entre os coordenadores de programas de Aids da América Latina, estimulados pela atuação do GCTH. Pode-se afirmar, portanto, que a organização da Coopex, entre os anos 1998 e 1999, representou a primeira etapa da institucionalização da cooperação internacional do PN-DST/Aids.

⁸⁵ Documento MRE.17 – Ajuste Complementar [...] para implementação do Projeto ‘Fortalecimento do Programa Nacional de DST-AIDS com Cuba.

⁸⁶ Documento MRE.20 – Ajuste Complementar [...] para implementação do Projeto ‘Apoio ao Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS com El Salvador.

⁸⁷ Documento MRE.25 – Ajuste Complementar [...] para implementação de Projetos [...] nos seguintes temas ‘prevenção e controle de doenças transmissíveis [...] AIDS/SIDA com o Equador.

7. A CONSOLIDAÇÃO DA AGENDA DE COOPERAÇÃO SUL-SUL DO BRASIL EM HIV/AIDS

7.1. O ACESSO UNIVERSAL AOS MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS COMO TEMA DA POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA (PEB)

A questão do acesso universal a medicamentos antirretrovirais (ARV) é um dos assuntos que mobiliza diferentes e poderosos setores e atores, ultrapassando os limites das arenas tradicionais de negociação⁸⁸. Essa dinâmica é concomitante a mudanças expressivas em relação à participação de diferentes e numerosos atores nos processos de negociação em âmbito internacional, além dos Estados nacionais membros natos dos fóruns da ONU.

No Brasil, quando os princípios do SUS foram concretizados na execução programática do acesso universal e gratuito aos medicamentos ARV, em 1996, essa política nacional de resposta à Aids passou a fomentar a forte participação do PN-DST/Aids nos fóruns internacionais especializados de saúde. Paralelamente, também durante a década de 1990, na medida em que os temas sociais se tornaram cada vez mais presentes na agenda dos fóruns multilaterais, e as Conferências Globais da ONU se sucediam sobre diferentes temas, o diálogo entre os Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores do Brasil foi intensificado e, aparentemente, deflagrou um processo denominado por alguns autores de “inserção dos temas sociais na política externa brasileira” (PEB) (RUBARTH, 1999; ALCAZAR, 2005).

Nesse contexto, deve-se retomar um elemento importante da política de acesso universal do Brasil em HIV/Aids: a relação estabelecida entre o MS e a sociedade civil organizada, que marcou a estruturação do PN-DST/Aids e se tornou um diferencial da resposta nacional. Desde os primeiros anos da sistematização da resposta brasileira, a dinâmica e articulação estabelecida entre os atores do governo e da sociedade civil, ainda em nível estadual, aos poucos consolidou grupos sociais organizados, e ao longo dos anos lhes conferiu reconhecimento nacional e internacional (PARKER, 2003). Dentre esses grupos estavam aqueles cujos ativistas se voltaram para o tema específico do acesso universal aos medicamentos e desenvolveram sua “militância no campo da saúde pública, Aids e propriedade intelectual” (REIS, VIEIRA, CHAVES, 2011, p. 14).

⁸⁸ O acesso é aqui entendido como a “relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo paciente (consumidor), com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado” (BERMUDEZ *et. al.* 2000, *apud* CHAVES, 2016, p. 09)

Essa mobilização da sociedade civil brasileira foi gradativamente fortalecida a partir da aprovação do medicamento ARV zidovudina (AZT), no final dos anos 1980, pela Agência Reguladora de Medicamentos e Alimentos dos Estados Unidos (*US Food and Drug Administration* –FDA) e da efetivação de sua distribuição pelo MS do Brasil em 1991. A partir de então a Abia capitaneou a luta para superar os *gaps* de desigualdades entre o lançamento de novos produtos pelas empresas farmacêuticas transnacionais, sua incorporação nos serviços do SUS e a necessidade de novos esquemas terapêuticos para indivíduos com HIV/Aids que apresentavam intolerância a algumas drogas (REIS, VIEIRA, CHAVES, 2011; CHAVES, 2016).

Nos primeiros anos da provisão de medicamentos ARVs no Brasil houve um aumento expressivo de ações judiciais para a garantia individual de acesso a novos tratamentos. Assim, a demanda articulada entre o PN-DST/ Aids e os movimentos sociais culminou com a aprovação da lei que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais aos usuários do SUS⁸⁹. Esse ato foi determinante para a estruturação da política de acesso universal no Brasil e desencadeou o processo de sistematização de protocolos clínicos e orientações específicas para a execução das ações nos serviços de saúde, coordenado pelo PN-DST/Aids (PASSARELLI, TERTO JÚNIOR, 2003; BRASIL, 2004; REIS, VIEIRA, CHAVES, 2011). Arelado a tudo isso estava também o reconhecimento formal das reivindicações dos atores da sociedade civil pelo Estado brasileiro, num momento mundial em que os problemas de gestão e limitações de recursos públicos nos países, sobretudo daqueles mais pobres ou em desenvolvimento, impediam as iniciativas de criação e operacionalização de programas governamentais contra a epidemia de Aids (MANN *et al.*, 1993; GALVÃO, 2002; CHEQUER, SIMÃO, 2007).

Ao mesmo tempo, havia uma pressuposição generalizada, sobretudo nas organizações internacionais e agências de cooperação, de que os países em desenvolvimento não teriam capacidade técnica, financeira, nem de recursos humanos para executar todos os processos relacionados à compra, distribuição e monitoramento clínico da adesão dos pacientes às terapias ARV, já que a resistência às drogas era um fator importante para a mudança dos esquemas terapêuticos (SOUZA, 2012). Na prática, como já mencionado anteriormente, esse discurso se tornou uma condicionalidade para o financiamento do BM ao Programa brasileiro nos Acordos de empréstimos AIDS I e AIDS II: esses recursos não poderiam ser utilizados na compra de

⁸⁹ Lei 9.313 de 13 de novembro de 1996, dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos “portadores do HIV” e “doentes de AIDS” (BRASIL, 1996).

medicamentos (TEIXEIRA, 1997; GALVÃO, 2000). O PN-DST/Aids acatou, portanto, as condições do uso dos recursos do financiamento para as ações de prevenção, mas não deixou de executar a política de acesso universal a tratamento, o que fez com a utilização de recursos do tesouro nacional.

Essa decisão brasileira nos anos 1990 impulsionou a discussão internacional sobre a integralidade das ações contra a Aids, basicamente sobre a relevância da prevenção em detrimento da assistência (ou vice-versa) e delimitou a oposição clara do Brasil às políticas de controle da epidemia que estimulavam as ações de prevenção sem considerar a distribuição de medicamentos nos países em desenvolvimento (FRANÇA, 2008; SOUZA, 2012). Alcazar (2005), entre outros autores, complementa que o próprio SUS, com seus princípios universais, já estava posicionado na contramão do discurso internacional hegemônico à época de reforma dos sistemas de saúde (ALMEIDA, 1995, 1999). No entanto, na visão de Alcazar (2005) a parte mais visível globalmente desse antagonismo se concretiza na luta pelo acesso universal aos ARV, porque esse tema foi o primeiro a ser sistematicamente defendido pelo governo brasileiro em distintas instâncias e agências da ONU não necessariamente da área de saúde.

Em 1996 também foi aprovada no Brasil a nova Lei de Propriedade Industrial⁹⁰, que contribuiu para a ampliação do acesso a medicamentos, porque focava na questão da produção local a preços acessíveis, como tentativa de se adequar às regras estabelecidas pelos acordos internacionais firmados pelo Brasil na OMC – o Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (*Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights–Trips*), que obrigava os países a reconhecer a propriedade intelectual dos produtos farmacêuticos e, portanto, impunham ao Brasil grandes desafios para a manutenção da política de acesso universal (CHAVES, 2016). Com isso, o governo brasileiro deflagrou um movimento articulado entre os setores nacionais, envolvendo também os canais de comunicação do PN-DST/Aids com a sociedade civil organizada, para defender seus interesses comerciais e de saúde pública nas negociações internacionais.

De acordo com Azevedo (2011), os processos de negociação internacional, especialmente as tratativas comerciais, são constituídos por níveis de negociação tanto no plano doméstico quanto no plano internacional. Os resultados dessas negociações são evidenciados em “ondas de impacto que se distribuem de forma assimétrica, e com frequência antagônica, entre produtores e consumidores das partes negociadoras”. Tal fenômeno não só determina o tanto

⁹⁰ Lei 9.279, de maio de 1996, regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial (BRASIL, 1996).

de esforço de sensibilização e convencimento que deve ser empreendido pelos negociadores, principalmente dos setores domésticos, como também demarca o estabelecimento de coalizões que são montadas em função de “ganhos possíveis” e “perdas prováveis” para os países envolvidos na negociação (p. 11). Este autor acrescenta que se essa dinâmica já é complexa em negociações bilaterais, ela se multiplica de maneira exponencial quando se trata do espaço multilateral.

Nesse sentido, cabe dizer que no plano doméstico a implementação da política de acesso universal já despontou marcada por uma série de desafios que, ao longo dos anos, desencadearam a formação de coalizões e de consensos nacionais. Dentre os desafios destacavam-se:

[...] o aumento no custo do tratamento, devido à utilização de novos medicamentos sujeitos à proteção patentária e impedidos de serem produzidos nacionalmente. Esses novos medicamentos foram sendo recomendados pelo consenso terapêutico para substituir ou complementar protocolos de tratamento anteriores. Além disso, houve também um aumento do número de pacientes em tratamento (REIS, VIEIRA, CHAVES, 2011, p.22).

Assim sendo, em 2003, por exemplo, foi criado o Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual (GTPI) no âmbito da Rede Brasileira pela Integração dos Povos (Rebrip). Essa Rede era uma articulação de grupos da sociedade civil que desde 2001 agregava diferentes entidades de base social, incluindo aquelas comprometidas com os processos de integração e comércio. A partir daí houve também a intensificação do trabalho de advocacia dos movimentos sociais de Aids, capitaneado pela Abia, especialmente no tocante ao acesso universal aos medicamentos.

A Abia foi a organização que coordenou os primeiros anos de trabalho do GTPI no Brasil, atuando em diferentes frentes, dentre elas a da CSS, tratada por esse Grupo, desde o primeiro momento, como uma frente propulsora de ações coordenadas no âmbito da sociedade civil, com o objetivo de minimizar o impacto do sistema de patentes nos países do Sul global (REIS, VIEIRA, CHAVES, 2011). A forma de atuação do GTPI é confirmada nos relatórios próprios da Abia. Além disso, foram encontradas várias menções sobre a participação efetiva da Abia como ator de CSS do Brasil nos diversos relatos oficiais do PN-DST/Aids. Além disso, a Abia fez parte do rol de instituições credenciadas pelo Cict, para realizar CSS em HIV/Aids no âmbito dos projetos por ele coordenados.

Ao mesmo tempo, no contexto nacional, logo que a Lei 9.313 de 1996 foi aprovada, observa-se o estreitamento da parceria entre o PN-DST/Aids e os laboratórios públicos brasileiros, com incidência positiva no “aumento da produção pública dos ARV não patenteados,

além de um investimento importante em pesquisa e desenvolvimento dos produtos patenteados”, elementos que juntos explicariam mais tarde a estratégia brasileira de uso da produção nacional pública como ameaça de licenciamento compulsório (CHAVES, 2016, p. 126).

No final dos anos 1990 o PN-DST/Aids começou a dar sinais de seu pioneirismo, conduzindo uma política inovadora para o controle da Aids, executada por um país em desenvolvimento. Essa política não só viria a sustentar um programa de CSS do governo brasileiro ao longo dos anos 2000, como também catapultou a visibilidade do país, conferindo-lhe um protagonismo internacional sem precedentes: o país passou a ser reconhecido como um dos principais atores governamentais no debate sobre a resposta mundial à epidemia, destacou-se como importante ator de cooperação internacional e como formador de opinião pública global sobre o tema, aumentando inclusive o interesse da comunidade científica internacional em estudos e análises da política brasileira de Aids, não só desde a perspectiva da análise da resposta nacional para o controle da epidemia, mas também do ponto de vista do quanto seu modelo poderia ser adotado por outros países em desenvolvimento.⁹¹

7.2. A PARTICIPAÇÃO DO BRASIL NA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE AIDS DO ANO 2000 (DURBAN, ÁFRICA DO SUL)

No ano 2000 o MS distribuía na rede pública um total de doze ARV e o PN-DST/Aids, sob a liderança do seu então diretor Paulo Teixeira, levou a experiência de sua política nacional para a 13ª Conferência Mundial de Aids, ocorrida em Durban, África do Sul, entre os dias 09 e 14 de julho de 2000 (TEIXEIRA, 2003). Naquele momento, as evidências internacionais mostravam de um lado a devastação causada pela epidemia no continente africano e, do outro, os altos custos dos ARV como barreira para o acesso ao tratamento nos países em desenvolvimento (PASSARELLI, TERTO JÚNIOR, 2003). Ao mesmo tempo, observava-se a carência de iniciativas, ou de uma política global, que promovesse o aumento da demanda mundial por ARVs, pois não havia ainda oferta expressiva desses medicamentos, formulados como genéricos, que fosse capaz de mobilizar o mercado internacional. Dessa forma o Brasil abriu um precedente ao apresentar uma política nacional “fortalecida nas evidências de que tratar com antirretrovirais era viável [num país em desenvolvimento] e que a produção local estimulava a concorrência” (CHAVES, 2016, p.126).

⁹¹ Entre esses estudos pode-se mencionar: Berkman (2005); Parker (s/d); Follér (2009); e Wilms (2010), entre outros, citados na bibliografia.

Em Durban os dados sobre o impacto da política brasileira de acesso universal chamaram a atenção do mundo. Era evidente a mudança de curso da epidemia brasileira após 1996, comprovada por dados: diminuição de 50% dos óbitos por Aids em todo Brasil e de 71% em São Paulo; diminuição de 80% no número de internações hospitalares; e economia geral em torno de 1,1 bilhão de dólares (BRASIL, 2002). No entanto, cabe dizer que esses efeitos não podiam estar relacionados apenas à ampliação do acesso universal ao tratamento ARV, mas também à conjugação de esforços e investimento do PN-DST/Aids em conferir uma resposta nacional multifacetada, intersetorial e interdisciplinar, bastante articulada entre governo, sociedade civil e parcerias internacionais (GALVÃO, 2000).

Segundo Teixeira (2003), quando o Brasil apresentou seus dados em Durban, o que houve foi a “consolidação e melhor entendimento sobre a política brasileira” por parte de diferentes atores internacionais: reconhecimento geral sobre como uma questão de direito humano podia tomar a forma de uma política pública nacional de saúde, além da possibilidade dessas ações programáticas do Brasil serem incorporadas por outros países em desenvolvimento, a partir da cooperação internacional. Segundo este autor, houve naquele momento o

[...] oferecimento claro de apoio técnico [do PN-DST/Aids àqueles governos que o solicitassem], até mesmo para a produção local de medicamentos, numa atitude deliberada [do PN-DST/Aids] de entrar no cenário internacional (TEIXEIRA, 2003, p. 54).

A projeção internacional da experiência brasileira com a execução de uma política de caráter integral e abrangente contribuiu fortemente para a desconstrução do consenso internacional sustentado anteriormente: a tese de que nos países em desenvolvimento deveriam ser priorizadas apenas estratégias de prevenção, em detrimento das de tratamento. O novo consenso, fortemente influenciado pelo Brasil, estava centrado na abrangência da estratégia brasileira, que incluía o acesso universal ao tratamento, mas não descuidava das ações de prevenção e outras medidas (BERKMAN *et. al.*, 2005). A política brasileira preconizava ainda que para responder à epidemia era necessário ir além das abordagens tradicionais de saúde pública e estreitar o diálogo com a sociedade civil. Essa conjugação de elementos foi implementada nacionalmente antes mesmo da adoção dessas mesmas medidas pela Assembleia Geral das Nações Unidas, na sessão especial sobre Aids (*Special Session of the United Nations General Assembly – Ungass*), em junho de 2001, que será abordada mais adiante.

Ainda sobre Durban, a repercussão na imprensa internacional a respeito da participação brasileira na Conferência foi imediata e difundida em vários meios de comunicação importantes. Chaves (2016) afirma que essa repercussão deflagrou a maior aproximação entre o Diretor do PN-DST/Aids, Paulo Teixeira, o Ministro da Saúde, José Serra, e o então Presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), dando início às articulações da alta cúpula governamental para os próximos passos do Brasil nesse tema, o que mais tarde culminaria, segundo Alcazar (2005), na ratificação do acesso universal como item prioritário na agenda da PEB.

Alcazar (2005) e Chaves (2016) fazem relatos detalhados sobre os passos do governo brasileiro logo após a Conferência de Durban e sobre a elaboração da estratégia nacional que seria posta em marcha para a diminuição dos custos dos medicamentos e a sustentabilidade da política de acesso universal do PN-DST/Aids. Além disso, na reunião plenária onde foi apresentada a política brasileira, estavam presentes os Ministros da Saúde da China, Índia, Nigéria e Rússia.

Segundo relato de Alcazar (2005), Paulo Teixeira, ainda em Durban, recebeu instrução para juntar-se à delegação presidencial do Brasil em Maputo, Moçambique, quando recebeu as congratulações do próprio Presidente Fernando Henrique Cardoso. Na ocasião, o Presidente apoiou tanto a oferta de cooperação internacional que foi feita em Durban, como também o seguimento das articulações necessárias nos âmbitos nacional e internacional para debater a questão dos medicamentos. Ao Ministro José Serra, Paulo Teixeira apresentou a proposta de criar uma “frente [internacional] de promoção do acesso universal a medicamentos junto com a oferta da transferência de tecnologia [para produção] de medicamentos genéricos a outros países” (p. 128). Além disso, Teixeira também sugeriu que o Brasil buscasse a cooperação com a Índia e a China, para fortalecer as sinergias tecnológicas dessa frente (CHAVES, 2016). Desenhava-se, portanto, os primeiros passos da estratégia brasileira de CSS em HIV/Aids: promover o acesso universal a medicamentos para aumentar a demanda dos países (mercado consumidor público) e conseqüentemente aumentar o poder de negociação dos governos com a indústria farmacêutica.

Entre os dias 06 e 11 de novembro daquele mesmo ano, durante a abertura do 2º Fórum de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e Caribe, Fórum 2000 ou Fórum do Rio (Encontro Bienal de Coordenadores de Aids dos países da América Latina e Caribe, instituído pelo GCTH), o Ministro José Serra falou pela primeira vez publicamente a respeito da possibilidade de emitir licença compulsória de alguns medicamentos (Efavirenz, da empresa Merck, e

Nelfinavir, da Roche), justificada pelas dificuldades de negociação que vinham sendo enfrentadas pelo Brasil na busca de obter preços mais justos com aqueles laboratórios (ALCAZAR, 2005).

Por outro lado, cabe ressaltar que a atuação internacional do PN-DST/Aids até o ano 2000, quando apresentou em Durban a intenção de prestar cooperação internacional a outros países em desenvolvimento, estava muito mais em consonância com a agenda do GCTH do que com qualquer outra orientação externa ou diálogo direto com o Itamaraty. Esse último aspecto aparentemente justificado pelas características daquela Conferência como fórum especializado de saúde, o que não demandaria *a priori* a participação expressiva do MRE. Em Durban, a ação do PN-DST/Aids fortaleceu a agenda do GCTH, cujo principal objetivo era a articulação política entre os governos dos países em desenvolvimento para o *advocacy* político internacional sobre o HIV/Aids e para melhorar suas capacidades de negociação com a indústria farmacêutica (BRASIL, 2001b).

Vale, portanto, reiterar pontualmente o que já foi apresentado na Seção anterior a respeito do GCTH, especialmente sobre um de seus objetivos, o de desenvolver ações conjuntas relacionadas à aquisição de medicamentos, políticas de produção nacional e controle de qualidade de patentes; que a primeira proposta com eco nas ações externas do PN-DST/Aids foi a “ação concertada para aquisição de antirretrovirais com vistas à redução dos preços dos medicamentos” (DIAZ-BERMUDEZ, 2005, p. 65); e que, desde os anos 1990, o PN-DST/Aids já vinha desenvolvendo algumas ações pontuais de CSS pactuadas no âmbito do GCTH (BRASIL, 1999a, 1999b).

A participação brasileira na Ungass de 2001 também foi influenciada pelo papel que o PN-DST/Aids exercia no GCTH e pelo apoio dos chefes dos programas nacionais à política de acesso universal brasileira. A preparação dessa participação concertada começou no Fórum do Rio, onde o Brasil havia garantido a visibilidade da política de acesso universal entre todos os países membros do Grupo (TEIXEIRA 2003). Na sequência, segundo um dos relatórios da Copex, de 2001, o PN-DST/Aids elaborou um primeiro documento de posição nacional, que foi pactuado com a sociedade civil brasileira e posteriormente discutido com uma representação de cinco países do GCTH, numa reunião que teve apoio de Unids, às vésperas da primeira reunião preparatória de Ungass, em fevereiro de 2001.

Dessa forma, a posição brasileira serviu para balizar uma proposta mais ampla, que se converteria na posição dos 22 países membros do GCTH, e que foi pactuada durante a reunião

preparatória da Ungass em Nova Iorque, na sede da representação da Argentina na ONU. Nessa discussão o PN-DST/Aids falou em nome de todos os países do GCTH. O documento utilizado nesse espaço foi orientador da posição dos países na pactuação da Declaração de Compromisso e foi novamente discutido no Brasil em 21 de abril, numa reunião ampliada com outros setores do governo, incluindo Fazenda e Educação, onde PN-DST/Aids e o MRE legitimaram a posição governamental brasileira, que seria levada para a Ungass 2001⁹².

A Declaração pactuada pelos países na Ungass de 2001, intitulada “Declaração de Compromisso sobre HIV/Aids”, foi uma inflexão importante não só para o cenário mundial de resposta à Aids, mais também para a trajetória do Brasil em âmbito internacional. Ela foi construída com o enfoque do acesso universal, trazendo dentre suas cinco prioridades aquela específica relacionada ao tratamento universal: “proporcionar tratamento a **todos** os infectados” (UNGASS, 2001, p. 02, grifo nosso).

A política brasileira sustentada no acesso universal às ações de saúde como direito humano e com apoio de outros países em desenvolvimento na Ungass 2001 ajudou a comunidade internacional a admitir a importância de um novo consenso político internacional para a resposta à epidemia global de Aids, que os países deveriam tomar em consideração, além das abordagens tradicionais de saúde pública.

A liderança assumida pelo governo brasileiro na agenda global de controle do HIV/Aids foi um “exercício de diplomacia” que tirou o Ministério da Saúde do Brasil de um lugar de ator reativo à agenda internacional para outro propositivo (ALCAZAR, 2005). Desta forma os atores do MS desenvolveram no campo internacional a prática de “aglutinar, influir e liderar, que configuram típicas ações de política externa” (ALCAZAR, 2005, p.12).

Os dados primários levantados neste estudo mostram que as ações internacionais desenvolvidas pelo PN-DST/Aids com os países do GCTH nos anos 1990 tinham essas características mencionadas por Alcazar, tanto na Rede multilateral, como nas ações bilaterais coordenadas entre países. No entanto, naquele momento, as articulações políticas e técnicas estavam restritas ao campo da saúde e provavelmente demarcaram as primeiras ações de “diplomacia em saúde” do Brasil, realizadas sob total coordenação do PN-DST/Aids. Exemplo disso foi a atuação do Programa Nacional na liderança da proposição concertada com os países do GCTH sobre o

⁹² Documento MS.79 – Relatório apresentado à Missão de Meio Termo do Banco Mundial, abr. 2001.

acesso universal, que foi levada em nome de todo o grupo para as reuniões oficiais de estruturação da Declaração de Compromisso da Ungass 2001, citada anteriormente.

De acordo com os entrevistados, a estratégia de atuação desenhada pelo PN-DST/Aids para sua atuação internacional tinha como ponto central o conteúdo de denúncia e de mobilização internacional em prol da situação epidemiológica que se instalaria nos países em desenvolvimento, diante das normativas e regras internacionais que vinham se configurando no âmbito da OMC. Importante lembrar que, naquele momento, o PN-DST/Aids já tinha consolidado sua parceria internacional com os países do GCTH, em relação à defesa e promoção dos direitos humanos, defesa de grupos vulneráveis e participação da sociedade civil nos países da Região, incluindo o intercâmbio horizontal de experiências (E2, E4 e E5). Esses elementos da política brasileira e o apoio do GCTH integraram, e também fortaleceram, a projeção dos dados do Brasil na Conferência de Durban, onde foi apresentada pela primeira vez a intenção deliberada do PN-DST/Aids de entrar no cenário internacional como agente de cooperação técnica em HIV/Aids (TEIXEIRA, 2003), o que mais tarde se concretizaria numa política de cooperação internacional do governo brasileiro.

Pode-se afirmar que a participação em Durban foi um divisor de águas no que diz respeito à visibilidade internacional da política brasileira de acesso universal a medicamentos e de projeção do Brasil como ator global e agente de CSS em HIV/Aids. No pós-Durban, o PN-DST/Aids se tornou

[...] protagonista tanto do ponto de vista de atuar nos acordos [internacionais] que estavam sendo estabelecidos, como nos próprios órgãos que estavam sendo formados naquele momento. Como por exemplo, o Fundo Global. E por outro lado, também se acentuou a ideia de que a política deveria estar mais assentada também nos princípios de solidariedade com os países do Sul... ou seja, de que aquilo que era uma experiência acumulada no Brasil poderia ser transferida para outros países (E6).

Os dados demonstram também que a Conferência de Durban de 2000 foi um marco fundamental para que o tema de acesso universal ao tratamento antirretroviral alcançasse novo patamar de importância no governo brasileiro e contribuiu de maneira importante para o estreitamento do diálogo entre o MS e o MRE, culminando com o lançamento do edital do “Programa de Cooperação Internacional para Ações de Prevenção e Controle do HIV/Aids para outros Países em Desenvolvimento (PCI)” em 2002⁹³. Esse foi o primeiro programa de CSS em saúde

⁹³ Documento MS.06, 2002.

do governo brasileiro e teve suas ações ampliadas a partir de 2004, durante o período do Presidente Lula da Silva (2003-2010).

Nesse sentido, vale destacar como se deu a aproximação e o trabalho conjunto desenvolvido entre os Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores, o que de fato contribuiu para que o Brasil alcançasse um patamar internacional importante, influenciando positivamente as relações políticas e de cooperação Sul-Sul em HIV/Aids que se estabeleceriam durante toda a primeira década dos anos 2000, e levando-o ao êxito de ser tratado como líder dos países em desenvolvimento.

7.3. A ATUAÇÃO COORDENADA ENTRE AS PASTAS DA SAÚDE E DAS RELAÇÕES EXTERIORES

Os relatórios do PN-DST/Aids apontam que até a Conferência de Durban as ações internacionais do programa resumiam-se a receber cooperação internacional para aumentar sua capacidade técnica, divulgar os seus princípios nos foros multilaterais e realizar algumas ações de cooperação com países em desenvolvimento, com características de troca de experiências articuladas no GCTH (com o apoio de Unaid), atividades de cooperação Sul-SUL com países do Mercosul e Palops (com apoio do Prodoc da UNODC) e alguns poucos ajustes complementares assinados com a ABC, estes últimos a partir de 1999 (BRASIL, 1999a; 1999b; Documento MS.79, de abr. 2001).

De acordo com Buss e Ferreira (2010), o momento em que se intensificou o trabalho conjunto entre os dois Ministérios se deu logo após o pedido de uma entidade representativa da indústria farmacêutica transnacional para a inclusão do Brasil na *'watch list'* da lei norte americana do comércio e, mais adiante, o fato dos EUA abrirem um *'Painel'*, ou mesa de solução de controvérsia, contra o Brasil na OMC, o que aconteceu em janeiro de 2001 (BUSS, FERREIRA, 2010).

O referido Painel foi instalado contra o artigo número 68 da Lei brasileira de propriedade industrial (Lei 9.279, de maio de 1996) e a alegação era de que a decisão sobre concessão de licença compulsória a um produtor local após o prazo de três anos da data de registro do produto no Brasil violava dois artigos do Acordo sobre Direitos de Propriedade Intelectual (Trips), que havia sido firmado pelo país na OMC (BRASIL, 2001c; GALVÃO, 2002; SOUZA, 2012).

Com isso, a atuação internacional que o PN-DST/Aids já desenvolvia ganhou formato de estratégia política de governo, conformada por duas grandes linhas de ação: a promoção da oferta de cooperação técnica na forma de um edital internacional, justificado pelos inúmeros pedidos informais de cooperação, tanto de governos como da sociedade civil; e a abertura de espaços multilaterais para consolidar o debate sobre o acesso a medicamentos ARVs.

Segundo Alcazar (2005), o governo brasileiro contava com a possibilidade dessa controvérsia com os EUA desde o final dos anos 2000, desencadeando um movimento coordenado entre o Ministério da Saúde e o Itamaraty, que envolveu tanto a sociedade civil como a mídia nacional e internacional. Na ocasião, as estratégias foram centradas em três grandes compromissos bastante articulados com as representações diplomáticas brasileiras em Washington, Nova Iorque e Genebra e que seriam prioritários para o governo:

1) estimular o intercâmbio e a oferta de assistência a outros países; 2) endurecer e tornar pública a negociação de preços dos medicamentos; e 3) conseguir [a adoção de] Resoluções favoráveis ao tratamento [ARV] e aos [medicamentos] genéricos em todas as instâncias internacionais (ALCAZAR, 2005, p. 140).

Os principais fóruns internacionais que se seguiriam naquele ano de 2001 foram: a Reunião do Conselho Executivo da OMS, em janeiro; a Reunião da Comissão de Direitos Humanos, em abril; a Reunião do Comitê de Unaid, entre abril e maio; a Assembleia Mundial de Saúde, no final de maio; e a Sessão Especial Ungass, no final de junho.

Logo no início de 2001 o *New York Times Magazine* publicou um artigo especial sobre o Brasil, o “*Look at Brazil*”, datado de 28 de janeiro de 2001 (ROSENBERG, 2001), avaliando o impacto da política brasileira para o combate à Aids no cenário mundial do início do século. Segundo tal artigo, antes do Brasil lançar sua política de acesso universal era impossível pensar na terapia antirretroviral gratuita em países pobres e que a iniciativa brasileira teria revolucionado o cenário de resposta internacional à Aids, porque estimulou essa discussão nos principais fóruns internacionais, influenciando condutas. Isto teria implicado na utilização do modelo brasileiro, inclusive por Organizações Não Governamentais, como a ‘Médicos Sem Fronteiras’, nos países em que atuavam. O artigo afirmava também que as empresas farmacêuticas teriam começado a reconhecer a necessidade de cobrar menos por seus produtos em nações mais pobres. E sinalizava, por fim, que era o momento do Brasil começar a expandir o seu “sucesso” por meio da cooperação técnica internacional. Com isso, intensificou-se a mobilização social e a opinião pública global em favor da causa brasileira diante da indústria farmacêutica internacional e da controvérsia apresentada pelos EUA.

Dessa forma, não só a Divisão de Temas Sociais do MRE (DTS/MRE) recebeu inúmeras comunicações de ONGs e particulares, endereçadas à OMC, todas elas expressando protestos contra a solicitação norte americana, como também chamou a atenção da opinião pública internacional o posicionamento do governo brasileiro sustentado numa política de saúde universal no momento em que a ONU se preparava para a Sessão especial de HIV/Aids de Ungass.

De acordo com o então representante do Brasil na ONU, Embaixador Gelson Fonseca, citado por Alcazar (2005), após a publicação da matéria do jornal norte americano, tanto as representações de governo como de agências da ONU citavam o Brasil como uma experiência positiva entre os países em desenvolvimento e reforçavam a produção local de medicamentos como premissa que sustentava o posicionamento brasileiro em relação à política de Aids.

Tudo isso estimulou ainda mais a aproximação entre os dois Ministérios brasileiros para a preparação da 26ª Ungass, que aconteceu de 25 a 27 de junho de 2001, e que adotou a Declaração de Compromisso intitulada: “Crise Global – Ação Global”. Essa Declaração continha elementos fundamentais da política de saúde e do sistema universal do Brasil –atenção integral (promoção, prevenção e tratamento), acesso universal a medicamentos e respeito à saúde como direito humano– e reconhecia a abordagem integral das políticas de resposta à Aids como único caminho para conter efetivamente a epidemia (BRASIL, 2002a; LIMA, CAMPOS, 2010).

Neste percurso internacional, desbravado em 2001, observam-se algumas vitórias do governo brasileiro com respeito à projeção de sua política universal de saúde em geral e de Aids em particular, todas elas alcançadas a partir da estreita parceria entre as pastas da saúde e das relações exteriores, numa dinâmica virtuosa entre as representações diplomáticas do círculo Nova Iorque, Washington e Genebra, a Divisão de Temas Sociais do MRE no Brasil, a Aisa e o PN-DST/Aids do MS. Este último com uma articulação direta com a sociedade civil nacional organizada e com o GCTH, que reunia os coordenadores de Programas de HIV/Aids dos países latino-americanos e caribenhos.

O governo brasileiro se beneficiou bastante da opinião pública internacional, até mesmo em relação à atitude dos EUA quanto ao Painel para resolução de controvérsias da OMC no início de 2001. Muitos analistas consideraram como medida simbólica, a notícia sobre a retirada da queixa durante o primeiro dia de reunião de Ungass, em junho de 2001, confirmada pelo próprio representante comercial norte americano, Robert Zoellick. Essa visibilidade funcionou muito bem para o Brasil, porque aumentou um sentimento geral na comunidade internacional de que as empresas farmacêuticas não poderiam mais esperar proteção dos governos, diante de

uma opinião pública global em favor das pessoas com Aids, especialmente nos países mais pobres (CROSSETTE, 2001; GALVÃO, 2002).

O anúncio público da retirada da queixa na ocasião da Ungass veio acompanhado do discurso oficial do governo norte americano, proferido pelo próprio Robert Zoellick, a respeito do assunto:

Os EUA apoiaram o programa arrojado e eficaz do Brasil para combater a crise do HIV/Aids. [...] com este passo positivo, poderemos aproveitar nossa energia comum em direção ao nosso objetivo [também] comum de combater a propagação deste perigoso vírus (CROSSETTE, 2001, p. 01).

Esse apoio público foi uma janela de oportunidade ideal para o fortalecimento de uma confiança generalizada por parte dos demais países na política brasileira contra a epidemia de Aids.

No entanto, esse feito não aconteceu sem negociação bilateral entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos. Ao contrário, ela foi intensa entre as Chancelarias dos dois países, ao mesmo tempo em que a atuação do governo brasileiro foi bastante articulada nos planos nacional e internacional. Por exemplo, em maio de 2001, o Ministro José Serra fez uma declaração pública atacando frontalmente o governo norte americano pela “defesa inescrupulosa que fazia das empresas farmacêuticas” (ALCAZAR, 2005, p. 143), alegando também que esse governo havia denunciado o Brasil antes mesmo de que o país aplicasse qualquer medida com base na sua nova lei de propriedade industrial e assinalando ainda que tais medidas da legislação do Brasil eram similares às da legislação norte americanas, e que, portanto, o Brasil estava preparado para aplicar a licença compulsória caso as empresas estrangeiras não reduzissem os preços dos medicamentos.

De acordo com Chaves (2016), na agenda da saúde a emissão da licença compulsória era parte de um contexto mais amplo que “encontrava eco” (2016, p. 131) em eventos importantes realizados em 1999: a aprovação da política de medicamentos genéricos, a criação da Anvisa e a aprovação da Política Nacional de Medicamentos⁹⁴. Além disso, a licença compulsória

[...] tinha um potencial pesado de visibilidade política, especialmente para um gestor [o Ministro José Serra], que estava num percurso dentro de seu partido (Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB) para se tornar o candidato

⁹⁴ Respectivamente: genéricos –Lei 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; Anvisa –Lei 9.872, de 26 de janeiro de 1999; e Política nacional de Medicamentos –Portaria n.º 3.916, de 30 de out. 1998.

à Presidência da República – o que veio a acontecer em 2002 (e posteriormente em 2010) (CHAVES, 2016, p. 131).

A atuação do Ministério da Saúde contribuiu para que o acordo entre Brasil e EUA a respeito da controvérsia viesse a acontecer em junho de 2001, baseado na proposta brasileira de comunicar previamente ao governo norte americano sempre que houvesse a intensão nacional de emitir uma licença compulsória. Esse entendimento foi comunicado, oficial e simultaneamente ao Órgão de Solução de controvérsias da OMC, pelos embaixadores representantes dos dois países em Genebra (ALCAZAR, 2005). No caso do Brasil, esse Embaixador era o futuro Chanceler do governo do Presidente Lula da Silva (2003-2010), o Embaixador Celso Amorim, quem havia assinado também na qualidade de Chanceler (entre 1993 e 1994) o Acordo de Marrakesh, que criou a OMC. O Embaixador Celso Amorim teve ainda participação ativa na elaboração da Declaração Ministerial sobre Trips e Saúde Pública (Declaração de Doha, 2001) e de sua defesa nos anos posteriores (AMORIM, 2013), que serão tratadas mais adiante.

Outra vitória do governo brasileiro no primeiro semestre de 2001, e que viabilizou também a projeção internacional da política de acesso universal a medicamentos, foi a aprovação da Resolução apresentada pelo Brasil na 57ª Sessão da Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas, intitulada “Acesso a medicamentos no contexto de epidemias como a do HIV/Aids” (Resolução nº 33, de 2001).

Essa Declaração vinculava o acesso a medicamentos contra a Aids ao direito humano, portanto, a preparação dos subsídios e das posições do governo brasileiro para esse fórum internacional foram construídas a partir da sustentabilidade dos princípios do SUS e na linha dos discursos e denúncias do Ministro José Serra nos fóruns especializados de saúde durante o ano 2000. Em outras palavras, no ano anterior o Brasil já havia formalizado um discurso, tanto na 53ª Assembleia Mundial de Saúde como no Conselho Diretor da Opa, a respeito da publicação tendenciosa do Relatório Mundial de Saúde (2000) publicado pela OMS que, na opinião brasileira era totalmente a favor das políticas dos países desenvolvidos.

Pela primeira vez na história, um país em desenvolvimento denunciava com sólida fundamentação as indústrias de alimentação, do tabaco e farmacêutica; enfrentava o bloco de países desenvolvidos que protegiam aquelas indústrias, e acusava de incompetente o Secretariado da OMS, que elaborava relatórios parciais e tendenciosos. [...] havia, portanto, a expectativa de que o Brasil avançaria na consideração da questão de medicamentos como direito humano fundamental. A realização da reunião da Comissão de Direitos Humanos era, naturalmente, uma ocasião propícia (ALCAZAR, 2005, p.142).

Mais tarde, em maio de 2001, essa mesma linha de participação governamental se seguiu na 54ª Assembleia Mundial de Saúde (em 2001), quando o Brasil inseriu o tema da política de

medicamentos como item da agenda que tratava do fortalecimento dos sistemas de saúde, argumentando que deveria ser analisado o impacto dos acordos de comércio na saúde das populações e ainda requerendo o papel ativo da OMS na apresentação de relatórios analíticos sobre essa questão (BERMUDEZ, OLIVEIRA, 2004). A Resolução de 2001 abriu caminho para outras resoluções da OMS que se seguiram e que tiveram bastante impacto nas agendas da saúde em geral e de HIV/Aids em particular: a Resolução “Aumentando o Acesso a medicamentos essenciais”, aprovada na 55ª AMS, de 2002; a “Estratégia mundial do setor saúde para o HIV/Aids” e a Resolução “Direitos de Propriedade Intelectual Inovação e Saúde Pública”, ambas da 56ª AMS, de 2003. Esta última foi a que estabeleceu a Comissão sobre os Direitos de Propriedade Intelectual, Inovação e Saúde Pública, conhecido como Grupo de Trabalho Intergovernamental em Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual (*Intergovernmental Working Group on Public Health, Innovation and Intellectual Property*—IGWIG), cujo trabalho foi finalizado com intensa participação brasileira, em 2008 na 61ª AMS, com a aprovação da “Estratégia Global da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual”.

Nesse ínterim, em 2004, foi aprovada a Resolução “Ampliando o tratamento e cuidado dentro de uma resposta coordenada e abrangente ao Aids”, que uniu e consolidou as agendas da política de medicamentos com a da política de resposta global à Aids.

Todas essas Resoluções aprovadas tiveram nas suas construções a participação ativa do Brasil como líder/representante de outros países em desenvolvimento. Registra-se que foi às margens da AMS de 2004 que o Brasil, África do Sul, China, Rússia e Tailândia reuniram-se pela primeira vez para discutir a proposta de uma rede de cooperação técnica em HIV/Aids, envolvendo elementos relacionados à produção de antirretrovirais e transferência de tecnologias (CHAVES, 2016). A referida rede se consolidou durante a execução do Projeto do Cict, em 2006 (CICT, 2008).

Chaves (2016) aponta dois elementos fundamentais para o êxito da atuação brasileira na OMS naqueles anos: a participação de diplomatas coordenando a área internacional do Ministério da Saúde (a Aisa), e o convite do gabinete do Ministro para que atores do Ministério da Saúde que haviam integrado a elaboração da Política Nacional de Medicamentos participassem da análise dos documentos propostos pela OMS. Dessa forma, conseguiu-se que “temas da política de saúde brasileira fossem tratados no marco da política externa, provocando, portanto, uma atuação mais consistente e proativa [do Ministério da Saúde] em espaços multilaterais de

saúde” (p. 50). Alcazar (2005) afirma que essa articulação exitosa representou uma oportunidade para que a diplomacia brasileira executasse a política externa apoiada no papel de destaque do Brasil na área de saúde, defendendo, no plano internacional, o acesso a medicamentos fundamentado em princípios universalistas e no êxito de programas de saúde, como o de DST/Aids.

É importante ressaltar que a Declaração Ministerial sobre Trips e Saúde Pública, obtida em Doha, Catar, na IV Reunião Ministerial da OMC, realizada entre os dias 09 e 13 de novembro de 2001, também foi um marco importante para a discussão da política de medicamentos e de cooperação em HIV/Aids no âmbito internacional. Celso Amorim, que naquele período participou das negociações da OMC na função de Embaixador do Brasil em Genebra, comenta que aquela Declaração foi o “mais importante ganho obtido pelo Brasil naquela ocasião” e que o preparo e participação brasileira tiveram “apoio incondicional do então Ministro da Saúde, José Serra” (AMORIM, 2013, p. 79).

Naquele ano, o mecanismo Trips passou a ser presidido por um diplomata do grupo de países africanos, o Representante Permanente do Zimbábue, Embaixador Boniface Chidiasiku, que tomou a iniciativa de propor, com apoio dos países em desenvolvimento, um Projeto de Declaração sobre Trips e Saúde Pública para ser levado à Reunião Ministerial de novembro. Na ocasião, coube ao Brasil liderar o processo negociador com apoio não só dos países africanos, mas também da Índia. A coordenação brasileira desses trabalhos partiu de sua Missão Diplomática Permanente em Genebra (Delbrasgen) e tiveram participação no diálogo com o MRE não só os atores nacionais do Ministério da Saúde, mas também da sociedade civil brasileira (ALCAZAR, 2005).

Durante as negociações prévias à Doha, o Itamaraty conferiu bastante significado e importância à comunicação e negociação intersetorial no plano nacional brasileiro e isso ajudou a consolidar subsídios concretos para a defesa do acesso universal a medicamentos no âmbito da OMC. Essa atuação do Itamaraty é tratada por Azevedo (2011) como um exemplo de “relevância da diplomacia pública e da capacidade de arregimentar apoios entre o público, os interesses estabelecidos e o novo ator de crescente importância nas negociações comerciais: as organizações não governamentais” (p. 13).

Com isso, no plano internacional, a atuação coordenada entre o governo e a sociedade civil do Brasil, sustentada na política de acesso a medicamentos, não só obteve êxito nas negociações do Acordo Trips, como estimulou que outros países em desenvolvimento discutissem

“a relação entre os preços dos medicamentos, os monopólios concedidos pelo Estado e os princípios sociais que devem reger as políticas de saúde e acesso aos medicamentos” (CNAIDS, 2010, p.23). Essa premissa pode ser confirmada no trecho da Declaração abaixo:

Concordamos que o Acordo Trips não impede e não deve impedir que os [países] membros tomem medidas para proteger a saúde pública. Assim, reiterando o nosso compromisso com o Acordo Trips, afirmamos que o Acordo pode e deve ser interpretado e implementado de forma a implicar apoio ao direito dos Membros da OMC de proteger a saúde pública e, em particular, promover o acesso de todos aos medicamentos. Dessa forma, reiterando o nosso compromisso com o Acordo Trips [...] reafirmamos o direito dos Membros da OMC de utilizarem ao máximo as disposições do Acordo Trips, que proporcionam flexibilidade para tal fim (OMC, 2001, Declaração de Doha) (Tradução nossa).

Ampliou-se assim a percepção de que as patentes podiam efetivamente dificultar a execução de políticas governamentais de saúde, especialmente aquelas em que o alto custo dos medicamentos é a principal barreira para o acesso universal e oportuno aos medicamentos, como no caso das políticas de combate à Aids.

A Conferência Ministerial de Doha foi um marco importante para a saúde global, por ter sido “a primeira vez que um tema social alcançou uma negociação comercial de maneira tão expressiva”, e sua Declaração não só “reconheceu o impacto das patentes nos preços dos medicamentos” e, portanto, também “no acesso da população a esses bens diferenciados”, como também confirmou que “os membros da OMC não podem ser impedidos de proteger a saúde pública e nem de promover o acesso a medicamentos para todos” (CNAIDS, 2010, p. 23). O papel do Brasil nessa negociação foi bastante importante e sinalizou a atuação e articulação virtuosa das pastas da saúde e das relações exteriores, o que foi confirmado pelos dados empíricos deste estudo. Nas fontes primárias levantadas destacam-se algumas comunicações trocadas entre os Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores do Brasil no que concerne ao tema do acesso a medicamentos no ano de 2001.

Um primeiro bloco é relacionado àquela negociação de Doha. Nela, o Ministro da Saúde, José Serra, mostra não só o interesse em incidir na linguagem da Declaração que seria pactuada, como também sugere ações diplomáticas que poderiam ser úteis para fortalecer a posição do Brasil, através do apoio das contrapartes de saúde de outros países em desenvolvimento.

No documento Aviso Ministerial n° 657, de 03 de outubro de 2001, o Ministro José Serra consultou o então Chanceler Celso Lafer sobre a “conveniência política” de incluir no Projeto de Declaração sobre Trips e Saúde a referência a “preços diferenciados” e à importância

da coexistência desse conceito com o de “importações paralelas”. Ao mesmo tempo o Ministro Serra sugeriu ao MRE que fizesse “gestões diplomáticas com vistas a assegurar a participação na Conferência dos Ministros de Saúde dos países em desenvolvimento que apoiavam o Brasil”. Em resposta, o Ministro Celso Lafer afirmou:

[...] informo Vossa Excelência de que compartilho plenamente com sua percepção quanto à importância da presença dos Ministros de Saúde em Doha e do peso que esta iniciativa conferiria à obtenção de uma Declaração que atenda às expectativas dos países em desenvolvimento. Nesse sentido, determinei a realização de gestões junto aos governos dos vários países em desenvolvimento que patrocinaram a elaboração do documento que serviu de base à formulação do Projeto de Declaração Ministerial sobre Trips e saúde, ora em discussão. Além dessas gestões nas diversas capitais, o Subsecretário-Geral de Assuntos de Integração, Econômicos e de Comércio Exterior, [...], instruído por mim, convocou, no dia 08 da corrente, os Embaixadores daqueles países acreditados em Brasília para transmitir-lhes o interesse do Brasil em que os Ministros de Saúde estejam presentes em Doha. Quanto à consulta formulada por vossa excelência sobre preços diferenciados (...) a delegação do Brasil em Genebra está procedendo com as sondagens necessárias. Como sugere Vossa Excelência em seu Aviso, é indispensável que não nos coloquemos em risco o apoio recebido (Documento MS.62 – Aviso Ministerial nº10, 25 out. 2001).

O Ministro da Saúde José Serra não só integrou a delegação do governo brasileiro na Conferência de Doha, como foi acompanhado do Coordenador Nacional de DST/Aids, Paulo Roberto Teixeira, e do Chefe da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde, José Marcos Nogueira Viana, os dois citados como assessores, conforme o Fax do Ministério da Saúde, enviado ao MRE em 14 de setembro de 2001, que informa a delegação do Ministério da Saúde para a Conferência⁹⁵.

De acordo com Alcazar (2005), apesar do convite feito pelo Brasil para que houvesse participação de outros Ministros da Saúde na reunião não ter sido atendido, sendo José Serra o único Ministro da Saúde presente, a preparação para a participação brasileira em Doha demarcou a independência do discurso universalista da pasta em relação aos temas econômicos, portanto, foi um marco para a inserção do tema saúde na execução da PEB, fato não observado durante as negociações anteriores do Acordo Trips (p. 147).

Já um segundo bloco de troca de mensagens entre os dois Ministérios, também no ano de 2001, está relacionada ao papel adquirido pela CSS do Brasil em HIV/Aids na execução da PEB. Exemplo disso é o trecho do Fax enviado pelo mesmo chefe da Aisa, ainda o Embaixador José Marcos Viana, ao Chefe da Divisão de Política Comercial do MRE, Alcides Prates, para subsidiar a preparação da reunião bilateral que ocorreria entre o Presidente FHC e o Primeiro

⁹⁵ Documento MS.63, 2001.

Ministro da França, Lionel Jospin, no dia 05 de abril de 2001, período em que o Painel dos EUA contra o Brasil na OMS ainda estava aberto:

Senhor Ministro, com referência ao seu fax 016, datado de hoje, 27 de março de 2001, que solicita subsídios sobre o tema ‘saúde e medicamentos’ (patentes) a ser tratado nas conversações bilaterais quando da visita do Senhor Primeiro Ministro da República Francesa ao Brasil, permito-me sugerir o que segue, em nome do Gabinete do senhor Ministro da Saúde: Seria de todo conveniente que constasse na pauta de discussões, no mais alto nível, o tema do “Painel” aberto pelo governo dos Estados Unidos contra o Brasil a respeito do artigo 68 da Lei de Propriedade Industrial. É opinião deste Ministério que deve ser transmitida a mensagem de que o Governo brasileiro veria com simpatia senão um eventual apoio francês, ao menos uma posição de neutralidade durante o processo de discussão do tema na OMC. Poderia ser dito ao lado francês que **o relacionamento bilateral Brasil-França teria muito a beneficiar-se** caso a França use de seu grande poder de influência perante a União Europeia no sentido de evitar uma posição pública negativa da UE contra o Brasil durante o referido “Painel” em Genebra. Do ponto de vista da cooperação bilateral na área de saúde, lembro que o governo francês expressou o desejo, em diversas ocasiões, de poder contar com o apoio do Brasil para projetos de cooperação relacionados com Aids na sua área de influência no continente africano. Há interesse francês de que a conhecida *expertise* brasileira seja empregada em conjunto com a cooperação francesa naquele continente (Documento MS.41 – Fax nº502, Propriedade Intelectual, mar. 2001, grifo nosso).

Durante a visita da delegação francesa, o Ministro da Saúde José Serra assinou uma Declaração Conjunta com o Ministro de Saúde Pública do lado francês, Bernard Kouchener, ampliando o escopo da cooperação bilateral em saúde “na base do financiamento comum” e pautada pela “observância progressiva dos princípios da coordenação, complementaridade e coerência na colaboração, e pelo reforço dos laços existentes”, como forma de incrementar a cooperação bilateral e os programas de pesquisas conjuntas na área de DST/Aids⁹⁶. Esta linguagem era coerente com os princípios da cooperação Sul-Sul que estavam em vias de serem empregados em ações trianguladas pelas contrapartes com terceiros países, tanto que um mês depois, em 03/05, a Aisa recebeu um fax assinado pelo Adido de Cooperação Técnica da França no Brasil, Guillaume Ernst:

A França manifesta o seu interesse pela proposta brasileira de apoio à transferência de tecnologia para a produção de medicamentos ARV em países em desenvolvimento e gostaria de avaliar as condições técnicas desta proposta, organizando uma missão de peritos ‘*in locu*’ para conhecer o processo de fabricação e analisar a possibilidade de transferência de tecnologia. Esta missão, [...], poderia ser conduzida por um perito francês da indústria farmacêutica e um perito da Agência Francesa de Segurança Sanitária dos Produtos de Saúde, para uma avaliação das práticas da fabricação e de controle de qualidade para obter a autorização de utilização no Brasil. O objetivo destes contatos seria o de analisar a possibilidade de implementação de um polo de produção farmacêutica unindo a experiência brasileira na área de produção e a francesa na área

⁹⁶ Documento MS.40, de 2001.

de cooperação com os países africanos (Documento MS.44 – Fax s/n, Produção de medicamentos, mai. 2001).

No entanto, a proposta francesa de vir avaliar as condições de produção no Brasil antes mesmo de haver algum país africano interessado na transferência tecnológica, se confrontou com os princípios que regem a cooperação internacional do Brasil e não foi bem recebida pelo MS, o que pode ser observado na resposta, também por fax em 07 de maio de 2001, assinado por José Marcos Viana, Chefe da Aisa, ao Adido francês:

[...] cabe-me esclarecer a vossa Senhoria que a disposição brasileira permanece vigente e é dirigida àqueles países africanos que manifestarem seu interesse nessa transferência. O Brasil está pronto a discutir com estes países um desenho adequado à realidade local por intermédio de suas relações bilaterais de cooperação, e conforme a demanda apresentada. Uma vez estabelecida com o país africano interessado a firme intenção e avaliadas as condições necessárias a esse repasse, a cooperação francesa seria bem-vinda em termos de possível apoio financeiro à transferência pretendida. Dessa forma, as sugestões apresentadas por vossa senhoria em termos de missão francesa ao Brasil deverão, no entendimento deste Ministério, deve aguardar até que um possível acerto entre as partes africana e brasileira seja realizado. O Ministério da Saúde não estaria, portanto, disposto, no momento atual a receber missões sugeridas, tendo em vista o esclarecimento acima apresentado. Mantê-lo-emos informado sobre eventuais solicitações de países africanos a respeito (Documento MS.45 – fax n° 818, resposta da Aisa à embaixada da França, mai. 2001).

A proposta de CSS do Brasil na área de acesso a medicamentos seria consolidada em 2002, com o lançamento do edital do PCI, que foi instituído por Portaria Ministerial, para ser desenvolvido de maneira bilateral após assinatura de Memorandos de Entendimento entre o governo brasileiro e os países interessados. Os aspectos desse programa de cooperação serão abordados mais adiante.

Quanto à possibilidade de transferência de tecnologia para a produção de medicamentos antirretrovirais, em maio de 2003, durante a visita do Chanceler Celso Amorim ao continente africano, já como Ministro das Relações Exteriores do Governo do Presidente Lula da Silva, foi solicitado pelo governo de Moçambique a instalação de “uma fábrica de medicamentos antirretrovirais, que se tornaria objeto de um dos principais projetos de cooperação entre os dois países” (AMORIM, 2013, p.148).

7.4. O PROGRAMA DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL PARA AÇÕES DE CONTROLE E PREVENÇÃO DO HIV PARA PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO— PCI

Pode-se afirmar que, em meados de 2002, a política de acesso universal, com prevenção e tratamento para a Aids no Brasil, já estava estabelecida como a abordagem central da resposta à epidemia e havia se tornado um “produto exportável” (CHEQUER, 2004). Ao mesmo tempo, o PN-DST/Aids também havia demonstrado que, apesar do alto investimento em tratamento, era possível alcançar não só a redução da morbidade e mortalidade por Aids, mas também uma economia de custos de hospitalização e de atendimento, que o fez passar ileso pelo corte de gastos imposto ao setor saúde do Brasil em 1998, durante o governo do Presidente FHC e a gestão do Ministro José Serra (CHEQUER, 2002).

No entanto, também estava claro para os gestores que a política de acesso universal ao tratamento antirretroviral do Brasil não poderia ser sustentada no longo prazo, diante do alto custo dos medicamentos, e isso estimulou o país a sair do lugar convencional de cliente dos laboratórios e da indústria farmacêutica para assumir um papel de estrategista e negociador (TEIXEIRA, 2004). A partir de 2001, verifica-se, portanto, uma inflexão importante na agenda internacional do Brasil em HIV/Aids, segundo menciona um informante-chave:

Quando o Paulo Teixeira assumiu a coordenação nacional do Programa [ano 2000], a agenda internacional passou a ter outra envergadura... Não que os outros coordenadores não dessem importância à cooperação [...] mas é que há uma mudança de foco, porque a atuação internacional passa a ser estratégica para a sustentabilidade do Programa Nacional. Essa visão é a que eu acho que permite mudar o tipo de atuação e tornar o Brasil um protagonista e um agente mais agressivo no âmbito internacional [...] de fato aí se começa a perceber que, ou o país teria uma incidência mais forte na agenda internacional, ou ele estaria comprometendo a sua própria política (E6).

Os dados levantados demonstram que ao término do ano 2000, o principal objetivo do Ministério da Saúde era reduzir preços dos medicamentos antirretrovirais e que o ano de 2001 foi fundamental para consolidar uma proposta internacional que contribuísse para a melhoria do poder de negociação daqueles insumos que seriam incorporados pelo SUS nos anos posteriores. Para tanto, o PN-DST/Aids centrou-se em três esforços ou linhas de atuação, conjuntamente com diferentes áreas do Itamaraty: 1) a negociação de preços; 2) o licenciamento compulsório; e 3) a legitimação da política brasileira internacionalmente (CHAVES, 2016).

Essa estratégia do governo brasileiro se configurou numa agenda específica e pioneira para um país em desenvolvimento: uma política de CSS para promoção do acesso universal aos antirretrovirais e de transferência Sul-Sul de tecnologia para a produção de medicamentos. Essa

política foi modelada durante o governo FHC num Programa de CSS em HIV/Aids cujo principal objetivo era aumentar a demanda dos governos pelos medicamentos ARV genéricos e o poder de negociação e de compra dos países em desenvolvimento no mercado internacional, conseqüentemente incidindo na diminuição de custos dos medicamentos para o SUS:

E a política era o seguinte: era política de colocar sementes nesses locais, com diversas ideias, a primeira era fornecer medicamentos mesmo à população e com isso fomentar inclusive uma discussão maior da necessidade de ser expandido, como o Brasil fez, mas com a questão dos direitos humanos envolvida também (E7).

Havia também uma nova situação instalada no Brasil –o aumento do número de atendimento de pessoas estrangeiras vivendo com Aids nos municípios brasileiros de fronteira:

Muitos pacientes de países vizinhos atravessavam as fronteiras para se tratarem em cidades brasileiras. Embora houvesse limitações legais e administrativas, instruimos os serviços fronteiriços para que não criassem dificuldades e acolhessem esses pacientes. [...] O número de pacientes desses países era mínimo, irrelevante diante do consumo brasileiro [...] Entretanto o PCI poderia solucionar definitivamente esta situação (E4).

Na perspectiva dos dirigentes do PN-DST/Aids, a atitude solidária de doação de antirretrovirais a esses países poderia também contribuir para evitar que aumentasse a demanda de estrangeiros por antirretrovirais no Brasil. Nas palavras de um entrevistado:

Eu digo que, de fato, tinha uma questão de princípio de solidariedade [...] esses países tinham dificuldades e o Brasil poderia ajudá-los a superá-las [...], mas também tinha uma visão de que se o modelo da resposta brasileira se expandisse pelo Sul, poderia criar uma legitimidade maior a esse modelo e, portanto, também garantir a sustentabilidade por essa via (E6).

Assim, em 2002 o governo brasileiro apresentou o PCI, que foi instituído por uma Portaria do Ministério da Saúde⁹⁷ e lançado internacionalmente um mês depois, na 14ª Conferência Internacional de Aids, em Barcelona, Espanha, ocorrida entre os dias 7 e 12 de julho do mesmo ano.

7.4.1 O desenho do PCI

O PCI foi lançado em 2002 no formato de edital, ou termo de referência internacional para financiamento público de projetos, seguindo os mesmos moldes dos chamamentos públicos de parcerias que já eram utilizadas pelo PN-DST/Aids, celebradas com pesquisadores, instituições de pesquisa, serviços e organizações da sociedade civil do Brasil. No edital o Brasil propunha atender até dez países que apresentassem propostas no formato de projeto-piloto.

⁹⁷ Portaria GM n°949, de 22 de maio de 2002 (BRASIL, 2002b)

Cada um dos países receberia cooperação técnica e doação de antirretrovirais produzidos no Brasil, que somados alcançariam o valor total de R\$ 250 mil (duzentos e cinquenta mil reais), o equivalente a US\$ 100 mil (cem mil dólares) à época. Além disso, o governo brasileiro também se dispunha a apreciar aqueles projetos que tivessem o intuito de favorecer a produção local de medicamentos antirretrovirais.

Os convênios ou acordos de cooperação poderiam ser firmados pelo governo brasileiro e os países postulantes de maneira bilateral ou em triangulações de cooperação com agências de Nações Unidas, ONGs, universidades ou outras agências oficiais de cooperação bilateral. As condições para que os países iniciassem o processo de seleção eram:

- 1) Manifestar interesse em participar do Programa, por meio de correspondência à Embaixada Brasileira no país de origem e/ou contatar a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, por meio do Sr. João Alberto Dourado Quintaes [...];
- 2) Preencher o ‘Formulário para Apresentação de Propostas’
- 3) Demonstrar capacidade de execução dos recursos
- 4) Manifestar compromisso com o Controle da Epidemia em seu meio (BRASIL, 2002c, p. 15).

O edital contemplava uma instrução, ou guia para preenchimento do ‘Formulário para Aplicação de Proposta’, com vários campos⁹⁸. No campo de ‘contrapartida institucional’, o Brasil reconhecia como tal as definições e esclarecimentos sobre qualquer recurso próprio do país receptor (financeiros e/ou outros) que pudessem ser mobilizados para atender o projeto. No entanto, esses recursos próprios não seriam considerados critério para aprovação e sim indicador de compromisso social e político que representaria uma vantagem no processo seletivo dos projetos. Já no campo ‘Condições de sustentabilidade’, havia um esclarecimento de que o PCI não tinha a intenção de suprir a cobertura de tratamento antirretroviral do país, e sim “alavancar ou apoiar esforços nacionais” nesse sentido. Dessa forma, era relevante que a instituição solicitante esclarecesse quais as condições de sustentabilidade das ações do projeto, especialmente aquelas relativas ao tratamento, para que o governo brasileiro avaliasse a capacidade institucional de manutenção das ações, ao término do projeto.

A seleção das propostas e a coordenação do PCI como um todo estava totalmente sob a responsabilidade do MS do Brasil, a partir de um Comitê que foi designado na mesma Portaria que instituiu o Programa, e que tinha a seguinte composição: a) Platão José Erwin de Souza

⁹⁸ Esses campos eram: ‘Instituição solicitante’, ‘Características da instituição solicitante’, ‘Responsável pela solicitação’, ‘Magnitude/impacto da epidemia no país e na região de abrangência do Projeto e atribuições’, ‘Potencial para rápido crescimento da epidemia, no País e na Região de abrangência do Projeto’, ‘Dados Sócio Econômicos e Demográficos do País’, ‘Especificar a posição do País no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Produto Interno Bruto (PIB)’; ‘Objetivos da proposta’; ‘Justificativa’; ‘Descrição da proposta’, ‘Contrapartida institucional’, ‘Condições de sustentabilidade’; e ‘Resultados a serem alcançados com o projeto’.

Lima Fischer-Puhler (Gabinete do Ministro); b) Cláudio Duarte da Fonseca (Secretaria de Políticas de Saúde)⁹⁹; c) Gonzalo Vecina Neto (Agência Nacional de Vigilância Sanitária); d) Paulo Roberto Teixeira (Coordenação Nacional de DST/Aids); e) João Alberto Dourado Quintaes (Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde). O Comitê também tinha o papel de “definir critérios, coordenar os processos de seleção, de implementação e de avaliação dos projetos-piloto”¹⁰⁰. Todos os projetos selecionados foram chamados “projeto-piloto”, porque ao término do primeiro ano seriam avaliadas as condições para a renovação do financiamento, cabendo ao Brasil resolver sobre a continuidade a partir não só dos resultados dos projetos, mas também da análise das condições políticas e financeiras internas do governo brasileiro (BRASIL, 2002c).

A execução do PCI foi iniciada em 2003, primeiro ano do governo do Presidente Lula da Silva, e baseou-se nas missões de prospecção, ou de reconhecimento, nos dez países selecionados –El Salvador, Bolívia, Paraguai, República Dominicana e Colômbia, na América Latina; e Burkina Fasso, Moçambique, Namíbia, Burundi e Quênia, na África.¹⁰¹ Para cada um desses países o PN-DST/Aids designou um consultor ou ponto focal, com o papel de desenhar as primeiras linhas do plano de execução, junto com as equipes locais. Todos os pontos focais brasileiros eram de instituições de ensino e pesquisa ou de serviços de saúde, que atuavam em parceria com o PN-DST/Aids na execução da política nacional de Aids, especialmente na elaboração dos protocolos de tratamento¹⁰². Os primeiros consultores do PCI eram médicos, em sua maioria infectologistas, e eram instruídos pelo PN-DST/Aids a estabelecer parcerias com os serviços que seriam referência para o tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no país receptor e de selecionar, junto com a equipe médica local, os 100 pacientes que seriam beneficiados pelos medicamentos doados pelo Brasil. A primeira prospecção aconteceu no Paraguai, em abril de 2003. As demais transcorreram entre abril e maio do mesmo ano (BRASIL, 2003b), sendo que três projetos não prosperaram: Burundi, Namíbia e Quênia.

De acordo com o PN-DST/Aids, o Brasil reservou cerca de US\$ 1,5 milhão por ano, destinados à capacitação técnica de profissionais e distribuição de medicamentos nos países que solicitassem cooperação e integrassem o Programa brasileiro (BRASIL, 2004).

⁹⁹ Naquela ocasião a Coordenação Nacional de DST/Aids estava inserida na Secretaria de Políticas de Saúde.

¹⁰⁰ Portaria GM nº949, de 22 de maio de 2002 (BRASIL, 2002b).

¹⁰¹ Documento MS.17 – Nota da Coopex à Aisa, 15 set. 2003.

¹⁰² Em uma nota de imprensa, o PN-DST/Aids divulgou os nomes dos médicos e sua distribuição como consultores nos países do PCI: Antônio Toledo Jr. (Universidade Federal de Minas Gerais), consultor do Paraguai; William Abreu (Unicamp), para a República Dominicana; Ricardo Marins (Secretaria de Saúde de Sorocaba) para El Salvador; Olavo Munhoz (USP), para a Colômbia; Lenice Souza (Fiocruz), para Burundi e Luiz Antônio Lima (Universidade Federal de Minas Gerais), para a Namíbia (BRASIL, 2003).

Os dados mostram, portanto, que o PCI foi um instrumento desenhado pela equipe do PN-DST/Aids para promover o acesso universal à terapia antirretroviral e aumentar o poder de negociação dos países em desenvolvimento com a indústria farmacêutica: “quanto maior fosse o número de países praticando a política de acesso ao tratamento, maior seria a nossa pressão global” (E4). Seu conteúdo foi centrado primordialmente no apoio à sistematização dos serviços de atenção à Aids nos países parceiros:

[...] o foco era assistência, o cuidado às pessoas vivendo com HIV/Aids, especialmente, criar experiências que demonstrassem a factibilidade de países do terceiro mundo de prover medicamentos e assistência de forma efetiva e com bons resultados. Esse era o grande foco (E6).

O PCI foi, portanto, um programa Sul-Sul totalmente desenhado e implementado até 2003 pelo governo brasileiro, tendo o acesso universal a medicamentos antirretrovirais como principal conteúdo, que era desdobrado em ações de doação de medicamentos e capacitações no manejo clínico e implementação de diretrizes terapêuticas para os sistemas de saúde dos países parceiros. O PCI justificava-se pela necessidade de sustentação da política de acesso universal brasileira, sendo também instrumento de promoção global do acesso a medicamentos como um direito humano. Assim, comportava também o princípio da solidariedade e de apoio à superação de desafios nos países receptores.

7.4.2 A mudança de governo em 2003 e as implicações para a execução do PCI

O Presidente Lula da Silva foi eleito pelo Partido dos Trabalhadores (PT) em dezembro de 2002, ao derrotar o candidato José Serra, ex-ministro da Saúde, que concorreu pelo Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). O Embaixador Celso Amorim assumiu o Ministério das Relações Exteriores (cargo denominado Chanceler) e o médico Humberto Costa passou a coordenar a pasta da Saúde. Quanto ao PN-DST/Aids, no primeiro semestre de 2003 o então coordenador, Paulo Teixeira, assumiu o cargo de diretor do Programa *3by5* da OMS¹⁰³ (BRASIL, 2003c) e passou a direção do Programa Nacional para o sociólogo Alexandre Grangeiro.

Os dados sobre a execução do PCI mostram que a transição entre os governos não alterou o desenho da estratégia de CSS proposta durante a presidência de FHC. Ao contrário, o Programa Nacional deu continuidade aos compromissos assumidos, tanto na linha de doação

¹⁰³ Como mencionado anteriormente: Estratégia lançada em 2003 pela OMS e pela UNAIDS, no dia 1º de dezembro de 2003, Dia Mundial de Combate a Aids, e para a ampliação do acesso ao tratamento do HIV/Aids de três, para cinco milhões de pessoas.

de medicamentos antirretrovirais, como de cooperação técnica em manejo clínico e de logística para distribuição de medicamentos. Ao mesmo tempo, também foi mantida a estratégia de promoção do acesso universal ao tratamento para HIV/Aids nos principais fóruns internacionais, o que pode ser observado em vários documentos de 2003 relacionados à preparação de subsídios para participação de delegações brasileiras, em reuniões internacionais, discursos proferidos pelo Ministro Humberto Costa e relatórios, tanto do MRE quanto do MS.

No entanto, a política externa do governo Lula trouxe uma inflexão importante na trajetória da cooperação Sul-Sul do Brasil em Aids e na agenda que havia sido pactuada nos últimos anos do governo FHC, ao ampliá-la para além dos temas pactuados no PCI e firmar novos compromissos e parcerias internacionais de CSS em Aids, o que favoreceu a abertura de novas possibilidades, formas de financiamento e, conseqüentemente, de execução de recursos através do PN-DST/Aids. Com isso, a Coopex, agora chamada de ACI, ganhou versatilidade no manejo de diferentes mecanismos e ações de Cooperação Internacional.

Nesse sentido, é importante mencionar qual foi o eixo condutor da PEB do governo Lula, nas palavras do próprio Embaixador Celso Amorim, quando este se pronunciou pela primeira vez à imprensa, assim que foi indicado para ocupar o cargo de Chanceler. Sobre a política externa que pretendia implementar Amorim afirma:

[...] teria que falar por não mais que três ou quatro minutos [...]. Não era um tempo que me permitisse discorrer sobre temas específicos de política externa. [...] Era preciso, em poucas palavras, encontrar uma maneira de definir a política que pretendia imprimir, que servisse também para contrastá-la com a orientação do governo que findava. Tinha como referência a extraordinária onda de autoestima trazida pela eleição de um operário metalúrgico para a presidência da República. Foi então que, pela primeira vez, usei os termos ‘ativa e al-tiva’, para qualificar a nova política externa. Mais tarde, essa expressão foi aproveitada em documentos e, notadamente (com a adição da palavra ‘soberana’), na proposta de campanha da presidente Dilma Rousseff (AMORIM, 2013, p. 12).

No que concerne às relações Sul-Sul, especialmente com os países africanos, o Chanceler Amorim revela, no momento em que escreveu os subsídios de política externa para o discurso de posse do Presidente eleito, que omitiu a menção aos países africanos porque preferiu priorizar aquelas situações “candentes”, como as negociações comerciais, a América do Sul e a “questão do Oriente Médio”, até porque a África sempre esteve distante da ação diplomática brasileira. No entanto, apesar de sua proposta ter sido mantida pela assessoria direta do Presidente, a omissão da África foi corrigida em tempo, para que Lula apresentasse sua reafirmação aos laços profundos que unem o Brasil “a todo o continente africano e a sua disposição em

contribuir ativamente para que fossem desenvolvidas as suas potencialidades” (AMORIM, 2013, p. 142).

Em síntese, havia a intenção do presidente de priorizar as relações Sul-Sul, especialmente com os países africanos. Portanto, esse foco da política externa do novo governo abriu a janela de oportunidade e o espaço político ideal para que o PN-DST/Aids continuasse o desenvolvimento do PCI e o MS ampliasse as ações de CSS em saúde.

No setor saúde, o Ministro Humberto Costa manteve o tema da cooperação internacional da saúde em geral, e da Aids em particular, nas principais pautas internacionais que cumpriu em 2003. Em abril, nos encontros de trabalho que manteve com a Diretora da Opas, e diretores do BID e Bird, nos EUA, a cooperação internacional em saúde do Brasil foi apresentada como “projeto de investimento” do MS, nas palavras do então Diretor de Investimentos e Projetos da Secretaria Executiva, observadas no seu relatório sobre a referida missão:

[...] há intenção do governo brasileiro de atuar de forma mais estruturada e efetiva na prestação de cooperação técnica para países da América Latina e outros grupos considerados estratégicos pelo governo brasileiro, como a comunidade de países de língua portuguesa (Documento MS.30 – Relatório da Missão ao BID, Bird, Opas, 07 mai. 2003).

O mesmo documento também revela que técnicos e consultores da Opas identificaram algumas ações e políticas do SUS que também poderiam ser oferecidas como inovação para a cooperação técnica a outros países em desenvolvimento, a exemplo dos polos de capacitação e as residências multiprofissionais em saúde da família, bem como os mecanismos de participação social e relacionamento intergovernamental, dentre outros. Ao mesmo tempo, nesse conjunto de reuniões nos EUA, também se aventou a possibilidade de doações do BID, a fundo perdido, para que fossem trabalhadas ações específicas de cooperação em saúde nas fronteiras do Mercosul, o que seria concretizado mais tarde, no projeto de fronteiras conduzido pelo Cict. A então diretora da Opas, Dra. Mirtha Roses, ainda reconheceu que aquela Organização

[...] dependia bastante da contribuição de instituições e de centros de pesquisa brasileiros para implementação de grande parte de suas ações na região amazônica e no Cone Sul e que pretendia aprofundar essa colaboração, já que o Brasil logrou manter um modelo de saúde firmemente estruturado com base nos conceitos da universalidade e da equidade (Documento MS.31 – Fax da Missão do Brasil junto aos Estados Americanos à DTS/MRE, abr. 2003).

Esse bloco de documentos pode ser considerado como demonstrativo de confiança da Opas, do BID e do Bird no papel do Brasil como ator de cooperação técnica em saúde.

Em setembro do mesmo ano, o Presidente Lula participou da 58ª Assembleia Geral das Nações Unidas, que contemplou, em paralelo, a Reunião de Alto Nível de HIV/Aids (Ungass

2003). Essa Ungass 2003 tinha o objetivo de tratar especificamente dos avanços dos países em relação à implementação da Declaração de Compromisso assinada na Ungass de 2001. No entanto, apesar da solicitação do PN-DST/Aids para que o próprio Lula estivesse também na Ungass, isso não aconteceu e o discurso em nome do governo brasileiro foi proferido pelo Ministro da Saúde Humberto Costa.

Os documentos apontam que tanto o PN-DST/Aids, como a representação do Brasil na ONU (Delbrasonu) participaram da preparação dos subsídios para que os novos representantes do governo brasileiro dessem continuidade aos compromissos primordiais assumidos pelo governo anterior sobre o HIV/Aids. O primeiro tema apresentado pelo PN-DST/Aids estava relacionado ao monitoramento da Declaração de Compromisso de 2001 e informava sobre a cobertura de tratamento ARV no Brasil, que havia alcançado cem por cento das pessoas que viviam com Aids. Outro documento tratava da Declaração de Doha e o PN-DST/Aids sugeria que, para avançar no sentido da flexibilização do parágrafo 6, o Brasil permanecesse divulgando a proposta de acordos de cooperação técnica, tanto desenvolvida pelo PCI de 2002, quanto a possibilidade de criação de uma rede de cooperação tecnológica que vinha sendo articulada para ser firmada com a China, Tailândia, Rússia, África do Sul e Índia¹⁰⁴. O Programa Nacional destacava ainda a importância de que a delegação brasileira mencionasse a participação da sociedade civil brasileira na prática de monitoramento dos compromissos internacionais assumidos pelo país, inclusive alguns membros de ONGs do Brasil faziam parte da delegação oficial do MS naquela reunião¹⁰⁵.

Já a proposta da Delbrasonu era de que o discurso do governo brasileiro articulasse a linguagem do acesso universal com a Declaração Universal de Direitos Humanos e com a Conferência de Alma Ata¹⁰⁶. Ao final, o discurso do Ministro Humberto Costa centrou-se na necessidade de ação concertada entre os setores econômicos e sociais, incluída a saúde, para cumprimento de todos os compromissos assumidos com o bem-estar das pessoas, mencionando que todos deveriam unir forças contra o estigma e a discriminação relacionados à Aids¹⁰⁷.

De acordo com o Relatório do Embaixador Ronaldo Sardenberg, representante do Brasil na ONU, no seu discurso o Ministro Humberto Costa

¹⁰⁴ Documento MS.17 – Nota da Coopex à Aisa, 15 set. 2003.

¹⁰⁵ Documento MS.18 – Aviso Ministerial n°962/GM, solicitação de credenciamento de representantes do Ministério da Saúde e da Sociedade Civil na 58ª AGNU, set. 2003.

¹⁰⁶ Documento MS.16 – Fax da Missão do Brasil na ONU à DTS/MRE, 29 ago. 2003.

¹⁰⁷ Documento MS.15 – Discurso do Ministro da Saúde na 58ª Assembleia Geral das Nações Unidas, 22 set. 2003.

[...] referiu-se [ainda] à necessidade de esforços na área de prevenção, tratamento e direitos humanos, conferiu ênfase à importância do acesso abrangente aos medicamentos, inclusive ARVs, e reportou-se à cooperação internacional que o Brasil mantém com 10 países em desenvolvimento da América Latina, Caribe e África, a fim de capacitar RH, compartilhar experiências bem-sucedidas e doar medicamentos ARV (Documento MS.14 – Fax s/n, avaliação da 58ªAGNU, de 07 out. 2003).

Durante a Ungass 2003, o Ministro Costa também participou de uma Mesa Redonda presidida pelo então Diretor da OMS, o Dr. Lee-Jong-Wook, intitulada “Expandindo o acesso ao tratamento e ao cuidado”, demonstrando ainda a parceria do Brasil no recém-criado Programa *3by5* daquela Organização e reafirmando que o Brasil não hesitaria em utilizar todos os procedimentos e flexibilidades para diminuir preços e tornar disponíveis os medicamentos essenciais¹⁰⁸. Demonstra-se assim que o novo governo manteve a mesma linha estratégica anterior, denotando uma continuidade importante da política internacional que vinha sendo conduzida pelos técnicos do PN-DST/Aids, da Aisa e do MRE.

No entanto, foi a visita do Presidente Lula ao continente africano (03 a 09 de novembro de 2003), acompanhado de representantes do MS, incluindo o então Diretor do PN-DST/Aids, Alexandre Grangeiro, que cumpriu o papel maior de reafirmar o compromisso do novo governo com a política de CSS em HIV/Aids, e demarcou a expansão que aconteceria nos anos vindouros. Naquela ocasião, o Presidente visitou Namíbia e Moçambique, dois dos países que haviam sido selecionados pelo edital do PCI; África do Sul, que integrava a proposta do Brasil para a rede de cooperação tecnológica em HIV/Aids; Angola e São Tomé e Príncipe¹⁰⁹.

Naquele momento em que o Brasil já havia selecionado os dez países para o PCI, tanto Angola quanto São Tomé e Príncipe fizeram novas solicitações de cooperação, a fim de serem atendidos na ocasião da visita do Presidente Lula. O Fax n°404/2003, do Diretor do Departamento de África do MRE, Pedro Motta Pinto Coelho, à Aisa, traz o pedido do então representante do Brasil em São Tomé e Príncipe, o Embaixador Paulo Dirceu Pinheiro, para que o MS contemplasse aquele país no PCI, uma vez que o universo de pessoas com Aids não ultrapassava o número de cinquenta:

O embaixador informa ter sido procurado por autoridades do setor saúde de STP e uma consultora do Banco Mundial, do Programa São tomense de luta contra a Aids, que foram solicitar às autoridades brasileiras a possível inclusão de STP entre os países que se beneficiarão do PCI em matéria de Aids, tal como já foi acordado com Namíbia e Moçambique. [...] estou ciente de que o

¹⁰⁸ Documento MS.14.

¹⁰⁹ Moçambique, Angola e São Tomé e Príncipe fazem parte da Comunidade de Países Africanos de Língua oficial Portuguesa (CPLP).

governo brasileiro já selecionou os 10 países beneficiários do PCI, sendo 4 deles africanos. Também sabemos das restrições orçamentárias [...] Não obstante agradeceria a melhor atenção [...], lembrando que o número de beneficiários seria cerca da metade do número projetado para outros países. Ao mesmo tempo, o impacto da medida seria bastante maior, posto podermos falar do universo de soropositivos de todo o país. Ademais, se a situação da epidemia parece menos alarmante, as previsões de aumento da presença de estrangeiros no arquipélago, em decorrência do início das atividades de exploração de Petróleo em STP, provocam legítimos receios de expansão da contaminação (Documento MS.56 – Solicitação da Embaixada do Brasil em São Tomé e Príncipe, 28 out. 2003).

O Ministério da Saúde acatou esse pedido e o anunciou durante a missão presidencial. Já o pedido de Angola foi feito durante a visita, e foi registrado na nota de imprensa do PN-DST/Aids, de 05 de novembro de 2003, que seria avaliado pelo governo brasileiro essa possibilidade. No entanto, não foram encontrados documentos que confirmem a integração de Angola ao PCI.

Os documentos mostram ainda que na visita do Presidente Lula não só concretizou politicamente os compromissos assumidos pelo PCI no governo anterior, como também se abriram novas frentes. As matérias que foram veiculadas pela imprensa do MS davam destaque para dois temas: a inclusão de São Tomé e Príncipe no Programa de Cooperação e o compromisso com a transferência de tecnologia brasileira para a implantação de uma fábrica de antirretrovirais em Moçambique¹¹⁰.

Vale mencionar que Moçambique já tinha frentes de cooperação bem estabelecidas com o PN-DST/Aids e executava o Projeto N'twanano, que tinha co-financiamento da Fundação Ford; no PCI, as primeiras doações de antirretrovirais brasileiros foram entregues durante a visita do Presidente Lula; e o compromisso com a fábrica seria executado mais tarde, com apoio técnico de Farmanguinhos (unidade da Fiocruz)¹¹¹.

Sobre a importância e repercussão dessa visita presidencial à África, destaca-se o relato do representante do Brasil em Moçambique, Embaixador Pedro Luiz Carneiro de Mendonça, ao Diretor do Departamento de África do MRE, sobre a passagem do Presidente Lula por aquele país:

A visita do Presidente Lula teve pleno êxito e marcou momento de inflexão nas relações bilaterais, alçadas a novo patamar qualitativo, mais denso e com novas facetas. Propiciou, ainda, consolidação da imagem do Brasil como parceiro e modelo preferencial em amplo leque de áreas. [...] seu êxito foi de tal monta que se superaram as mais ambiciosas expectativas a respeito. A visita

¹¹⁰ Documento MS.54 – Nota de imprensa do Ministério da Saúde, 05 nov. 2003.

¹¹¹ Documento MS.57 – Relatório do Diretor Alexandre Grangeiro após a visita do Presidente Lula ao continente africano, dez. 2003.

sensibilizou profundamente o país, um dos mais pobres do mundo, que, marcado por prolongada guerra de independência e subsequente conflito interno, com frequência assolado por calamidades naturais, encontrou nos novos contornos da cooperação com o Brasil, renovado alento na luta que trava com a pobreza absoluta. [...]. O conteúdo concreto da visita tomou a forma de 13 atos bilaterais assinados, o que demonstra o amadurecimento e o adensamento das relações entre o Brasil e Moçambique. [...] no entanto, como me comentou o ex-Primeiro ministro Mário Machungo, o que efetivamente impactou a população em geral foi o anúncio relativo à Fábrica de ARV. Aliás, disse ele, o povo sentiu que o Brasil não era um parceiro qualquer interessado em ampliar uma liderança ou ensinar ao país o que deve fazer, mas um irmão que realmente compreendeu e se preocupa com Moçambique. O apoio à Fábrica de ARV terá sido assim a mais eloquente e concreta comprovação de que, como bem acentuou o presidente Lula da Silva, a cooperação com o Brasil se dará entre parceiros iguais, sem o ranço de paternalismos ou busca de hegemônias que caracterizam as relações de Moçambique com os povos desenvolvidos. [...] Cabe ressaltar, ainda, o importante efeito da visita presidencial sobre a comunidade brasileira em Moçambique: muitos foram os que, na sequência da visita, procuraram a embaixada para um depoimento tão simples, quanto eloquente: estamos muito orgulhosos do Brasil (Documento MS. 58 – Fax nº 438, relato sobre a visita presidencial à Moçambique, 20 nov. 2003).

Ao final dessa missão presidencial, o Chanceler Celso Amorim enviou documento ao Ministro Humberto Costa, onde não só agradecia as contribuições daquela pasta nas deliberações havidas com cada um dos governos visitados, como também acrescentava:

Coloco desde já o MRE à disposição do MS para que busquemos, conjuntamente, a superação de eventuais obstáculos à materialização dos compromissos assumidos durante a viagem. Da mesma forma, as embaixadas do Brasil nas capitais dos cinco países visitados estarão prontas a intermediar quaisquer negociações, bem como a promover as iniciativas necessárias à efetiva ampliação da agenda de diálogo e cooperação entre o Brasil e a África, em particular os países recém-visitados pelo Senhor Presidente da República. Neste sentido, seria conveniente enviar, se possível, um cronograma de ações a serem implantadas para que possam ser melhor acompanhadas por este Ministério (Documento MS. 60 – Aviso Ministerial nº07, 02 dez. 2003).

Dessa forma, começava no governo Lula uma nova etapa de diálogo entre as pastas da saúde e das relações exteriores, dessa vez com foco no fortalecimento das ações de cooperação internacional em saúde. Um novo momento interinstitucional, que foi legitimado dois anos depois, com a assinatura de um protocolo de intenções pelo Chanceler Celso Amorim e pelo Ministro Humberto Costa¹¹² (BRASIL, 2005d). O referido documento não só afirmava que a cooperação técnica prestada pelos países em desenvolvimento era uma das principais vertentes da PEB, como confirmava que ela era também prioridade do Governo Federal. O detalhamento a respeito desse documento será feito a seguir.

¹¹² Documento MS.52. Protocolo de intenções. Cooperação interinstitucional MRE-MS.

Em síntese, ainda que seu início tenha ocorrido no governo anterior, após a mudança de governo o PCI teria um significativo incremento, tanto no tocante aos antirretrovirais disponibilizados para outros países, quanto na ampliação de parcerias de CSS para a sua execução. Dessa forma, houve também algumas mudanças no número de países contemplados, na governança e no mecanismo de execução da cooperação. Em 2004 o PCI passou a ser denominado PCI Fase II – Laços Sul-Sul.

7.4.3 A ampliação das parcerias e a conformação da Rede Laços Sul-Sul

O lançamento do PCI pelo governo brasileiro em 2002 abriu o caminho para a aproximação de vários atores de cooperação internacional (agências oficiais para o desenvolvimento e as do sistema da ONU), sob a bandeira de oferecer sinergias para avançar na resposta à epidemia global de Aids, ao mesmo tempo em que estavam também interessados em alavancar suas próprias agendas no contexto das Metas e dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).

Vale lembrar que no ano 2000, durante a Reunião conhecida como “Cúpula do Milênio”, que foi realizada em Nova Iorque sob organização das Nações Unidas, cento e oitenta e nove países se comprometeram a eliminar, até 2015, a extrema pobreza e a fome no mundo. Para tanto, naquela ocasião foram definidos oito objetivos globais que ficaram conhecidos como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), suas dezoito metas (conhecidas como “metas do milênio”), além de quarenta e oito indicadores propostos pelo grupo de especialistas, que era formado por representantes do Secretariado das Nações Unidas, do Fundo Monetário Internacional, do Banco Mundial e da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE). Tais metas tinham que ser cumpridas pelos países até o ano de 2015, sendo que o ODM número 6 definia como metas deter ou começar a reduzir a propagação do HIV/Aids até 2015; assegurar o acesso universal ao tratamento contra o HIV/Aids a todas as pessoas que dele necessitam; e deter ou reduzir a incidência da malária e de outras doenças.

Para alcançar os ODMs, os países em desenvolvimento fizeram esforços no sentido de incrementar suas políticas públicas e contaram com ações de cooperação internacional para tentar atingir seus compromissos. No caso do Brasil, foram desenvolvidas diversas estratégias intersetoriais com o propósito de integrar as ações específicas de combate à fome e à pobreza, às políticas de saúde, saneamento, educação, habitação, promoção da igualdade de gênero e meio ambiente (IPEA, 2004, 2007, 2010). Além disso, o governo federal tanto ampliou as parcerias com o conjunto de agências do sistema da ONU para o desenvolvimento da cooperação

técnica no país através de Prodocs e Termos de Cooperação, como também firmou outros instrumentos bilaterais com agências oficiais de desenvolvimento, o que pode ser constatado no expressivo aumento de documentos bilaterais assinados a partir de 2001, que estão disponíveis no sistema de atos internacionais do MRE.

No caso do setor saúde no geral e da Aids em particular, foram ampliadas as parcerias com as agências e organismos internacionais que faziam parte do GT Un aids no Brasil, o que deflagrou um exercício intenso de coordenação do PN-DST/Aids envolvendo não só a supervisão da cooperação internacional recebida para o SUS (em nível central, nos estados e municípios), mas também a execução da CSS do Brasil em HIV/Aids, que passaria a ter sua capacidade técnica ampliada a partir das sinergias oferecidas por um leque de atores e de novas formas de execução da cooperação técnica. Dessa forma, pode-se afirmar que o Brasil também atuou como ator de cooperação internacional para o cumprimento das metas do milênio.

Até 2003 o PN-DST/Aids tinha o apoio da Fundação Ford nas ações do PCI com Moçambique e, em outubro de 2004, divulgou a entrada do Unicef no programa como um importante parceiro, durante a primeira reunião multilateral que reuniu os países que compunham o Programa de Cooperação. Assim, estabelecia-se a Fase II do PCI, que ampliava a cooperação para o fortalecimento das políticas nacionais de Aids dos países parceiros, a partir de planos de ação desenhados para responder à epidemia de maneira programática e tendo como modelo o Programa Nacional brasileiro. Vale lembrar que, naquele momento, o PN-DST/Aids estava organizado em assessorias e unidades técnicas assim distribuídas: assistência, prevenção, epidemiologia, gestão, monitoramento e avaliação, sociedade civil e direitos humanos (LIMA, 2003).

A cooperação técnica com o Unicef favoreceu bastante um dos eixos da cooperação, o da prevenção da transmissão vertical (transmissão de mãe pra filho durante a gravidez, parto e aleitamento materno). Paralelamente o Unicef passou a se responsabilizar, nos países parceiros, pelo transporte e desembarço alfandegário dos ARV doados, facilitando trâmites burocráticos que eram morosos e muito difíceis de ser realizados quando o doador era o governo brasileiro¹¹³.

Os documentos apontam que no ano de 2005 o PN-DST/Aids realizou reunião de avaliação dos processos do PCI, com os consultores responsáveis por cada projeto bilateral, e foram identificadas algumas dificuldades relacionadas à sustentabilidade do Programa, especialmente

¹¹³ Documento MS.81 – Relatório sobre provisão de medicamentos nos acordos de cooperação com outros países em desenvolvimento, 27 mai. 2018.

no que tocava à logística para as doações¹¹⁴. Naquela ocasião, o PN-DST/Aids começava o primeiro ano de execução do Projeto do Cict e era evidente que o apoio de Unaid e das demais Agências da ONU ao PCI–Fase II traria sustentabilidade ao Programa nesse campo. Com isso, para incorporar os novos atores, o PCI deixou de ser um Programa, tornando-se uma “aliança”, firmada entre os países participantes do PCI–Fase II e as agências parceiras, a chamada Rede Laços Sul-Sul. Dessa forma ampliou-se não só o escopo do Programa de cooperação, mas também o arranjo de sua governança e os mecanismos de execução das ações.

Pode-se afirmar que, a partir de 2004, a CSS do PN-DST/Aids recebeu várias sinergias importantes, para além da Rede Laços Sul-Sul, no sentido de fortalecer o PCI. Reino Unido, Alemanha e EUA, através respectivamente do Dfid, da GTZ do CDC (*Global Aids Program–GAP*) e Usaid, passaram a triangular a cooperação do Brasil em HIV/Aids com aqueles países que eram de seu interesse, fossem eles integrantes do PCI ou não: o Dfid teve interesse na cooperação com Bolívia, Equador, Peru e, mais tarde, Honduras e Nicarágua; a GTZ trabalhando com Colômbia, El Salvador, Paraguai e República Dominicana; e os Estados Unidos priorizando os temas de monitoramento e avaliação, vigilância epidemiológica e laboratório, independente do país. O Reino Unido e a Alemanha eram países que na mesma ocasião estavam também negociando a sua participação na implementação do Projeto do Cict pelo governo brasileiro (BRASIL, 2004), que será descrito mais adiante.

Dos dez países que firmaram compromisso com o Brasil na primeira etapa do PCI, todos os da América Latina (Bolívia, Colômbia, El Salvador, Paraguai e República Dominicana) executaram seus projetos-pilotos. Dentre os africanos, apenas Moçambique e Burkina Fasso o fizeram; os outros três (Burundi, Namíbia e Quênia) não efetivaram a cooperação, após terem recebido as missões de prospecção realizadas em 2003. A partir de 2004, São Tomé e Príncipe, Cabo Verde e Guiné Bissau, da África, e Timor Leste, da Ásia, todos integrantes da CPLP, se juntaram à Bolívia e ao Paraguai (da América Latina) como integrantes do PCI–Fase II. Em 2005 a Nicarágua entrou na iniciativa e, em 2007, durante a reunião do grupo em Assunção, foi aprovada por todos os países a entrada de nova parceria, a do Fundo de Populações das Nações Unidas (Unfpa) (BRASIL, 2004; CICT, 2009).

O PCI deixou, portanto, de ser um programa de cooperação, de execução bilateral, es-
tritamente do governo brasileiro, para se tornar uma rede de cooperação multilateral, que foi

¹¹⁴ Documento MS.81 – Relatório sobre provisão de medicamentos nos acordos de cooperação com outros países em desenvolvimento, 27 mai. 2018.

mantida como uma das iniciativas coordenadas pelo Cict, que exercia a Secretaria Executiva da Rede. Dentre os acordos realizados no âmbito da Rede Laços-Sul destacam-se:

- 1) Transformar a abordagem bilateral, entre o Brasil e outro país, em uma aliança na qual todos [...] dividem e aprendem uns com os outros; 2) Ampliar os programas nacionais de HIV e Aids, incluindo cuidados pediátricos e a prevenção da transmissão vertical ampliada, utilizando assistência técnica e os medicamentos antirretrovirais brasileiros; 3) Ampliar os programas de teste e aconselhamento, com o objetivo de atingir 100% das mulheres grávidas, com o apoio técnico do Brasil e os testes rápidos fornecidos pelo Unicef; 4) Fortalecer os sistemas de monitoramento e avaliação da epidemia, utilizando a assistência técnica do governo brasileiro; 6) Expandir os programas de mobilização social e as ações de prevenção (CICT, 2009, p. 05).

A necessidade de mudar a abordagem do PCI de uma perspectiva bilateral para a de “aliança” ou “Rede” denota tanto a rapidez do PN-DST/Aids em aproveitar a oportunidade e o momento político da parceria com o Unaid (que estava desenhando naquele momento os TSF), como também o esforço do Programa Nacional para garantir o compromisso com os países do PCI e sustentar a cooperação, pois eram inúmeras as dificuldades para executar as ações de doação de ARV sem legislação nacional específica. Explicando melhor, as doações previstas no PCI não haviam sido enquadradas no marco da assistência humanitária brasileira, mas estavam vinculadas e condicionadas à cooperação técnica e na sua implementação se deparou com insuficiências legais importantes que dificultam até os dias de hoje o desenvolvimento da cooperação brasileira, principalmente quando se trata de doações, seja de insumos (como os medicamentos) ou equipamentos (como no projeto de transferência de tecnologia para a implantação da fábrica de produção de ARVs e outros medicamentos em Moçambique).

Observou-se nos documentos que os Atos internacionais que legitimavam o PCI de 2002 não foram suficientes para assegurar a sua sustentabilidade, pelo menos por dois motivos: perderam a vigência e não foram renovados; e não conseguiram acompanhar as alterações dos protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas do Brasil¹¹⁵.

Passou a ser então constante a emissão de pareceres contraditórios nas instruções dos processos institucionais de doação abertos pelo PN-DST/Aids, especialmente aqueles advindos

¹¹⁵ As renovações de Atos ou Acordos internacionais como Ajustes Complementares (atos que possibilitam agregar a execução a outro) ou Memorandos de Entendimento (destinados a registrar princípios gerais que orientarão as relações entre as Partes), são atos políticos (BRASIL, 2010d), portanto na maioria das vezes requerem o aproveitamento de ocasiões ou encontros bilaterais entre as autoridades dos dois países para que sejam firmados. Ainda assim, existe a opção de firma por Nota Diplomática, que é empregada quando se trata de assuntos de natureza administrativa, com pequenas mudanças de interpretação sobre os documentos. No entanto, essas tramitações burocráticas podem ser longas e comprometer os tempos necessários que a execução dos projetos de cooperação exige, como por exemplo o tempo necessário para a provisão do acesso oportuno ao medicamento dos pacientes de outros países que dependiam das doações brasileiras.

da Assessoria Jurídica do Gabinete do Ministro¹¹⁶. Esses fatores contribuíram para que o PCI se mantivesse constantemente sobre o risco de não cumprir prazos e não oferecer o acesso oportuno aos usuários dos países contemplados pelo Programa brasileiro.

No bloco de documentos que versa sobre a instrução do processo de doação de antirretrovirais ao Paraguai, aberto pelo DDAHV em 2010, observou-se que os argumentos utilizados pelo Departamento para assegurar a doação estavam centrados no papel do Unicef para a garantia da logística de transporte e desembarço alfandegário, o que pode ser confirmado pelo trecho do documento a seguir:

O Unicef, por ser Organismo Internacional, goza de privilégios e imunidades que facilitam e agilizam os tramites, podendo-se utilizar da Declaração Simplificada de Exportação (DSE), emitida pela Divisão de Privilégios e Imunidades do MRE. Da mesma forma, o Unicef tem-se encarregado de todos os custos de transporte dos medicamentos, sendo que a empresa contratada por aquele organismo se encarrega inclusive de retirá-los do almoxarifado do MS (Documento MS.64a)¹¹⁷.

Da mesma forma, os trechos recortados de um Aviso Ministerial do Chanceler Celso Amorim para o Ministro da José Gomes Temporão, em 2009, utilizado em todos os processos a partir de então, atestam os esforços de superação dessas dificuldades, que eram incoerentes com o discurso do Itamaraty sobre o significado da CSS para a PEB, elemento essencial nos processos de doação:

A cooperação Sul-Sul constitui-se em um dos principais marcos da política externa brasileira [...] Tais doações estão em plena consonância com os princípios de solidariedade e de defesa dos direitos humanos que norteiam as relações diplomáticas do Brasil com os países em desenvolvimento [...] (Documento MS.64b)¹¹⁸, grifo nosso).

Esse Aviso ainda apontava para a importância dos elementos da política de combate à Aids tanto em nível nacional como internacional, assim como para a relevância dos programas de cooperação nesse tema para a PEB, especialmente a doação de ARV:

[...] o Brasil promove uma série de programas de cooperação em matéria de saúde pública [...] Elemento essencial dos programas de HIV/Aids – tanto nacional quanto internacionalmente – **é a perspectiva de atenção integral, inclusive no acesso universal aos medicamentos ARV**. Em seus programas de cooperação internacional em HIV/Aids, o Brasil realiza doações desses medicamentos aos pacientes em tratamento [...]. Os dois principais programas de cooperação internacional em matéria de HIV/Aids são: **a iniciativa Laços Sul-**

¹¹⁶ Documento MS.81 – Relatório sobre provisão de medicamentos nos acordos de cooperação com outros países em desenvolvimento, 27 mai. 2018.

¹¹⁷ Documento MS.64a – Memo nº 451/ACI/D-DST-AIDS-HV/SVS/MS, Processo de doação de ARV – Paraguai, 14 set. 2010.

¹¹⁸ Documento MS.64b – Aviso Ministerial nº 12 do MRE para o MS, cooperação Sul-Sul em Aids e PEB, de 09 set. 2009.

Sul, [...] e o **Programa de Cooperação com o Caricom**, que prevê a distribuição de medicamentos por parte do governo de Santa Lúcia, em benefício dos países Antígua e Barbuda, Dominica, Granada, Monserrate, São Cristóvão e Nevis, São Vicente, Granadinas e a própria Santa Lúcia (Documento MS.64b, grifos nosso).

E, por fim, o MRE confirmava a cooperação Sul-Sul do Brasil na área de acesso universal em HIV/Aids como um importante instrumento da PEB:

[...] reafirmando a prioridade que o MRE atribui ao estreitamento das relações de cooperação e amizade entre o Brasil e os países supracitados, **reitero a importância do programa de doações de ARV para os países em desenvolvimento para a consecução de objetivos da Política Externa Brasileira** (Documento MS.64a¹¹⁹, grifo nosso).

Ressalta-se que a aproximação do MS com o MRE nas ações de CSS já havia sido legitimada num Protocolo de Intenções firmado em 2005 pelo Chanceler Celso Amorim e o pelo Ministro da Saúde Humberto Costa. O propósito maior do documento era o de “aperfeiçoar a coordenação” entre os dois Ministérios, no tocante à cooperação técnica prestada pelo Brasil a outros países em desenvolvimento em matéria de saúde e instituir uma Comissão de Coordenação, constituída por representantes dos dois Ministérios para esse fim, a “Comissão de Coordenação MRE/MS para a Cooperação Técnica Internacional na Área de Saúde”.¹²⁰

Dentre as áreas do MS representadas nessa Comissão, o PN-DST/Aids era a única que não tinha *status* de Secretaria, o que evidencia a importância conferida pelos dois Ministérios à CSS na área de HIV/Aids¹²¹. No protocolo de instituição da Comissão estavam previstas reuniões mensais sob a coordenação da ABC e sua vigência tinha renovação automática por sessenta meses, finalizando, portanto, no último ano do segundo mandato do Presidente Lula, em 2010. Não foi encontrado qualquer registro que faça menção às reuniões ordinárias dessa Comissão e até o final de 2014, também não se encontrou nenhum documento de renovação do Protocolo de Intenções de 2005, ou mesmo outro instrumento interministerial assinado com essas características.

¹¹⁹ Documento MS.64a – Aviso Ministerial n°12 do MRE para o MS, cooperação Sul-Sul em Aids e PEB, de 09 set. 2009.

¹²⁰ Documento MS.52 – Protocolo de Intenções MRE-MS, cooperação técnica internacional em saúde, 04 jul. 2005.

¹²¹ As demais representações eram da Aisa (Gabinete do Ministro) e das Secretarias de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), de Assistência à Saúde (SAS) e de Vigilância em Saúde (SVS). Estavam também representados na Comissão a Fiocruz e a ANVISA. Da parte do MRE, as representações eram da ABC, da Subsecretaria-Geral Política II e da Subsecretaria-Geral de América do Sul.

De qualquer forma, a instalação da Comissão aparentemente buscava legitimar o papel da ABC como Agência coordenadora da cooperação brasileira, que foi consolidado alguns anos depois. Na percepção de um dos informantes-chave, houve uma construção conjunta, mas que foi consolidada somente a partir de 2008, com a entrada do Embaixador Farani como diretor da ABC. Segundo a percepção de alguns entrevistados:

[...] a sequência do PCI para o Laços Sul-Sul foi feita dentro de uma atuação bem próxima com a ABC [...] e eles colocavam [as ações] no discurso como parte da política externa brasileira (E3).

[...] nós fomos construindo uma agenda mais ou menos comum com o Itamaraty, com a ABC. Eu me lembro que uma época onde essas relações foram muito próximas, foi na época do Ministro Farani na ABC (E2).

Quando se perguntou aos informantes-chave sobre esse Protocolo de Intenções e sobre a Comissão Intersetorial, nenhum deles mencionou conhecer o seu teor. No entanto, afirmaram que havia um diálogo fluido e uma boa aproximação entre as duas pastas nesse período anterior a 2008, especialmente porque o Embaixador Celso Amorim estava à frente do Itamaraty como Chanceler. Ressaltam também a inflexão positiva no diálogo com a ABC após a entrada do Embaixador Farani na direção da Agência, especialmente pela agenda então incorporada por ela. Nas palavras dos entrevistados:

[...] havia uma intenção de distinguir o Brasil dos demais países a partir de uma carteira de cooperação bilateral prestada [...] mostrar que o Brasil tinha capacidade de se coordenar com outros atores [...] e o papel da ABC era o de coordenação disso, fazendo o diálogo político [...] (E10).

A ABC naquela época estava assim, muito em evidência, em franca expansão e nós tínhamos, nós fazíamos ou apoiávamos as iniciativas da ABC [...] o Ministro Celso Amorim sempre foi muito sensível à área de saúde pública, [...] foi uma figura muito presente nos nossos trabalhos [...] havia um apoio muito grande da parte do Itamaraty (E11).

7.5. O CENTRO INTERNACIONAL DE COOPERAÇÃO TÉCNICA EM HIV/AIDS–CICT

O projeto do Cict foi construído entre os meses de setembro e novembro de 2004 por um grupo de técnicos da assessoria de cooperação internacional do PN-DST/Aids, em estreita parceria com o Unids no Brasil e do seu *headquarter* em Genebra¹²². Essa preparação envolveu a elaboração do conteúdo para a proposta de TSF, a ser encaminhado ao Unids; minuta de Memorando de Entendimento (MdE) para assinatura do governo brasileiro com o Secretário Executivo da agência; preparação do espaço físico e infraestrutura do PN-DST/Aids para acolher os técnicos que trabalhariam no Cict; e uma proposta de divulgação com estratégia de comunicação. Houve participação do MRE e da ABC na elaboração da minuta do Memorando

¹²² Documento CICT.12 – Síntese dos encaminhamentos da Iniciativa do Cict, 09 nov. 2004.

de Entendimento, que foi assinado em julho de 2005, no Rio de Janeiro, pelo então Ministro da Saúde do Brasil, Saraiva Felipe, e Peter Piot, diretor do Unaid.

No documento de sua criação o Cict foi definido como uma

[...] rede de pesquisa, conhecimento e intercâmbio de cooperação técnica horizontal [...] voltada ao fortalecimento da capacidade de países em desenvolvimento para responder à epidemia do HIV/Aids (Documento MS.08)¹²³.

No entanto, ao longo dos anos, as descrições a respeito do Centro o definem de forma variada, seja nos documentos oficiais seja na percepção dos informantes-chave. A menção ao Cict como uma rede ocorre apenas no MdE de 2005. As demais definições encontradas foram: “iniciativa conjunta do governo brasileiro e Unaid”¹²⁴; estrutura “facilitadora de cooperação técnica e de cooperação horizontal em HIV/Aids”¹²⁵; e “catalisador de demandas e articulador de programas e projetos de cooperação”¹²⁶.

Na perspectiva de grande parte dos entrevistados o Cict foi um projeto que o governo brasileiro apresentou ao Unaid, um TSF, tendo como propósito fortalecer a estrutura da cooperação internacional do Brasil em HIV/Aids, que já vinha se desenvolvendo desde os anos 1990 e já contava com o PCI como principal executor dessa agenda, mas que necessitava de sustentabilidade técnica e financeira, segundo vários informantes-chave (E1; E2, E3; E5; E9). Essa percepção é claramente explicitada na fala de um entrevistado: “o papel do Cict foi justamente consolidar um processo, uma experiência que já existia” (E9).

Os documentos apontam que, ao mesmo tempo em que o escopo do PCI havia sido revisto e ampliado pela gestão do PN-DST/Aids de 2004, com uma abordagem de “rede de cooperação” (Laços Sul-Sul) e não mais de Programa, o Unaid abriu a chamada de aplicação para TSFs que, como ferramentas de CSS daquela agência, oferecia uma oportunidade adequada para o fortalecimento institucional da cooperação Sul-Sul do Programa Nacional. O projeto do Cict, portanto, foi construído para essa convocatória do Unaid na perspectiva de obter os recursos necessários para dar continuidade e sustentabilidade à CSS do PN-DST/Aids.

Um dos informantes-chave afirma que a proposta de Unaid para os TSFs era centrada na preparação de consultores que tivessem experiência para desenvolver ações de CSS em HIV/Aids nos países em desenvolvimento:

¹²³ Documento MS.08 – MdE, criação do Cict, 27 jul. 2005.

¹²⁴ Documento CICT. 06 – Ata, oficina de planejamento do CICT, 04 ago. 2005.

¹²⁵ Documento CICT.07 – Ata Reunião GTZ e PN-DST/Aids, dez. 2005.

¹²⁶ Documento CICT. 04 – Relatório. Atividades do Cict, dez. 2009.

[os TSF] tinham como princípio a contratação de consultores, ou a identificação de consultores com o melhor perfil para atender uma determinada demanda de um país em desenvolvimento, seja profissional de saúde, seja da sociedade civil, para escrever projetos, dar assessoria [...] e esses consultores eram pagos, eram agentes de cooperação (E3).

Assim, o Projeto do Cict manteve essa característica e também aproveitou as experiências desenvolvidas nas instituições nacionais brasileiras. O PN-DST/Aids elaborou a proposta de um centro colaborador para a CSS em HIV/Aids, que atuaria atendendo as demandas de “assistência técnica” de países em desenvolvimento. Essa “rede colaborativa” seria operacionalizada com a “participação de outras agências internacionais [que tivessem] representação no Brasil, instituições de saúde, organizações da sociedade civil, institutos de pesquisa e universidades brasileiras, entre outras” (Documento CICT.13 – Projeto do Cict, nov. 2004).

Apesar de manter o discurso da horizontalidade intrínseco à CSS, o projeto do Cict utilizava o termo “assistência técnica” que, de certa forma, distanciava o país prestador daqueles receptores de cooperação, como também oferecia consultorias especializadas, que era uma característica da cooperação técnica do sistema da ONU. No entanto, percebe-se na fala dos informantes-chave que o PN-DST/Aids buscou distanciar o arranjo do Cict do que eram as atividades tradicionais de prestação de consultorias internacionais, muito comuns no cenário global da época. A rede colaborativa do Cict era composta por serviços de saúde do SUS, organizações não governamentais, instituições universitárias e representantes de redes e movimentos ligados à resposta à epidemia.

Na perspectiva de alguns entrevistados, a rede brasileira era o principal diferencial do Cict em relação aos demais TSF, e essa estruturação inclusive influenciou as discussões globais sobre a prática da cooperação técnica:

Eu diria que o Cict, na verdade, a criação do Cict influenciou, até um certo grau, a discussão da cooperação técnica em termos de apoio, *technical support* [apoio técnico] global. Eu, à época, participei de ‘n’ discussões sobre o tema. UnaidS estava criando as *technical support facilities* [...] que, por exemplo, no Brasil nunca foi [realizada] com consultores [tradicionais]. Não existia essa pessoa física de consultor especializado que só dá consultoria. A gente só colocava como consultor pessoas que tinham... que estavam na prática... E aí, o que se tinha de remuneração não era o padrão internacional, porque o padrão internacional era 600 dólares por dia, 500 dólares por dia, chegando a 700 ou 800 dólares por dia, dependendo do consultor. Mas [no Brasil] era muito mais um tipo de *pro labore* [...]. Então, era uma forma diferente de ver a consultoria, não como um *business*. Eram pessoas que trabalhavam na luta contra a Aids e que estavam contribuindo com outros países para ajudar a construir uma resposta melhor [à epidemia]... Aí você tem uma diferença fundamental do Cict em relação aos outros TSF (E3).

O Cict tinha instrumentos e parâmetros específicos para a execução das ações de cooperação, o que incluía tanto os valores de referência para pagamento das atividades (pró-labore), como também outras normas de execução, como por exemplo, cabia aos técnicos do Cict elaborar a proposta de cada atividade de consultoria, com termos de referência completos –descrição detalhada da atividade a ser realizada, requisitos necessários para o seu cumprimento, objetivos e resultados esperados¹²⁷. Os “agentes de cooperação” do Cict, apesar de receberem pelo trabalho, não eram tratados como consultores e sim como parceiros de cooperação:

A gente não pagava a cooperação. A cooperação brasileira sempre se valeu da *expertise* nacional. A gente não contrata uma consultoria, [...] o custo que tinha muitas vezes era com viagens [e diárias] do técnico. Isso partia dos projetos que financiavam o Programa Nacional. [...] (E1).

Ninguém poderia ficar rico com o que a gente pagava de *pró-labore*, nem só dar consultoria e não fazer mais nada, então você não perdia a prática. Acho que a segunda coisa é que as cooperações do Brasil sempre foram baseadas na experiência e no compromisso social. As pessoas que iam, eu sempre dizia, era também uma honra, também era entendido assim. Fazia bem para as pessoas, não é? Vai trabalhar em outro país, faz bem pro seu currículo, faz bem pra tudo, e eram pessoas dos serviços. Quem não quer? [...] Eu nunca vi ninguém dizer ‘há não quero ir’ por isso ou por aquilo. [Esses “agentes”] tinham um compromisso com a resposta, com as pessoas e tudo mais. Eu acho que é parte do que tem que ser *tailored* [costurado] pelo que o país quer, era novo na época, hoje já é mais lugar comum (E3).

Essa valorização e relação com os agentes de cooperação do Brasil também buscava conferir identidade horizontal à cooperação brasileira em HIV/Aids, até porque a experiência do PCI já havia demonstrado para a equipe do PN-DST/Aids que a prática da cooperação até então exercida pelo Programa não era adequada ao discurso de horizontalidade difundido pelo governo brasileiro.

Constata-se que os informantes-chave reconhecem a importância do PCI como estratégia relevante para impulsionar a visibilidade internacional da política de acesso universal do Programa Nacional e do próprio país. Mas, na prática, reproduziam-se, de certa forma, elementos de verticalidade na cooperação, assim como se experimentavam as dificuldades de um país em desenvolvimento para executar projetos de cooperação sem instrumentos legais adequados e legislação específica (E1, E2, E3, E4, E5 e E6). As entrevistas revelam que o processo de cooperação do PCI era centralizado e que as instituições brasileiras determinavam não só os protocolos clínicos que deveriam ser seguidos nos países, como eram os consultores brasileiros

¹²⁷ Documento CICT.15 – Parâmetros para execução dos Projetos ou Atividades Pontuais do Cict, set. 2007. De acordo com esse documento, a hora-aula de um técnico ou instrutor de capacitação não deveria passar de R\$ 60,00 (sessenta reais) e a operacionalização desses pagamentos era feita pelas agências internacionais financiadoras do Cict ou por meio de Prodoc.

quem fazia o controle de sua aplicação, inclusive sobre os pacientes que seriam incluídos na lista dos 100 tratamentos fornecidos pelo Brasil. Além disso, pela pequena quantidade de tratamentos que possibilitava, a doação de medicamentos brasileiros estava longe de oferecer impacto em alguns países onde era alta a prevalência da enfermidade. Na fala dos entrevistados evidenciam-se claramente essas questões.

Na verdade, se você tem um médico que está atendendo pacientes na ponta [no país], você não pode controlar, do Rio de Janeiro, quem vai entrar [no protocolo] e se está obedecendo aos critérios [estabelecidos] ou não. Havia um *micromanagement* [...] bem grande nesse programa específico de doação de antirretrovirais. [...] [naquela época ainda] era muito incipiente a noção de que acesso universal ao tratamento era um direito [...] E os países que financiavam respostas, que davam o dinheiro para os programas globais de Aids, não queriam pagar a conta do tratamento. [...] Então acho que foi muito simbólico o que o Brasil fez e acho que isso deu mesmo uma maior visibilidade ao papel do Brasil como assistência técnica. Você tem que lembrar que isso ainda é pré-fundo global... (E3).

Eu naquela época tinha uma visão de que [o PCI] era algo que o Brasil fez de importante, mas não teve impacto do ponto de vista epidemiológico nos países, porque 100 tratamentos [é muito pouco] em países aonde existem milhares e milhares de necessitados... Sem de modo algum tirar o mérito da iniciativa, porque, de alguma forma, serviu para que o país pudesse aprender a manejar as drogas a construir protocolos de tratamento (E2).

Ao mesmo tempo, os informantes-chave explicitam as condicionalidades da cooperação brasileira para o envio dos medicamentos, como apresentado na fala a seguir:

[...] o PCI condicionava o envio dos medicamentos a alguns países [que deviam] seguir certa terapêutica [...], ou seja, a gente estava na verdade fornecendo medicamentos, mas tendo também uma prática muito vertical. O que a gente sempre criticou nos países do Norte, não é? Alguma coisa foi feita em relação a adequações. Agora, quando nós passamos a atender a cooperação humanitária, até mesmo pelo envio de medicamentos de Aids para os países, isso mudou completamente. E é o que se faz na prática até hoje. [O envio de medicamentos] deixou de ser um elemento de cooperação em si, porque envio de medicamentos não é cooperação. Nunca foi. Mas naquele tempo era tido como se fosse. Está entendendo a diferença nesse conceito? Isso não é cooperação. Isso é um atendimento de cooperação humanitária e que não deve seguir ou sugerir nenhum tipo de condicionalidade. Eu me lembro dos países terem feito reclamações pro Brasil, por estar condicionando o envio dos medicamentos. Teve país que não respondia [...] E a gente enviava os medicamentos. Quando os medicamentos chegavam lá os países não tinham condição de dar continuidade, mesmo com capacitação, e os medicamentos se perdiam. [...] essa logística é feita por um organismo internacional, ou uma ONG que esteja preparada e que não dependa tanto do governo para [a utilização do] medicamento [...] (E1).

Percebia-se, portanto, a necessidade de aproximar a prática da CSS em HIV/Aids do discurso difundido pelo governo brasileiro. Além disso, observou-se e reconheceu-se que havia desafios a serem superados por um país em desenvolvimento que se arriscava nos caminhos da cooperação:

O Brasil sempre teve boa intenção de ajudar os outros países, sem dúvida. O que aconteceu foram elementos mesmo de falta de condição de um país de ter a importação de medicamentos ou a aquisição do conhecimento para tal. Até adquiria esse conhecimento, mas cadê os instrumentos para poder botar em prática? Isso depende de várias outras coisas [de outros setores]. O PCI fazia isso, instrumentalizava as pessoas, mas não dava... tinha limites né? Havia limitações [...] e assim mesmo mandava os medicamentos, agora como vai ser feito isso lá [...] o monitoramento [...] a gente não tinha pernas para fazer isso (E1).

Portanto, o PN-DST/Aids ao desenhar o projeto do CICT precisava alinhar o discurso à prática e fazer diferença na operacionalização da cooperação. Assim, o CICT foi desenhado como um projeto que não só aproveitava a capacidade de interlocução e de liderança do PN-DST/Aids em relação às instituições envolvidas na resposta nacional, como também foi posto em prática para aproximar esses interlocutores brasileiros de seus pares nos países receptores e promover a prática da CSS. Com isso, superava-se a etapa do PCI e adentrava-se numa outra fase da cooperação, de maneira a continuar aproveitando a conjuntura internacional que estava favorável ao Brasil e a disposição dos países desenvolvidos de financiar a CSS em HIV/Aids:

Acho que [o PCI] sedimentou um pouco a posição do Brasil como um parceiro importante na cooperação Sul-Sul. Então aí é que a coisa começa com relação a cooperação Sul-Sul, que é diferente do que se tinha. Você tinha especialistas de países desenvolvidos indo pra África para ensinar como fazer as coisas e o Brasil começou a ir [também], a entrar como um parceiro mais forte e atraiu investimento, né? Acho que você tem uma pergunta sobre a mudança entre a Cooperação Externa para a Assessoria de Cooperação internacional... É que se dá nesse contexto de um interesse maior no papel da cooperação Sul-Sul por parte das Nações Unidas e por parte de alguns países desenvolvidos como a Inglaterra e a Alemanha, que foram os dois países que deram mais impulso para a cooperação [no Programa Nacional], além do Unicef, que foi um grande parceiro do Brasil (E3).

Confirma-se que no arranjo do CICT cabia a parceria técnica tanto com instituições e organizações nacionais como internacionais. Em relação às nacionais, coube à equipe do PN-DST/Aids sistematizar um banco de dados com todas as instituições que postularam participar desse arranjo de cooperação¹²⁸. Com as instituições internacionais foram estabelecidas parcerias bilaterais específicas.

¹²⁸ As instituições postulantes apresentavam sua proposta num formulário elaborado pela equipe técnica do Cict e que ficava disponível *online*, na página do Centro. A aprovação das organizações acontecia nas reuniões do Sub-IRG sub-grupo do Grupo Internacional de Referência (*International Reference Group*–IRG). Houve lançamentos de editais internacionais na região da América Latina e Caribe para cadastramento de instituições e organizações como “potenciais fornecedores de assistência técnica no contexto da cooperação horizontal” (Documento CICT.07)

7.5.1 O arranjo de cooperação do Cict

As instituições internacionais que apoiaram técnica e financeiramente o mecanismo de cooperação do Cict foram o Dfid inglês e a GTZ alemã. Os documentos apontam que as duas agências haviam atuado para assentar as bases dos processos de trabalho do novo arranjo de cooperação que já tinha a parceria com o Unaid, e que seria operacionalizado pela ACI do PN-DST/Aids.

No entanto, havia diferenças nas relações, nos interesses e na própria participação das agências bilaterais no arranjo do Cict, o que mais tarde veio a dificultar a sustentação do arranjo de cooperação:

O inglês estava mais interessado em desenvolver um tipo de *business model*. Teve um consultor que ficou no Brasil bastante tempo. Aliás, ele era um consultor *top-top*, desses que o Dfid devia tá pagando uma fortuna. Então, o dinheiro do Dfid era muito *earmarked*, era um dinheiro que eles colocavam para ajudar a gente, [mas] não era dinheiro para a cooperação em si. A GTZ [por outro lado] botou dinheiro para cooperação. Acho que a GTZ [...] entrou mais como parceira. O Dfid era muito um *silent partner*, porque eles também não queriam anunciar muito o apoio, porque eles estavam num período de retração dos recursos em epidemias de baixa concentração. Então, o Dfid ajudou a estruturar e a GTZ teve dinheiro para apoiar atividades. Acho inclusive que a GTZ pagava um dos consultores [técnico do Cict]. [...] então, os dois bilaterais ajudaram: um com dinheiro pra atividades, pra ajudar a pagar as cooperações, e outro com o dinheiro para apoiar a organização [...] (E3).

Apesar da importância das agências na institucionalização do Cict, essas diferentes relações mais tarde viriam determinar a tomada de decisão do Programa Nacional e consequentemente os rumos da execução do projeto do Cict.

Você tem [nessa época] uma forma de se relacionar com os parceiros que é um pouco mais organizada [comparada ao período anterior]. Agora, com relação às agências é como eu falei, depende muito do perfil da agência. Se você tem uma agência como o Dfid, com o perfil do Dfid, que entendia muito bem o seu papel de financiador e de apoiador, a coisa funcionava bem. Agora, se você tem uma agência que não tinha muita clareza do que significava ser financiador e que queria ter uma participação na gestão e nos projetos de cooperação, como no caso da GTZ e do próprio Unaid, num determinado momento, aí ficava mais complicado (E9).

Percebe-se que a GTZ teve uma participação mais intensa e próxima do desenvolvimento das ações de cooperação coordenadas pelo Cict, mas essa aproximação ocasionou certa confusão de papéis no próprio arranjo do Centro, que foi evidenciada em algumas falas:

Talvez dentro do Departamento elas [as agências bilaterais] tivessem até um lugar bem determinado. Eu acho que para além do Departamento, faltava articulação intersetorial com os ministérios, articulação de governo, e de política externa mesmo do país. Se eu não me engano, o Cict era uma concertação de iniciativas que não eram puramente brasileiras também... tinha aporte da GIZ,

tinha de outros países... talvez por isso também ele não tivesse “essa cara” de política externa brasileira (E8).

[...] eu achava que o Brasil tinha que se distinguir dos demais países e ter uma carteira [própria] de cooperação bilateral prestada. E também uma carteira de cooperação trilateral (E10).

A relação do Cict era assim baseada muito na relação do governo brasileiro com os governos dos outros países. Baseada nessa interação já estabelecida pelo Programa Nacional e também um pouco pela ABC. E tentava fazer de uma forma que pudesse atender as exigências do acordo que existia entre o governo brasileiro e o Unaid: de trabalhar as questões que eram importantes também para o Unaid. A questão da implementação dos Três Uns, as coisas que o Unaid vinha trabalhando. Então, [a ideia era] usar um pouco a experiência de cooperação do Brasil para fazer avançar um pouco a agenda do Unaid com relação ao enfrentamento da epidemia na estrutura global nos países com os quais o Brasil trabalhava (E9).

Observa-se, assim, a existência de algumas divergências na percepção dos atores sobre a cooperação brasileira em Aids, que aparentemente tentava exercer um duplo papel: aproveitar a conjuntura favorável nacional (ao Programa e à CSS), assim como atender e apoiar os objetivos de seus próprios financiadores externos.

No que concerne às relações com as agências bilaterais, as relações de cooperação com o Cict estão legitimadas em documentação internacional específica. No caso do Reino Unido, apesar da existência de outros documentos de cooperação vigentes à época com o Brasil¹²⁹, o que legitimou a parceria com o Cict foi um MdE assinado em 2006 entre o Chanceler Celso Amorim e o Ministro do Departamento de Desenvolvimento Internacional do Reino Unido, Gareth Thomas¹³⁰. Esse documento não só assinalava a intenção britânica de fortalecer o Centro e de intensificar ações que ampliassem as oportunidades de cooperação para “reduzir a incidência e o impacto do HIV/Aids nas pessoas e nas sociedades”, como também sinalizava a disponibilidade de uma quantia de um milhão e cem mil libras esterlinas, que foram administradas pela GTZ alemã, por intermédio de um “co-financiamento” entre as duas agências bilaterais (Dfid e GTZ). O MdE apresentava uma parceria financeira, ou Fundo, cujo propósito foi de:

[...] apoiar o fortalecimento do Cict/Aids no Brasil e sua capacidade institucional, de modo a disponibilizar conhecimento técnico e especialização aos países interessados, em particular nas regiões da América Latina e do Caribe e aos países da África, à medida que tais países reagem ao HIV/Aids (Documento MRE.64 – Memorando de Entendimento. Brasil-Reino Unido. CICT. 07 mar.2006).

¹²⁹ O Acordo Básico de cooperação do Reino Unido com o governo brasileiro é de 1968 (Documento MRE.62 – Acordo Básico de Cooperação Brasil-Reino Unido, 1968). Trinta anos depois, um Ajuste Complementar apresenta o DFID e a ABC como agências coordenadoras da cooperação técnica estabelecida entre as instituições nacionais de ambos os países (Documento MRE.63 – Ajuste Complementar. Cooperação Técnica DFID-ABC, fev. 1998).

¹³⁰ Documento MRE.64 – Memorando de Entendimento. Brasil-Reino Unido. Cict. 07 mar.2006.

Já com a Alemanha, a parceria bilateral do Brasil em Aids era anterior. Em 2001, logo após a Sessão especial da ONU e antes do lançamento do PCI pelo governo brasileiro, foi assinado o Ajuste Complementar para execução de um projeto específico na área de Aids¹³¹: projeto “Fortalecimento do Programa Nacional de DST/Aids do Brasil”. Esse Ajuste foi proposto nos mesmos termos utilizados nos documentos firmados anteriormente pelos dois países: basicamente eram apresentações das atribuições tanto do governo brasileiro como do alemão, nas ações de suporte às instituições brasileiras.

É importante ressaltar que no primeiro “Acordo Básico de Cooperação Técnica entre o Brasil e a Alemanha”, publicado por Decreto Presidencial em 1964, cabia à Alemanha ações de assistência técnica e ao Brasil o provimento de meios para que estas ações fossem operacionalizadas no território nacional¹³². Nesse documento estão definidas as principais ações de cooperação que seriam pautadas pelas consultorias alemãs de longo prazo, permitindo ainda que os consultores trouxessem seus familiares para morar no Brasil durante o período de consultoria. Essa linha de relação bilateral foi seguida em todos os documentos posteriores.

Na saúde foram assinados dois ajustes complementares ao Acordo Básico de 1964, ambos com a Fiocruz. O primeiro, de 1977, versava sobre a colaboração institucional entre Fiocruz e o Instituto Bernhard Nocht de Hamburgo para execução de projetos específicos nas áreas de doença de Chagas, Leishmaniose, viroses tropicais e helmintíases transmitidas por vetores¹³³. O segundo, de 1986, foi um Ajuste Complementar para execução de um projeto bilateral na área de pesquisa e desenvolvimento tecnológico com o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), também da Fiocruz¹³⁴. O Acordo Básico de 1964 foi modificado pelos dois governos em 1996¹³⁵, com um detalhamento maior em relação às providências que deveriam ser tomadas pelo governo brasileiro para garantir a plena atividade dos técnicos alemães enviados ao Brasil. A partir de 1996, todos os privilégios, isenções, imunidades e proteção, foram estendidas também aos familiares dos consultores alemães. Ao governo da Alemanha cabia a responsabilidade com a moradia e com os deslocamentos nacionais e internacionais dos técnicos alemães e daqueles outros contratados por eles no Brasil.

No Ajuste Complementar de Aids, assinado em 2001, o objetivo da cooperação alemã era “criar os pré-requisitos para o desenvolvimento, a nível nacional, de um monitoramento

¹³¹ Documento MRE.69 – Ajuste Complementar. Brasil-Alemanha em Aids, agosto, 2001.

¹³² Documento MRE.65 - Acordo Básico. Cooperação Técnica Brasil-Alemanha, jul. 1964.

¹³³ Documento MRE.66 - Aprovação de Convênio de Cooperação Brasil-Alemanha em saúde, fev. 1977.

¹³⁴ Documento MRE.77 – Projeto Bilateral ALE-BRA, INCQS, jan. 1986.

¹³⁵ Documento MRE.68 – Segundo Acordo Básico. Cooperação técnica Brasil-Alemanha, set. 1996.

epidemiológico”. Para tanto, o governo alemão investiria até o total de novecentos e sessenta mil marcos alemães, para a compra de aparelhos e materiais (que poderiam ser de consumo dos laboratórios), medicamentos e mesmo materiais de escritório. Em contrapartida, o governo brasileiro, apoiaria a execução das ações de cooperação técnica da GTZ no país¹³⁶. Assim, o PN-DST/Aids e a GTZ passaram a ser contrapartes diretas dessa cooperação, que estaria sob a supervisão da ABC. O mesmo documento definia a contribuição do PN-DST/Aids: desde a disponibilização de espaço e de infraestrutura necessários para escritórios e laboratórios, até a coordenação das ações bilaterais com a participação de outras instituições doadoras, identificadas como relevantes para benefício da cooperação bilateral, além de também contratar pessoal técnico qualificado para a cooperação. O que comportou perfeitamente a intenção de cooperação financeira do Dfid quatro anos depois.

Nesse Ajuste a GTZ é mencionada apenas como executora da cooperação, seguindo o padrão de documentos firmados pelos dois países nas suas relações bilaterais. No entanto, um ponto que diferenciou esse acordo de 2001 em relação aos anteriores foi a menção de que os técnicos alemães também seriam formados no Brasil, de onde se pode inferir a intenção alemã de se aperfeiçoar nas questões relativas à resposta brasileira à epidemia de Aids. A GTZ teve um escritório nas instalações do PN-DST/Aids e permaneceu ali até meados de 2009.

Observa-se, assim, que tanto o Dfid como a GTZ proporcionaram sinergias importantes para a sustentabilidade técnica e financeira do Cict, possibilitada pelo arranjo do TSF e sustentada pelos acordos bilaterais. Agora, enquanto a parceria com o Dfid era como financiador, com o governo alemão o Cict significava uma oportunidade de coordenar a CSS financiada por eles com países em desenvolvimento e também de fortalecimento de sua cooperação trilateral. De acordo como o Documento CICT.03, para a Alemanha o Cict tinha característica de projeto regional de cooperação¹³⁷, onde o:

[...] o objetivo do projeto é apoiar o desenvolvimento da capacidade do Cict a fim de conquistar cooperação coordenada com países em desenvolvimento que estivessem interessados em cooperação triangular ou trilateral. Isto envolve a definição e a implementação de procedimentos transparentes para a identificação e engajamento de parceiros no contexto da cooperação Sul-Sul (Documento CICT.03 – Relatório. 2005-2008, p.9).

A proposta do Cict e sua estrutura de governança sob a coordenação do governo brasileiro tinha credibilidade e atraía o investimento dos parceiros internacionais. Agora, por sua

¹³⁶ Documento MRE.69 – Ajuste Complementar. Brasil-Alemanha em Aids, agosto, 2001.

¹³⁷ Para maior detalhamento ver: GIZ – Supraregional HIV/AIDS Control in Latin America, the Caribbean and Africa, disponível em: < <https://www.giz.de/en/worldwide/12939.html> > Acesso em: 12 jan. 2017.

natureza internacional e por envolver uma grande diversidade de parceiros, a governança do Centro se dava por meio do Grupo Internacional de Referência (*International Reference Group*–IRG), que tinha como principal objetivo “estabelecer as diretrizes e prioridades do Centro, bem como apoiá-lo na execução de seu planejamento estratégico e no controle de qualidade de seus programas de cooperação técnica”¹³⁸. Segundo esse mesmo documento, o IRG também tinha o papel de “consolidar o mandato internacional do Cict no âmbito da CSS e garantir maior engajamento de diferentes atores na condução de suas atividades” (p.10). Esse grupo era formado por um representante do governo brasileiro e um do Unaid, mas contava também com outros parceiros para a governança do Cict: a sua presidência e mais quatro pontos focais dos países do GCTH; a Secretaria do Caricom; representantes da sociedade civil (duas redes de organizações da sociedade civil da América Latina e Caribe e a Aliança Internacional em HIV/Aids); representante de co-patrocinadores de Unaid; representantes de instituições multilaterais (Banco Mundial e Fundo Global); e representantes das agências de cooperação bilateral financiadoras (Dfid e GTZ)¹³⁹. O IRG se reuniu em 2006, 2007, 2008 e 2010¹⁴⁰.

Estabeleceu-se também o Sub-IRG, um subgrupo do IRG formado pelo Programa Nacional, Unaid, Dfid, GTZ e Unfpa locais, que se reuniam uma vez por mês, a fim de garantir a execução e o cumprimento das diretrizes estabelecidas pelo IRG.

Para um dos informantes-chave, como o Cict era uma estrutura nova, por receber apoio de diferentes parceiros e ter uma estrutura de governança colegiada, poderia funcionar em qualquer espaço, tendo sido cogitado inicialmente que ele funcionaria nas instalações de Unaid, ou mesmo num lugar “neutro”. No entanto, por uma questão de contenção de gastos, ele passou a funcionar na ACI do PN-DST/Aids (E1).

Ao mesmo tempo, o fato de ter funcionado dentro da ACI aparentemente gerou certa confusão interna entre os técnicos do Programa Nacional, assim como nos países parceiros (E1 e E8), pela dificuldade de diferenciação de papéis dentro da ACI (E5 e E8):

[...] lembro que tinha a área de cooperação internacional [...] e tinha paralelamente, no mesmo espaço, o Cict [...] A GIZ não era dentro da Coopex, mas tinha um pouco essa mistura, digamos assim. Pra quem via de fora todos esta-

¹³⁸ Documento CICT.03 – Relatório. 2005-2008.

¹³⁹ Documento CICT.14 – Ajuda Memória. Reunião IRG, 12 mar. 2010.

¹⁴⁰ As quatro reuniões do IRG foram: 1) Rio de Janeiro (16 nov. 2006), criação do IRG. 2) Buenos Aires (17Abr. 2007), gerência de sistema e banco de dados. 3) São Paulo (28 mar. 2008), revisão do termo de referência e apresentação do relatório do Cict. 4) São Paulo (12 Mar 2010), Apresentação do Relatório de Atividades do CIC, do relatório da Avaliação Externa, novas propostas e próximos passos (Documento CICT.14 - Ajuda Memória. Reunião IRG, 12 mar. 2010).

vam no mesmo andar, ainda que em salas diferentes. E uma coisa que não ficava clara para o olhar externo é quem era técnico do Cict e quem era da Coopex, dentro do próprio Departamento. Eu lembro que os e-mails tinham alguma terminação diferente, ou os técnicos diziam: ‘eu sou pago pelo CICT, não sou pago pela Coopex (E8).

Aparentemente era difícil entender o arranjo do Cict. Um entrevistado afirmou que mesmo o primeiro diretor do Centro não entendeu e também não se adaptou à lógica daquele arranjo de cooperação (E1) e outro explicitou: “o primeiro diretor ficou só três meses... não dava mesmo” (E3). Nas palavras do próprio entrevistado:

Ele inclusive pedia um pouco mais de independência, não queria tratar com o pessoal da ACI, quando na verdade o que se queria era justamente essa sinergia, porque o Cict deveria e fez muito bom uso da estrutura da ACI [...] Imagine criar o Cict sem uma ACI! Ele não existiria [...] cadê o histórico? Cadê o levantamento [das cooperações]? Por onde chegariam as demandas? Inicialmente foi a ACI que ajudou a criar... a movimentar [essa dinâmica]. E fez muito bem. Depois, [...] com o Carlos Passarelli, no momento que houve essa interação, ACI-Cict, tudo funcionou muito bem (E1).

A participação das agências no Cict e o alto investimento na estrutura organizacional, que incluiu o treinamento da equipe técnica, contribuíram para certa especialização e diferenciação entre os técnicos.

Em agosto de 2005, a GTZ moderou uma oficina de planejamento para técnicos da Coopex, da GTZ, do Unids e os recém-contratados do Cict, com o objetivo de apresentar um método de planejamento, utilizado pela cooperação técnica alemã – o método ZOPP (*Zielorientierte Projektplanung*) –, que significa Planejamento de Projetos Orientado por Objetivos¹⁴¹. Nessa oficina a expectativa era de que a GTZ oferecesse sua experiência para complementar o planejamento do Cict, partindo da problematização conjunta sobre o trabalho de cooperação da ACI e das relações interinstitucionais envolvidas. No final desse mesmo ano foram negociados os termos dessa relação de cooperação técnica entre a GTZ e o Cict¹⁴².

O Documento Cict.06 traz os elementos sobre o primeiro ano de trabalho dos técnicos e também a indicação de que esses profissionais sentiam a necessidade de definir o trabalho do Cict, distinguindo-o do que eram as atividades da Coopex. O grupo queria definir processos de trabalho específicos para o Cict, assim como sistematizar os seus principais instrumentos. Assim, a cooperação alemã, que se seguiria, foi pactuada, portanto, nos seguintes termos: “Forta-

¹⁴¹ Documento CICT.06 – ATA. Oficina de Planejamento do Cict, 04 ago. 2005.

¹⁴² Documento CICT.07 – ATA. Reunião entre GTZ e Programa Nacional de DST/Aids. Definição do Projeto de Cooperação Bilateral GTZ-PN Aids. 2 dez. 2005

lecer institucionalmente o Cict”, criando e legitimando estruturas e regras administrativas, competências e processos de decisão formais, sistema de Monitoramento e Avaliação e gestão de qualidade¹⁴³.

Paralelamente, o Dfid contribuiu para a contratação de uma consultoria internacional entre os anos 2006 e 2008, com o propósito de apoiar o Cict na melhoria de seus processos financeiros e administrativos, com o intuito também de torná-los mais efetivos e transparentes. Assim, o Dfid contratou um consultor britânico para construir os seguintes processos em parceria com a equipe do Cict:

Plano estratégico (plano de longo prazo de 3 a 5 anos); Planejamento orçamentário e operacional [plano anual que unificava as diferentes fontes de recursos]; desenvolvimento de projetos [identificação, desenho e execução de uma variedade de iniciativas de cooperação, incluindo a gerência de contratos e monitoramento e avaliação]; gerência da rede de organizações [processo que compreendeu desde o credenciamento, a seleção para atuação nos projetos e a avaliação do trabalho das organizações que se apresentam para colaborar nas atividades do Cict, além de um banco eletrônico que foi estabelecido com informações sobre essas organizações, que poderia ser acessado pela página eletrônica do Cict na internet] (Documento CICT.03 – Relatório. 2005-2008).

Dessa forma, percebe-se que ao mesmo tempo em que o a GTZ e o Dfid atuaram no fortalecimento institucional do Cict, aparentemente também contribuíram para a distinção de processos entre o Cict e a ACI, conferindo uma prática de cooperação em HIV/Aids com autonomia técnica e financeira tanto em relação à Aisa do Ministério da Saúde, quanto em relação à ABC.

Apesar da ABC e do MRE terem participado das negociações do MdE do Cict, não foram encontrados registro da participação da ABC nem da Aisa nas reuniões do IRG, apesar dos informantes-chave afirmarem que eram feitos os convites para participação dessas instâncias nas grandes reuniões com os parceiros do Cict. Apenas um documento explicita a presença de um representante da ABC, como um dos representantes do governo brasileiro no IRG, o registro da reunião de março de 2010¹⁴⁴. Para um dos informantes-chave, apesar da participação do MRE nas negociações do MdE de criação do Cict, não ficou claro para a ABC o seu papel no arranjo do Centro:

Houve um problema realmente. Primeiro pelo desconhecimento do MRE do que era realmente o Cict. Apesar de nós termos um *concept paper* [...] a instância que foi sinalizada pelo MRE não era a ideal. A ideal era a que trabalha com cooperação, que seria a ABC. Mas, depois a ABC conheceu a iniciativa,

¹⁴³ Documento CICT.07 – ATA. Reunião entre GTZ e Programa Nacional de DST/Aids. Definição do Projeto de Cooperação Bilateral GTZ-PN Aids. 2 dez. 2005.

¹⁴⁴ Documento CICT.14 – Ajuda Memória, Reunião IRG, 12 mar.2010.

se envolveu e defendeu o Cict, colocando que o Brasil tinha que ser o protagonista disso e resolvendo uma questão específica que houve com a Alemanha (E1).

Apenas em 2008, com a mudança de diretor, houve maior preocupação da ABC em entender o trabalho de cooperação do Cict, e da direção do PN-DST/Aids de aproximar a ABC das discussões sobre o arranjo e as parcerias (E1 e E10), que culminaria com mudanças importantes no mecanismo de cooperação do Cict a partir de 2010. De qualquer forma, foi comum na fala dos informantes-chave a percepção sobre a autonomia institucional do Cict e do Programa Nacional em relação à ABC e à Aisa. Alguns entrevistados consideram que essa autonomia não deveria ter existido e que houve cobranças da ABC em relação à necessidade de alinhamento das ações do Cict com os Acordos internacionais do governo brasileiro com os países parceiros com os quais o Brasil tinha ações de cooperação em HIV/Aids.

A ABC naquela época [2009-2012] estava muito em evidência, em franca expansão. Sempre que possível, executávamos ou apoiávamos as iniciativas da ABC. [...] lembrando que era na época do governo Lula, que tinha uma diplomacia muito ativa, inclusive no plano Sul-Sul, e vontade política e recursos para tocar projetos de cooperação. Então nós tínhamos projetos de cooperação que fazíamos diretamente, e outros para os quais nós nos apoiávamos na ABC (E11).

O Cict, por exemplo, eu achava que tinha que passar por dentro da ABC [...] Isso ia aumentar e consolidar aquele projeto, dar a ele consistência, continuidade, segurança etc (E10).

[...] nós começamos a remeter todos os nossos projetos aos acordos de cooperação do MRE [...] nós fomos chamados atenção nisso, mas a gente poderia simplesmente tocar, porque se tratava de uma iniciativa internacional, sem vínculo nenhum com o governo brasileiro... Mas a ACI prontamente atendeu. Eu lembro que a gente teve que localizar, para todas as iniciativas de projetos de cooperação, o acordo básico entre os países (E1).

[...] a gente não ia pra ABC junto com a Aisa. Nós íamos pra ABC como Programa de Aids. Com a Aisa não havia formalidades. Por uma questão de boas relações, [...] eu mantinha a Aisa informada (E3).

A gente sempre trabalhou muito com a ABC no sentido de estabelecer que as cooperações do Cict fossem implementadas dentro do marco das cooperações da ABC. Então, a gente tinha uma relação muito franca e contatos com as pessoas da ABC, com a direção da ABC [...]. Com a Aisa a gente tinha um diálogo. Mas um diálogo muito mais do ponto de vista das questões políticas da cooperação do que dos projetos de cooperação em si mesmos, porque a área de cooperação da Aisa era uma área que a gente não conhecia muito bem. Não conhecíamos a forma de trabalhar da Aisa na área de cooperação (E9).

[...] o que eu sinto é que sempre teve entendimentos diferentes com relação a essa questão da institucionalidade, eu acho que teve pessoas que entendiam que a institucionalização demasiada podia ser uma perda de tempo, de esforço [desnecessário] [...] talvez por ser gente da área de saúde e falar: 'não, nós queremos salvar vidas, queremos fazer coisas importantes'. Mas não, [...] você está dentro de um arcabouço institucional que se você não formaliza isso, você está perdendo uma parte importante do seu objetivo principal [...] quando a gente faz cooperação você não faz cooperação simplesmente. Você está dentro

de uma política externa mais ampla, entre governos. E aquilo tem uma importância técnica, tem uma importância na área de saúde, mas tem uma importância política também. Acho que a gente saía disso no período do Cict principalmente. Eu acho que tinha essa coisa de ir fazendo e às vezes prestava-se contas até para as organizações parceiras, GTZ, Dfid, mas dentro de um processo meio de 'ir fazendo', sem se preocupar muito em colocar aquilo dentro da política externa do Brasil e eu acho que a gente perde muito [com isso] (E5).

Aparentemente existe consenso de que o período do Cict foi um período de expansão da cooperação do Brasil em HIV/Aids. No entanto, pode-se dizer que essa percepção positiva veio acompanhada também de certa confusão de papéis institucionais, o que pode ter dificultado a manutenção e sustentabilidade do arranjo da maneira como ele foi originalmente desenhado.

Desde o primeiro ano de execução do projeto do Cict, logo após a saída do primeiro diretor (Celso Ramos), o segundo, Carlos Passarelli, passou a responder também pela chefia da ACI do PN-DST/Aids. Além disso, naquela assessoria existia uma divisão de trabalho que em linhas gerais resumia-se em dois grandes blocos: as atividades do Cict e as atividades de assessoria internacional da diretoria do Programa Nacional. Neste último estavam as cooperações solicitadas diretamente ao governo brasileiro (seja via ABC ou diretamente à direção do PN-DST/Aids), que não envolviam a interlocução do Cict.

Ao mesmo tempo, a divisão de trabalho dentro da ACI não só era confusa entre os técnicos (nem todos participavam de ações dos dois lados), como também causava confusão nos observadores e interlocutores externos. Como cabia ao Programa Nacional administrar a parceria das agências assim como prover todas as condições para a operacionalização do Cict (o que incluía a contratação dos técnicos), em princípio todos trabalhavam para a ACI, mas nem todos falavam pelo governo brasileiro. Ao mesmo tempo, dependendo da agenda, esses técnicos representavam também os interesses das agências que financiavam o Cict e que, de certa forma, incidiam na cooperação técnica.

Durante o período de vigência do projeto do Cict (2005-2010), a maioria dos técnicos da ACI foi contratada para exercer atividades no Cict e houve apenas um servidor do MS na equipe, os demais técnicos eram contratados por Prodoc, e um deles foi contratado diretamente pela GTZ.

Cabia, portanto, ao chefe da ACI e à direção do PN-DST/Aids manejar e decidir a condução das missões e atividades, avaliando o caráter político e técnico da participação brasileira, a fim de tentar minimizar uma grande dificuldade dos países parceiros: a identificação dos diferentes papéis dos técnicos do Cict na ACI e o entendimento da funcionalidade da parceria estabelecida com a ACI-Cict, no contexto geral da CSS do Brasil em HIV/Aids.

Entretanto, segundo um dos informantes-chave, a separação dos processos de trabalho da ACI não era um problema:

A ACI era uma divisão do programa de Aids, o Cict era uma iniciativa de cooperação. Era um projeto que iria alavancar a cooperação especificamente no âmbito da Aids. A ACI ficaria com a parte política e com outras questões que não diziam respeito ao Cict, e o Cict [seria] uma [nova] estrutura dentro do Programa (E1).

No entanto, na prática, ao longo da execução do projeto do Cict, toda a cooperação prestada pelo Programa Nacional foi incorporada e passou a ser coordenada pelo Centro, inclusive as demandas que não chegavam sob a sua interlocução. O que ficava realmente à parte do Cict eram as agendas de participação do PN-DST/Aids nos fóruns multilaterais e qualquer outra demanda que envolvesse a participação internacional da Direção do Programa.

Havia na ACI, portanto, uma “zona cinza” ou um espaço de interseção entre o Cict e as atividades da antiga Coopex. Essa zona cinza será denominada nesta tese de “área de negociação da cooperação internacional do governo brasileiro em HIV/Aids”, pois era o único espaço da cooperação da ACI que estava livre da interferência das agências internacionais patrocinadoras do Cict. A partir de 2008 essa zona de interseção começou a ser tensionada.

No auge da execução do projeto do Cict, cabia ao chefe da ACI fazer a coordenação da agenda internacional do PN-DST/Aids, administrar as relações interinstitucionais e as expectativas tanto nacionais como internacionais que estavam envolvidas na prática da CSS do governo brasileiro em DST/Aids.

Alguns documentos e a fala dos informantes-chave apontam para sinais de desgaste nas relações do PN-DST/Aids com as agências parceiras, especificamente o Unids e a GTZ, e a aproximação e estreitamento do diálogo e da parceria do PN-DST/Aids com a ABC, o que provocou alargamento da “zona cinza”. Não foram encontrados registros sobre quando precisamente se iniciou essa fase de tensões. O que se tem são atas e Ajudas-memórias de reuniões entre os parceiros, onde se discutiram os processos de trabalho do Cict e a possibilidade de realização de sua avaliação externa (ou uma avaliação independente). Esses registros são posteriores à renovação do MdE do Cict. Os entrevistados também não souberam precisar esses tempos:

[...] Talvez 2008 ou 2009, 2009, provavelmente. Aí criou-se o problema do Unids querer *micro management* [micro gerenciar] o Cict. [...] Nós tivemos uma relação muito difícil com o Unids no Brasil e a gente cortou a parceria [...], foi um período muito difícil (E3).

Para alguns entrevistados, as tensões tiveram início quando a Direção do Programa Nacional começou a resistir sobre a interferência das agências, especialmente de Unaid, na prática e no cotidiano da gestão do Cict que, para o Unaid, já não mais cumpria apenas a sua agenda específica. Ao mesmo tempo, discutia-se com a ABC a relação institucional do Programa Nacional com a GTZ. Com isso, o que antes era uma relação virtuosa entre o Programa Nacional e as agências, passou a ser uma relação de disputa de poder sobre o Cict, especialmente com a GTZ e com o Unaid (aparentemente essas questões não se passaram com o Dfid):

A GTZ não era barata, era cara. Por exemplo, a [nossa] contribuição para a GTZ incluía a permanência do próprio escritório da GTZ dentro do Departamento. Isso incluía os equipamentos deles, os salários dos consultores, dos técnicos, de uma coordenadora e de três consultores que estavam sempre com a gente. Então isso é caro, e isso contava como contribuição. E a gente achava que isso não era justo. A gente queria uma contribuição técnica, mais técnica e nossa briga com a avaliação foi justamente isso, que a contribuição ela não se deu dessa forma, tão azeitada como a gente esperava. Por outro lado, a nossa relação com o Dfid foi maravilhosa...tanto o Dfid local aqui no Brasil quanto a matriz, lá em Londres, sempre deram apoio, apostaram nessa iniciativa, se dispuseram a continuar, depois desse impasse todo que houve da avaliação, meta avaliação etc., mas foi um problema de continuidade mesmo (E1).

O trabalho com o Dfid foi um trabalho muito interessante na medida em que para o Dfid era muito claro o seu papel em relação ao Cict e em relação ao governo brasileiro. O Dfid, o governo britânico, não tinha nenhum tipo de ingerência nos processos do Cict, muito pelo contrário. Ele atuava como fomentador, ou aperfeiçoador das necessidades que o governo brasileiro apresentava em relação ao Cict. Então, por exemplo, eles ofereciam formação, ofereciam consultoria para ajudar a responder as questões colocadas por nós. Outras agências, como o próprio Unaid, não sei precisar o momento, ou com a GTZ, já tinham uma abordagem um pouco diferente, eles queriam participar da cooperação. Eles queriam ser implementadores do trabalho do Cict, o que criou certo atrito num determinado momento, porque não era essa a expectativa do governo brasileiro. [...] a gente tentava um pouco trabalhar com essas questões, mas deixando bem claro para as agências que trabalhavam com a gente que, quem fazia a governança [dos processos] era o governo brasileiro... Não era Unaid, nem GTZ, nem o Dfid, o que era muito bem aceito pelo Dfid, mas era menos digerido pelo Unaid e pela GTZ, que queriam estar dentro da estrutura do Cict (E9).

Como já mencionado, o escritório da GTZ deixou de funcionar nas dependências do Programa Nacional no primeiro semestre de 2009. Para um dos entrevistados essa decisão significou a ruptura traumática da relação do Programa Nacional com a GTZ:

A Claudia Herlt [médica alemã responsável técnica pela cooperação da GTZ com o Cict] foi essencial na manutenção do Cict, porque financiava e apoiava. A cooperação alemã realmente foi, ao lado do Unaid, quem destinou recursos, alocou recursos e esforço político e defendeu o Cict. Fazia campanha e propaganda do Cict. [...] A cooperação alemã foi menosprezada, desprezada, vilipendiada é a palavra certa, uma coisa assim desastrosa, do ponto de vista de relações internacionais. [...] A cooperação [alemã] saiu por [esses] problemas, porque se sentiu realmente rejeitada do ponto de vista político no Programa (E2).

Para outros informantes-chave, o arranjo do Cict havia favorecido uma interferência direta do governo alemão, que não fazia sentido para a política de cooperação internacional que o Brasil queria fortalecer:

[...] a cooperação alemã financiava uma parte do projeto e tinha inclusive uma funcionária lá dentro [...] Eu achava aquilo também impróprio, que o Brasil tivesse fazendo cooperação com o dinheiro da Alemanha, com uma funcionária dentro do Ministério da Saúde. Eu achava que aquilo era um arranjo muito mal concebido... muito imaturo. [...] Unaid, em minha opinião, não tinha nenhum problema. O Unaid era uma agência internacional. Uma agência da ONU, que fazia sentido ser parceira do Brasil nessas ações. O que não fazia sentido era ter Alemanha e a Inglaterra ali dentro embora com boa intenção (E10).

Mesmo fora das dependências do Programa Nacional, as ações de cooperação alemã em HIV/Aids no Brasil tiveram continuidade sob a coordenação de um escritório em Brasília até o final de 2012. De acordo com a entrevista concedida por uma das consultoras da GTZ à Agência de Notícias da Aids, a decisão de fechamento do escritório partiu do Ministério de Cooperação Econômica e Desenvolvimento da Alemanha e, mesmo assim, não prejudicaria as ações de cooperação que estavam em andamento:

No decorrer de nosso trabalho sempre insistimos com as autoridades dos diferentes países cooperantes de que o processo de cooperação sempre buscasse também encontrar outras fontes de financiamento dentro de cada país, pensando na sustentabilidade necessária para os projetos, quando algum dos parceiros se retirasse da cooperação. Creio que o fato de termos trabalhado desta forma, sempre estimulando a cooperação sul-sul e a horizontalidade nas negociações e ações, foi uma das melhores estratégias para que os projetos continuem sem a presença da GTZ. Cada projeto possui uma estrutura suficiente para dar seguimento às ações: comitês, mesas de conserto dos diferentes parceiros em cada país, definições políticas em cada país com o objetivo de dar continuidade às ações, etc. (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS AIDS, jan. 2013).

A ruptura do arranjo inicial do Cict e a saída das agências parceiras ocorreu de fato em 2010, durante o último ano de vigência do MdE com o Unaid. Essa decisão foi tomada pelo governo brasileiro, sob a coordenação da ABC. Com isso, a coordenação do Cict passaria totalmente para Agência e o governo brasileiro seria o principal financiador das ações de cooperação, o que não invalidaria a participação de outros parceiros e instituições que continuassem interessadas em trabalhar com o Brasil nas ações de CSS em HIV/Aids. A diferença é que esses arranjos também seriam negociados e coordenados pela ABC.

7.5.1.1. A mudança no arranjo do Cict

Por ser um TSF, o Cict sofria tensões na relação com os parceiros externos, mais precisamente com o Unaid, para manter essa característica. Com isso, a principal crítica internacional era em relação à ampliação da lista de instituições e de consultores não brasileiros. A

correção desse ponto provavelmente sustentaria o Cict com financiamento de Unaid, porque manteria preservadas as características de fortalecimento da CSS em HIV/Aids naquela modelagem que era prevista pela Agência para os TSF.

Ao mesmo tempo, o Cict foi ganhando visibilidade internacional, passando inclusive a integrar a Equipe Global de Implementação do Apoio em HIV/Aids (*Global Implementation Support Team – Gist*¹⁴⁵, que tem o apoio institucional do PCB de Unaid e do Fundo Global. Segundo esse mesmo documento, o Gist era formado por representantes de agências bilaterais e multilaterais de assistência técnica (tais como Unaid, BM, Unicef, Undp, Unfpa, GTZ, Usaid), organizações internacionais da sociedade civil (*International HIV/AIDS Alliance* e Icaso) e o Cict foi convidado a entrar no Gist após uma recomendação do PCB de Unaid ao Secretariado, quando se entendeu que a equipe global de apoio não tinha membros que representassem organizações advindas de países em desenvolvimento¹⁴⁶. Esse grupo foi renomeado anos depois, em 2008, como Coalizão do Apoio Técnico em Aids (Coats).

Em 2008 o banco de instituições do Cict contava com 74 parcerias, sendo que oito delas eram de fora do Brasil (Argentina, Equador, México, Peru e Uruguai), a maioria eram ONGs que atuavam em geral na área de advocacia, fortalecimento da sociedade civil e prevenção junto a populações mais vulneráveis. Já as instituições públicas eram, em geral, serviços, hospitais e instituições acadêmicas¹⁴⁷. No Relatório de Atividades do Cict 2005-2008, publicado em 2008, o PN-DST/Aids sinalizava interesse em ampliar o número de organizações para garantir a internacionalidade do Cict, mas sem perder a qualidade da CSS prestada. O fluxo para credenciamento institucional de novos parceiros permanecia sendo a “aplicação” no site do Cict. A cada seis meses o Sub-IRG revisaria os pedidos. O mesmo documento afirmava que no chamamento público estaria sinalizado que haveria visitas de campo às instituições postulantes, não só para a finalização do credenciamento, mas também para monitoramento da cooperação. No mesmo ano de 2008, a GTZ

“[...] promoveu uma oficina de trabalho, envolvendo organizações da rede e a equipe do Cict, para atualizar conhecimentos sobre essa forma de trabalho. Além disso, foram conduzidas mais três oficinas de trabalhos com as organizações brasileiras, para familiarizá-las com o funcionamento do banco de dados” (Documento CICT.03 – Relatório. 2005-2008, p. 13)

¹⁴⁵ Documento CICT.04 – Relatório. Atividades do Cict, dez. 2009.

¹⁴⁶ Documento CICT.04, p. 13.

¹⁴⁷ Documento CICT.03 – Relatório. 2005-2008.

Observa-se, assim, que houve a intenção do PN-DST/Aids e do Cict em manter as características de TSF, para garantir a sustentabilidade e visibilidade internacional do Cict com o apoio das agências internacionais. E também em 2008 foi assinada, por MdE, a renovação do Projeto do Cict. O compromisso assinado pelo então Ministro da Saúde José Gomes Temporão e pelo Secretário Executivo de Unids, Michel Sidibé, estendeu a execução do projeto do Cict, com apoio de Unids, até o ano de 2010¹⁴⁸.

A principal mudança desse novo acordo em relação ao MdE de criação foi a indicação da contraparte nacional de Unids, que deixava de ser o Ministério da Saúde, e passava a ser o governo brasileiro, o que transferia para a ABC o papel de interlocução com a agência. Além disso, o Cict foi apresentado como “organismo do governo brasileiro”. Também houve uma mudança significativa logo no primeiro tópico, que definia a competência do Brasil nessa parceria, que passou a ser:

[...] identificar e encaminhar, por meio das suas missões diplomáticas nos países em desenvolvimento e outras agências governamentais, demandas por assistência técnica em questões relacionadas ao HIV/Aids (Documento MS.09).

O teor restante do MdE permaneceu igual ao do seu documento de criação.

Um dos informantes-chave aponta a intenção da ABC de que o Cict fizesse parte do “complexo de cooperação” do Brasil e a importância de que as cooperações relacionadas ao controle da Aids estivessem dentro de um escopo onde fosse possível “dosar e distribuir” as propostas de cooperação em relação a outros setores, para que nenhum país recebesse mais cooperação em detrimento de outros (E10). Além disso, este mesmo entrevistado relata a importância na época de unir o discurso técnico e político do governo brasileiro. Percebe-se, então que, nesse novo MdE, há a intenção do governo brasileiro de institucionalizar o Centro, tratando de fortalecer a CSS do Brasil em HIV/Aids como um dos instrumentos da PEB.

Vale lembrar também que 2008 foi o segundo ano do segundo mandato do Presidente Lula da Silva e o MRE contava com a permanência do Embaixador Celso Amorim como Chanceler. Na perspectiva de outro informante-chave, o Chanceler continuou muito sensível aos temas de saúde: “basicamente, em torno da questão dos [medicamentos] genéricos e patentes, e a promoção da cooperação sul-sul em saúde. Ele foi uma figura muito presente nos nossos trabalhos” (E11). Para outro informante-chave, esse fato também explicaria a intenção de fortalecimento da estrutura ou do sistema de cooperação internacional brasileiro, uma vez que o

¹⁴⁸ Documento MS.09 – Memorando de Entendimento. Renovação do Cict, 21 mai. 2008.

orçamento da ABC foi aumentado e foi possível expandir o escopo da cooperação coordenada pela ABC (E10).

Além disso, o arranjo institucional do Cict vinha apresentando sinais de desgaste e o Centro passou a ser criticado sistematicamente nas reuniões de governança em que estavam presentes todos os parceiros externos. De acordo com o Relatório do Cict de 2009, o principal tema em questão era “o controle de qualidade do apoio técnico”, que vinha aparecendo constantemente na pauta das agências de cooperação, seguido da necessidade de “aferição e observância da qualidade das ações das organizações credenciadas pelo Cict nos projetos em que elas são chamadas a atuar”¹⁴⁹. No entanto, o mesmo documento afirmava que faltavam indicadores que permitissem um olhar mais “acurado dos níveis de qualidade da cooperação prestada pelo Cict”, como também não havia sistematização das informações sobre as atividades promovidas ou coordenadas pelo Centro¹⁵⁰. Esse relatório foi o principal documento utilizado para a decisão sobre a avaliação externa do CICT¹⁵¹.

Em fevereiro de 2009, representantes do Un aids, do Cict e do Unfpa¹⁵² reuniram-se para planejar a revisão do projeto do Cict a fim de iniciar a sua segunda fase¹⁵³ e a elaborar o Plano de Trabalho e distribuição dos recursos remanescentes de Un aids nas ações de cooperação previstas para 2009¹⁵⁴. Percebe-se nos documentos analisados a forte intenção do Un aids na tomada de decisão sobre o financiamento de uma avaliação externa com a contratação de uma instituição internacional para operacionalizá-la, utilizando os recursos do saldo remanescente da primeira fase do projeto do Cict.

Essas decisões do início de 2009, aliadas ao descontentamento do governo brasileiro com o formato da participação alemã no arranjo do Cict, desencadeou, ao longo de 2009, um processo de desestruturação do arranjo inicial do Centro, que culminou com uma proposta de novo arranjo, basicamente financiado pelo governo brasileiro¹⁵⁵, e com uma minuta de Portaria para o reconhecimento do Centro como parte da estrutura do Ministério da Saúde que deveria operar em coordenação com a ABC¹⁵⁶.

¹⁴⁹ Documento CICT.04, 2008-2009, p.04

¹⁵⁰ Documento MS.04.

¹⁵¹ Documento CICT. 16 – Reunião de revisão do projeto do Cict. Fase II, 06 fev. 2009.

¹⁵² Agência executora dos recursos de Un aids para o Cict – Prodoc BRA 4R42A.

¹⁵³ Documento CICT. 16 – Reunião de revisão do projeto do Cict. Fase II, 06 fev. 2009.

¹⁵⁴ Documento CICT.17 – Ata. Plano de Trabalho Cict 2009, 16 fev. 2009.

¹⁵⁵ Documento CICT. 13 – Novo projeto do Cict, ago. 2010.

¹⁵⁶ Documento CICT.18 – Minuta de Portaria. Institucionalização do Cict, 2010.

Para que pudesse ser deflagrado o processo de avaliação do Cict foi criado um Grupo de Referência da Avaliação (GRA), formado por representantes do Ministério da Saúde, Unids, Unfpa, Unicef, Unesco, GTZ e Dfid, com o propósito de apoiar e sustentar de maneira colegiada as decisões relacionadas à avaliação externa do Cict. Esse grupo atuou em três linhas: seleção das propostas das instituições candidatas a conduzir a avaliação; reuniões com a instituição selecionada e com o pessoal responsável pela condução das atividades de cooperação e condução das relações institucionais relacionadas à avaliação¹⁵⁷. O GRA trabalhou não só no gerenciamento da iniciativa de avaliação externa, como também na metavaliação que foi solicitada pelo governo brasileiro à Ensp/Fiocruz.

A instituição que realizou a avaliação externa foi a *Liverpool Associates in Tropical Health* – Lath, que implementou um cronograma de investigação a ser desenvolvido no período de 02/11 a 21/12/2009, com as seguintes etapas: revisão de documentação, contatos e entrevista no Brasil, visita de campo no Panamá, Uruguai e Cabo Verde, apresentação de relatório parcial ao GRA e envio do Relatório Final¹⁵⁸. De maneira geral, a avaliação externa trouxe uma percepção de ausência de definição clara sobre os principais beneficiários da iniciativa do Cict e que alguns desses possíveis beneficiários não haviam participado da definição da visão estratégica e do *modus operandi* do Centro, o que, de certa forma, explicaria a ausência de propriedade e de credibilidade do Cict¹⁵⁹. Acrescentava enfaticamente que:

1. O Cict responde a demandas dos países ao invés de estabelecer prioridades;
2. Há ausência de entendimento dos conceitos de cooperação horizontal e cooperação Sul-Sul;
3. Há ausência de estratégias para sustentabilidade das atividades de curto e longo prazo;
4. Não utilização completa da rede de instituições credenciadas e treinamentos e capacitações, que são majoritariamente centrados nas instituições brasileiras;
5. Pouca ou nenhuma utilização das agências das Nações Unidas nos países parceiros;
6. Ausência de um sistema de monitoramento e avaliação efetivo para medir tanto o impacto das atividades, como também a ausência de compartilhamento de boas práticas;
7. Pouca visibilidade das ações do Centro;
8. Pouca transparência na tomada de decisão;
9. Ausência de uma estratégia de recursos humanos (Documento Cict.14 – Ajuda Memória da reunião Sub IRG, 12 mar. 2010).

Os resultados da avaliação foram apresentados em dezembro de 2009 e, logo em seguida, o DDAHV solicitou que a Ensp/Fiocruz realizasse a metavaliação da avaliação independente do Cict. Essa atividade ficou à cargo do Departamento de Endemias Samuel Pessoa (Densp) e foi conduzida pela Pesquisadora Marly Cruz, tendo como base o relatório final “Avaliação Independente do Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV e AIDS – Cict”,

¹⁵⁷ Documento CICT.19 – Apresentação. Grupo de Referência da Avaliação, 2009.

¹⁵⁸ Documento CICT.20 – Apresentação. Avaliação externa do Cict. Lath. 2009.

¹⁵⁹ Documento CICT.14 e CICT.20.

analisado a partir “dos padrões internacionais do controle de qualidade das avaliações desenvolvidos pela *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation* (JCSEE) em 1994”¹⁶⁰.

De acordo com o relatório da metavaliação produzido pelo Densp, houve brechas na descrição do método e do fundamento lógico para interpretação dos achados da avaliação externa do Cict, além desta ter sido centrada muito mais nos processos e procedimentos operacionais do Centro, em detrimento da efetividade ou do impacto das ações de cooperação nos países que desenvolveram projetos de cooperação com o Centro, o que denotava inconsistências nos apontamentos sobre a efetividade das ações do Cict, da maneira como são mencionados no relatório avaliativo: “não é explicitado, por exemplo, como foi feita a análise e julgamento da intervenção avaliada”¹⁶¹. A metavaliação realizada explicita que:

As evidências tratadas na avaliação foram consideradas pouco consistentes por ter se constatado problemas nos procedimentos metodológicos, no que se refere à coleta e análise dos dados. A precariedade dos dados, a pouca padronização ou até mesmo ausência destes foi apresentado como um aspecto limitante para o processo avaliativo, no entanto não é identificada explicação sobre implicações concretas que isso trouxe para a avaliação. Essa se mostrou como uma questão central, tendo em vista que, do ponto de vista da metavaliação, foram os padrões de precisão e propriedade que se mostraram como os mais frágeis (Documento CICT.21 – Relatório Técnico. Metavaliação da avaliação independente do Cict, fev. 2010, p. 04).

De qualquer maneira, o DDAHV e o Cict tomaram os resultados dos dois relatórios, as críticas e sugestões e, em consonância com a ABC, elaboraram uma proposta de continuidade do Cict sob total governabilidade do Brasil, tendo sido apresentada essa decisão na reunião do Sub-IRG, de março de 2010.

A então diretora do Departamento, Mariângela Simão, apresentou uma proposta de nova fase para o Cict, que começaria a partir do término da vigência do MdE com o Unaid (maio de 2010) e que mantinha o objetivo principal do Centro que seria:

[...] facilitar e otimizar [o uso] de experiências e recursos técnicos brasileiros, por meio da elaboração, implementação, avaliação e monitoramento de programas de cooperação técnica horizontal entre organizações de países em desenvolvimento, para a melhoria e o fortalecimento de respostas nacionais à epidemia de Aids, de modo sustentável (Documento CICT. 14 – Ajuda Memória da reunião Sub IRG, 12 mar. 2010).

Nessa proposta, o Cict continuaria sendo operacionalizado pelo DDAHV do MS, que havia desde sempre proporcionado toda a infraestrutura de recursos humanos e materiais para as atividades, mas teria sua governança transferida do IRG, para o governo brasileiro, sob a

¹⁶⁰ Documento CICT.21 – Relatório Técnico. Metavaliação da avaliação independente do Cict, fev. 2010, p. 07.

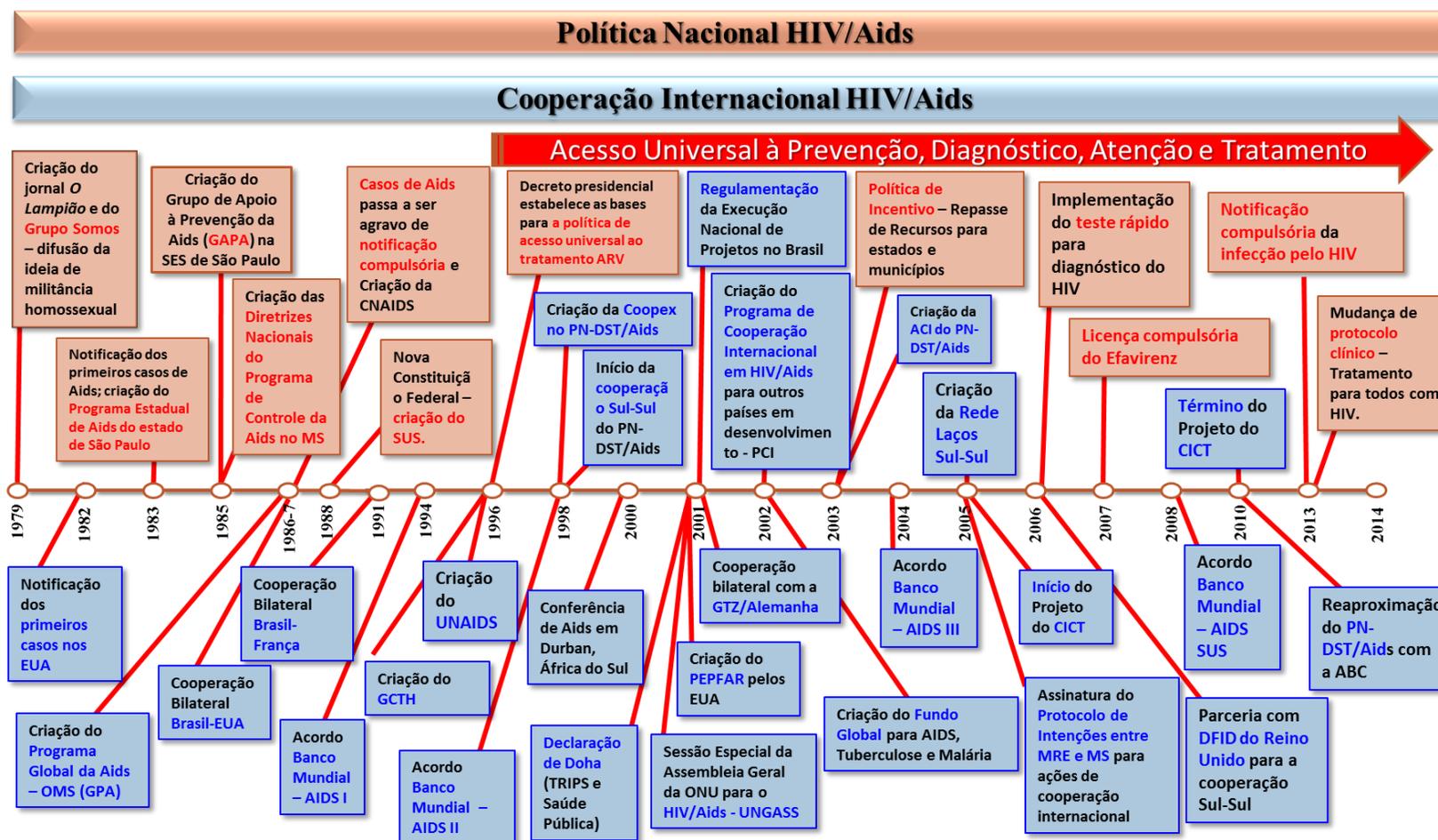
¹⁶¹ Documento CICT.21, p. 04.

coordenação da ABC. Nesse novo arranjo, o IRG continuaria mantido como grupo consultivo, mas os seus termos de referência seriam modificados para atender a intenção do governo brasileiro no novo mecanismo de cooperação. Quanto ao financiamento das ações, caberia ao MS continuar provendo toda a infraestrutura e a alocação de recursos específicos para a CSS. À ABC também caberia a alocação de recursos para os projetos do Cict e atividades pontuais ou *ad hoc*. Foi sinalizado ainda que a intenção de estabelecer cooperação bilateral e multilateral, bem como triangulações com as agências internacionais eram bem-vindas, como parte da política de CSS do Brasil, e que teriam a ABC como principal interlocutora.

A apresentação da diretora Mariângela também ressaltava que o governo brasileiro reconhecia a importância das avaliações externas, que a cultura da avaliação deveria ser sempre incentivada no Brasil, mas que o governo brasileiro não concordava com todos os apontamentos e resultados da avaliação realizada sobre o Cict. Por último, a diretora afirmou que a tomada de decisão sobre a reestruturação do Cict partiu da intenção governamental de alinhar a iniciativa do Cict à política de cooperação empreendida pela ABC e, portanto, incorporá-lo à PEB.

Uma síntese gráfica desse processo está desenhada na Figura 3, a seguir.

Figura 3 - Desenvolvimento da política nacional e da cooperação internacional do Brasil em HIV/Aids.



Fonte: Elaboração própria.

7.6. O PERÍODO 2010–2014: CONTINUIDADES E MUDANÇAS

A definição do novo arranjo do Cict em 2010 não significou descontinuidade das ações de CSS que haviam sido assumidas pelo DIAHV¹⁶² até aquele momento. O fato da governança do Cict ter sido, na prática, assumida pela ABC, foi o resultado de um processo que vinha tomando esse rumo desde a assinatura do MdE de renovação do Centro com o Unaid. Neste memorando a contraparte nacional passou a ser o governo brasileiro, e não o PN-DST/Aids, como estava explicitado no MdE de criação do Cict.

Os documentos apontam que a partir de 2008 houve ligeiro aumento das demandas de cooperação bilateral, encaminhadas por meio das embaixadas do Brasil em diferentes países, seguindo o fluxo do MRE e da ABC até chegar ao DDAHV, fruto também da política externa do governo do Presidente Lula da Silva e do investimento no fortalecimento da ABC.

Segundo um informante-chave (E10), a partir de 2008 a participação da ABC no governo Lula tomou outras proporções: houve aumento nos investimentos financeiros e um edital específico para novas contratações de pessoal, que significou o fortalecimento institucional da ABC para cumprir o seu mandato, “um amadurecimento institucional” (E10), ainda que o aumento do número de cooperações significasse muito pouco em relação ao que outros países em desenvolvimento faziam. Nas palavras desse mesmo ator:

[...] havia uma espécie de “surto” de cooperação, sem nenhuma coordenação, sem elaboração de projetos a partir de um marco conceitual. Não havia maturidade nenhuma nessa ação [na atuação brasileira], era uma ação espasmódica muito impulsionada por um voluntarismo, uma espécie de idealismo (E10).

Na perspectiva de outro entrevistado,

[...] houve um *boom* [na cooperação] aí eu estou falando não só de Aids, mas da cooperação [como um todo] e não só em saúde [...] foi a época do Ministro Farani [na ABC]. [...] Ele era um entusiasta da cooperação. Talvez até tivesse uma visão empresarial de como fazer as coisas [...] e foi ampliando. Talvez até tenha ampliado demasiadamente esse escopo [...]. Estávamos [...] no governo Lula e com o Celso Amorim [voltados para] ampliar a agenda [...] foi juntar o fogo e a pólvora, aí o negócio explodiu (E5).

Foi nesse marco institucional pós 2008 que houve a incorporação pela ABC/MRE das ações de cooperação do Cict, um movimento que se inseriu na esteira do

¹⁶² Em 2009 o Depto. de Doenças (ou Infecções) Sexualmente Transmissíveis, HIV/Aids e Hepatites Virais (conhecido pela sigla DST–HIV/Aids ou IST–HIV/Aids) mudou de nome para Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, cuja sigla é DIAHV.

fortalecimento da agência (E10). Ao mesmo tempo, com a mudança na Direção do DDAHV, a partir de julho de 2010, a nova gestão assumiu o discurso político institucional da ABC e não houve a abertura de novas frentes de cooperação que não estivessem alinhadas com a ABC. Pode-se inferir que essa decisão foi tomada em função do desgaste, nos últimos anos, do arranjo original do Cict, devido às tensões vivenciadas pelo DDAHV com dois dos principais parceiros de sua CSS (Unaid e GTZ). Essa decisão teve como principal consequência a diminuição de recursos externos que eram exclusivos para a CSS do Brasil em HIV/Aids.

Para manter as atividades de CSS sem precisar lançar mão dos recursos dos Prodocs, o DDAHV optou por manter-se alinhado à ABC nas negociações e definições de projetos de cooperação técnica. Com isso, os Prodocs continuaram sendo utilizados para financiar os contratos do pessoal da ACI e a participação dos técnicos do DDAHV nos fóruns multilaterais, além de outras ações pontuais¹⁶³.

Segundo um dos informantes-chave (E10), o MRE garantiu o aumento orçamentário para a ABC por dois anos seguidos, após a entrada do Embaixador Farani como Diretor em 2008. E isso resultou no crescimento das ações de cooperação técnica do Brasil em geral.

No entanto, na percepção de outro entrevistado, após esse período, a partir de 2011, houve recuo do governo nas atividades de cooperação:

A cooperação explodiu tanto, que chegou um momento de avaliação [dessa situação] dentro do próprio Itamaraty. Logo depois veio a mudança de governo –do Lula para a Dilma. [...] foi um divisor de águas da política externa brasileira, a Dilma não dava toda essa importância para a questão internacional [...] Houve questionamentos de que aquilo tinha sido exacerbado [...] e aí fechou a torneira total [...] houve uma guinada (E5).

Essa percepção é quase consensual entre os informantes-chave: quase todos os entrevistados afirmaram que a mudança de governo, a partir de 2011, alterou o curso da CSS do Brasil, em geral e em HIV/Aids em particular (E1, E3, E5, E7, E8, E9, E10, E11).

[No caso do HIV/Aids] o Brasil foi perdendo espaço [...] em áreas em que o Brasil fazia a diferença, como na questão do acesso a medicamentos e na política de cooperação internacional, que aliás [na época do Presidente Lula] teve muita expressividade (E9).

Na perspectiva de outro entrevistado, isso não teria acontecido se o Brasil tivesse uma legislação específica para a cooperação:

¹⁶³ Documento MS.87 – Planilha. Ações internacionais do DIAHV, 11 jul. 2014.

A cooperação é muito importante para qualquer política externa, para a concertação entre as nações. Agora, ela tem que ser feita de forma responsável, por profissionais adequados, treinados e, portanto, ela tem que ter uma base forte, um fundamento. O Brasil precisa de uma lei de cooperação. O Brasil precisa de uma agência de cooperação. A ABC não é [de fato] uma agência. Tem nome de agência, mas não é. Precisa ter uma agência com funcionários próprios, com orçamento próprio, com legislação própria, com visão estratégica de longo prazo, com recursos que possam ser gradualmente aumentados, à medida que melhora a situação do país [...] para o Brasil poder ter uma inserção [relevante] nessa ‘costura’ internacional (E10).

Por outro lado, outros informantes-chave indicam que os países também deixaram de solicitar cooperação técnica ao Brasil. Dentre os possíveis motivos estaria o fato do Brasil ter deixado de ser “atrativo” do ponto de vista de sua política nacional:

Na década de 2000 o Brasil era capaz de mostrar caminhos, já nessa segunda década [do milênio], os caminhos que o Brasil está trilhando não são tão inovadores e não mostram as portas [ou caminhos] possíveis por onde os países e o mundo podem caminhar para dar uma resposta global [...] Então com essa perda de liderança e de protagonismo é natural também que se reduza o interesse [na cooperação brasileira] e [diminuam] as próprias demandas [ao Brasil] (E6).

Outra explicação para essa diminuição, na percepção dos informantes-chave, é que seria devida ao maior investimento dos países nas solicitações de ajuda externa no campo da HIV/Aids, em detrimento da cooperação técnica, ou mesmo pelo aumento da oferta de ajuda externa (de outros países) em áreas de mais alta prevalência, como no caso da África:

[...] órgãos de cooperação, ou de apoio aos países acabam sendo os grandes motores ou impulsionadores internacionais. Vide Unitaids, vide Fundo Global que, de fato, acabam [...] monopolizando esse papel [nessa área] (E6).

[...] o Pefpar, com um enorme financiamento internacional, acabou diminuindo a “necessidade” [grifo do entrevistado] da participação brasileira, como foi inicialmente. Nos países mais pobres, mesmo os da América Latina, começa a ter uma mudança, [...] começa a ter uma diferença nos próprios países, seria [falta de] modéstia falar que foi o Brasil que fez isso, né? [O Brasil] mostrou ser possível o que esse pessoal fez. Cada país utilizou exemplos e foi fazendo, então talvez com isso tenham diminuído os chamados, a necessidade [de cooperação] do Brasil (E7)

Acho que existem novas configurações. Então, por exemplo, você tem o Uniaids, que [aliás] é uma instituição que vem perdendo terreno nos últimos anos. [...] Uniaids está deixando de lado agendas que são importantes para o movimento da Aids [...] está sendo suplantado por outros [atores], como o Pefpar. O Pefpar tomou uma proporção muito grande, principalmente nos países de alta prevalência. E também o Fundo Global, que foi criado em 2002-2003 para ser uma agência de financiamento, mas hoje em dia é uma agência que faz política, ainda que diga que não faz. Eu não acho que o Brasil teve que disputar espaço com os outros, eu acho que o Brasil simplesmente abriu mão de

[continuar] a ocupar um espaço. Porque o Brasil poderia, muito bem, estar ocupando o mesmo espaço que tinha antes (E9).

Para alguns entrevistados, a expansão da cooperação em HIV/Aids até 2010 teve um significado importante, diante do protagonismo da política brasileira de acesso a medicamentos, mas era pouco sustentável, se não houvesse investimento de outros parceiros:

Você entra nos locais [nos países], você mostra que é possível, mostra que [mesmo] países complicados podem ter acesso [aos medicamentos] e, com o correr do tempo, acontecem duas coisas: uma é que é possível mesmo que tenha diminuído o financiamento [externo] [...] depois começam a aparecer dificuldades inerentes à evolução [expansão] que o Brasil teve. [...] Até meados do primeiro governo Dilma a estrutura ainda estava bem azeitada (E7)

[...] na década de 2000 o Brasil de fato era um polo de atração para cooperação... muitos organismos investiram no Brasil para fazer a cooperação internacional... isso porque os organismos veem, de forma positiva, capitalizar a experiência brasileira para poderem atuar. A cooperação alemã, a própria Unaid [sic] [...] Eu acho que esse investimento que ocorre quando o Brasil é protagonista da resposta vai se estendendo até aí o final da década (E6).

Concretamente, entre 2010 e 2014 as cooperações do Brasil em HIV/Aids foram majoritariamente financiadas pela ABC, na forma de projetos de cooperação técnica bilateral, sendo que grande parte deles havia sido negociada pelo Cict no seu arranjo anterior, entre 2008 e 2010¹⁶⁴. A análise documental também aponta que os países parceiros, nesse período, foram: Bolívia e Suriname, na América do Sul; e Botswana, Congo, Gana, Guiné Bissau, Quênia, Tanzânia, e Zâmbia, na África. A esses dados acrescenta-se a continuidade do projeto “Capacitação em produção de medicamentos antirretrovirais”, com Moçambique, que apesar de não ser executado pelo DDAHV, e sim por Farmanguinhos/Fiocruz, foi um projeto também financiado pela ABC no tema de HIV/Aids, remanescente das negociações do período do governo Lula.

Em suma, pode-se afirmar que houve um período áureo de protagonismo brasileiro na área de combate à epidemia de HIV/Aids, tanto no plano doméstico, quanto no internacional. Entretanto, variáveis internas ao próprio programa/departamento e externas (vinculadas aos seus financiadores), assim como mudanças importantes na agenda e na condução da PEB do novo governo, e na arquitetura da ajuda externa e da cooperação internacional (com a entrada em campo de atores poderosos) se entrelaçaram em uma dinâmica que retira do Brasil essa visibilidade e papel central. Não se pode

¹⁶⁴ Documento MS.87 – Planilha. Ações internacionais do DIAHV, 11 jul. 2014.

esquecer também a nova conjuntura econômica crítica que eclode no mundo central do Norte e, pouco a pouco, chega à demais regiões do planeta, inclusive no Brasil.

7.7. MAPEAMENTO DOS PROJETOS E INICIATIVAS DE COOPERAÇÃO BRASILEIRA EM HIV/AIDS

A partir da organização, leitura e pré-análise dos documentos de diferentes tipos – projetos de cooperação (bilaterais, trilaterais e multilaterais), iniciativas regionais, acordos bilaterais, ajustes complementares, atas de reuniões bilaterais e relatórios sobre a execução da cooperação técnica internacional–, relacionados às ações de cooperação técnica internacional do Ministério da Saúde em HIV/Aids, no período 2002-2014, compilamos um conjunto total de 69 (sessenta e nove) propostas de cooperação Sul-Sul do Brasil em HIV/Aids, distribuídas da seguinte forma: 42 Projetos ou Programas ou Planos Operativos Bilaterais; 07 Projetos Temáticos ou Programas Multilaterais e 01 Projeto Trilateral (Apêndice 6); e 19 Iniciativas Regionais, também denominadas nos documentos do Cict de “Iniciativas – Cooperação como eixo de articulação” (Apêndice 7).

O mapeamento da cooperação Sul-Sul do Brasil em HIV/Aids também foi organizado em quadros por região, países envolvidos, descrição da proposta por período, rupturas e continuidades. Essa distribuição permitiu um olhar analítico panorâmico e genérico, ao mesmo tempo em que foi possível visualizar as especificidades por país e região, que possibilitam diferentes formas de analisar o conjunto.

A busca e o respectivo mapeamento foram muito trabalhosos, pois não havia nenhum arquivo único, nenhuma organização ou compilação completa dos projetos de cooperação internacional propostos ou desenvolvidos pelo PN–DST/Aids. Estavam dispersos em diferentes locais, alguns apenas em formato físico e sem muitos detalhes, e, inclusive, em arquivos eletrônicos de computadores de técnicos do DIST–Aids e Hepatites Virais, como arquivos “pessoais”, que foram gentilmente cedidos para esta pesquisa.

Neste estudo não fomos além do levantamento/mapeamento e de uma organização preliminar desse material, pois não era parte essencial de nosso objeto. Entretanto, se configura como um Banco de Dados e, portanto, como um subproduto relevante a ser melhor trabalhado. Acrescentamos alguns dos quadros desse mapeamento como Apêndices, reiterando que é um tema que merece aprofundamento analítico.

8 DISCUSSÃO

Em âmbito nacional, o caminho de formulação e implementação da resposta brasileira à epidemia de HIV/Aids se deve, em grande parte, à ação articulada de distintos atores, governamentais e não-governamentais que, em diferentes conjunturas nacionais, desempenharam papel fundamental, possibilitando que uma política pública em saúde de fato tivesse características universais, como preconizado pela reforma setorial brasileira. Inicia-se concomitantemente ao intenso período da transição democrática, interagindo para, por um lado, apoiar a institucionalização do SUS e, por outro, garantir que os direitos humanos das PVHA fossem respeitados, seja em relação à não discriminação, seja no que concerne a um tratamento digno. Foi, portanto, fruto do processo político nacional e da ação dos movimentos sociais relacionados, dentre eles o de Aids (PARKER, 2003).

8.1 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA RESPOSTA NACIONAL À EPIDEMIA DE HIV/AIDS

Diferente de outras políticas públicas no setor saúde, inclusive a que instituiu a reforma do sistema de serviços de saúde, a criação do PN-DST/Aids contou com uma base de apoio da sociedade civil organizada muito potente, não restrita às organizações profissionais ou acadêmicas, que sustentou a discussão em torno de uma política nacional voltada para esse tema e também forneceu seus representantes para integrar as equipes governamentais responsáveis pela sua implementação, uma vez institucionalizada. Ao mesmo tempo, essa dinâmica de estruturação institucional foi permeada por ações de cooperação internacional, recebidas e prestadas, entrelaçadas de forma muito particular, podendo-se delimitar pelo menos três distintas fases nesse processo: uma primeira, nos anos 1990; a segunda na primeira década dos anos 2000; e a terceira a partir de 2010 até 2014, quando termina o recorte temporal desta pesquisa.

Vale a pena resgatar o panorama de transição de enfoques e de formas de abordagens da resposta à epidemia global de Aids elaborado por Parker e Aggleton (2013) a partir do mapeamento das pesquisas sociais realizadas no mundo desde os anos 1980, para entender a dinâmica social dessa epidemia. Segundo esses autores, se na eclosão da doença como problema mundial as pesquisas se concentravam nos padrões de comportamento ligados à transmissão do HIV, para poder atuar diretamente na redução da incidência por meio de intervenções comportamentais, no final da década de 1980, os estudos de

comportamento já começavam a dar lugar às análises dos fatores sociais e culturais associados ao aumento do risco de infecção que, segundo esses autores eram tentativas de estabelecer um quadro sociológico ou antropológico mais amplo, que orientasse o desenvolvimento de programas de combate ao HIV/Aids. Já a terceira abordagem, da década de 1990 em diante, foi se consolidando ao longo dos anos, é a que se concentra nas estruturas políticas e econômicas que influenciaram a transmissão do HIV e que condicionaram as respostas dos governos e das comunidades, com um conjunto bastante diferente de implicações para a prevenção, a redução do impacto e o cuidado dos doentes.

Foi justamente nesse último contexto que o Brasil desempenhou um papel relevante, ao defender a ideia de que o tratamento de PVHA em países com poucos recursos, além de moral e socialmente justificável, também era economicamente viável. Ao mesmo tempo, ao estabelecer canais de diálogo estruturados com a sociedade civil, o PN-DST/Aids contou com o apoio dos chamados “ativistas transnacionais” da área de HIV/Aids que, na perspectiva de Vieira (2007), foram importantes instrumentos de difusão de normas nesse período.

Assim, na primeira fase de desenvolvimento da resposta nacional, na década de 1990, ocorreu a inclusão da cooperação em HIV/Aids no Sistema de Cooperação internacional do Brasil, na esteira da “interação/tensão” permanente entre os diferentes atores sociais – governamentais, não-governamentais, da sociedade civil e das agências de cooperação internacional– que participaram do processo de consolidação da resposta nacional à epidemia (DIAZ-BERMUDEZ, 2005, p. 4). Esse processo ocorreu simultaneamente às discussões internacionais sobre a cooperação técnica para o controle da epidemia em nível global e foi concomitante à regulamentação e implementação da reforma setorial no Brasil, o que possibilitou a estruturação organizacional do Programa Nacional com características próprias e peculiares, mas articulado ao processo de implantação/descentralização do SUS.

Os empréstimos do BM – AIDS I, II, III e AIDS SUS – abriram caminho para que o Programa Nacional negociasse diretamente com as agências da ONU as ações de cooperação técnica em HIV/Aids que eram de seu interesse, utilizando os recursos dos empréstimos para tal, aumentando, portanto, a sua autonomia relativa, política e financeira, para a formulação da resposta brasileira em HIV/Aids, ainda que sob a tutela do MS. O pioneirismo do PN-DST/Aids nessa forma de execução de projetos de cooperação técnica

foi fundamental para a sustentação administrativa do programa e impulsionou o protagonismo da resposta brasileira à epidemia em âmbito internacional nos anos subsequentes.

Há consenso entre os autores a respeito de que a magnitude e extensão da epidemia de HIV/Aids não é suficiente para explicar o destaque alcançado pelo *issue* do acesso universal aos ARVs na agenda global e nas políticas externas dos países a partir dos anos 2000. Historicamente os temas de saúde pública não eram capazes de alcançar concomitantemente as agendas de política externa bilaterais, regionais e multilaterais (nem mesmo a gripe espanhola entre os anos 1918 e 1919, com seu enorme impacto mundial, conseguiu essa façanha) (SOUZA, 2012). Para este autor, até mesmo o fato da epidemia de Aids ter afetado também os países desenvolvidos não explica isoladamente a intensa mobilização da comunidade internacional em torno do tratamento dos pacientes com Aids, caracterizada, desde o final dos anos 1990, pela alta “influência dos atores não estatais, notadamente organizações não governamentais (locais e transnacionais) e as empresas multinacionais do setor farmacêutico” (SOUZA, 2012, p. 204).

Outros autores também apontam as profundas e variadas mudanças que vinham ocorrendo no cenário global na mesma época e que tiveram bastante impacto nas relações econômicas e de poder entre os Estados nacionais, com reflexos nas atitudes políticas e sócio culturais da humanidade (FIORI, 1993; SOUZA SANTOS, 2005). Estas mudanças seriam consequência de “um processo catalizado por uma avassaladora hegemonia política neoliberal (...) que privilegia determinadas receitas e mecanismos para a superação de antigos e novos problemas [de saúde] mundiais” (ALMEIDA *et al*, 2008, p. 50), dentre eles as questões relacionadas às doenças transmissíveis, incluída a Aids.

De acordo com Rubarth (2009), embaixador e ex-chefe da Aisa/MS (1995-1999), os temas de natureza econômica e estratégica, priorizados no contexto da bipolaridade da Guerra Fria, foram substituídos gradativamente pela magnitude dos problemas sociais causados pelo aumento da pobreza, diminuição de emprego, pouco acesso à saúde e educação, sem contar o distanciamento ou descaso com os direitos humanos, que demandaram compromissos globais e flexibilizaram a hierarquia de temas na agenda internacional. Nesse contexto, o tema da saúde passou a receber atenção privilegiada, como um tema social, nos fóruns internacionais e no ciclo de conferências das Nações Unidas que se desenvolveu ao longo dos anos 1990. De um lado, a concepção de desenvolvimento foi revisitada a partir do conceito de “desenvolvimento humano” apresentado pelo Pnud

no Relatório de 1990; e, do outro, a crise dos *welfare states* inaugurava um amplo debate sobre a necessidade de reformas sociais e econômicas.

É importante lembrar que a agenda do BM para as reformas setoriais na saúde dos anos 1980-1990 era clara: diminuição da provisão estatal, descentralização dos serviços e ações para o nível local e para o setor privado (lucrativo ou não) e participação da sociedade nas decisões setoriais, isto é, propunha-se uma estruturação “por fora do Estado”, construindo-se um pluralismo societal onde todos os atores teriam o mesmo valor, com a vantagem de serem mais eficientes que o Estado, ao qual restava a função de regulação (ALMEIDA, 1995, 1999, 2014, 2017c).

No contexto nacional, os anos 1990 marcaram a opção no Brasil pela implementação das políticas econômicas neoliberais, sendo que a década se inicia com grande crise institucional que culminou com o *impeachment* por corrupção do primeiro presidente eleito democraticamente após o período ditatorial. Essa crise impulsionou a decisão por uma “municipalização radical” do SUS, que, de alguma maneira, vinha de encontro à agenda do Banco, ainda que em perspectiva completamente diferente. A crise desestabilizou também, institucionalmente, o recém-criado Programa Nacional (TEIXEIRA, 2003). Assim, as negociações na área de HIV/Aids só deslançaram com a retomada da normalidade democrática, que reabriu a oportunidade do exercício de certa autonomia pela coordenação do PN-DST/Aids.

Os dois parceiros (BM e PN-DST/Aids) tinham visões diferentes a respeito de como a epidemia poderia ser controlada. Entretanto, após longos debates e negociações chegou-se a um acordo de empréstimo onde ambos se beneficiaram mutuamente da cooperação estabelecida (WORLD BANK, 1997).

Por um lado, o Programa Nacional obteve financiamentos e se fortaleceu como autoridade nacional, reunindo diferentes atores institucionais, seja nos processos de negociação nos níveis estadual e municipal para a implementação das diretrizes nacionais, seja financiando, com esses mesmos recursos, as cooperações com outros atores internacionais, como as agências da ONU, exercendo uma autonomia administrativa relativa. O BM, por sua vez, tinha grande interesse em participar no Brasil de um projeto que tivesse chances de ser bem-sucedido, uma vez que algumas experiências anteriores não haviam alcançado bons resultados. Por outro lado, o Programa Nacional assumiu a estratégia de cooperação do BM no campo social e sanitário, que priorizava o repasse de recursos para

as organizações de base comunitária (ONGs), como uma específica forma de descentralização das estruturas de resposta nacional para o controle da epidemia em todo o território nacional (o que não feria os princípios que sempre orientaram a mobilização social brasileira nesse tema).

Portanto, a conjunção de todos esses fatores, oportunizada pela conjuntura nacional, possibilitou que nos meados da década de 1990 se iniciasse a trajetória bem-sucedida do PNDST/Aids, com a formalização dos dois primeiros acordos com o BM.

Alguns autores afirmam que a elaboração e execução da política brasileira de controle do HIV/Aids foi caracterizada por uma dinâmica política “original” e “excepcional”, construída por grandes grupos de atores que buscavam reconhecimento ou afirmação de seus papéis nas conjunturas nacional e internacional da época: secretarias estaduais de saúde; populações mais atingidas, organizadas “progressivamente em associações com forte capacidade de ação”; o próprio PN-DST/Aids; e os parceiros internacionais, com particular destaque para o BM, que propiciou a execução de programas de cooperação plurianuais no período 1994 a 2014 (LOUP *et al.*, 2013, p. 242). Assim, teria se configurado o que estes autores denominam de “dinâmica política da excepcionalidade brasileira”, entendida no contexto da Aids como o uso “de abordagens que rompem com [...] as práticas sanitárias anteriores” (LOUP *et al.* 2013, p. 241). Para esses mesmos analistas, esses atores – nacionais e internacionais –, compartilharam no Brasil uma “regra não explícita”: a de manter a “excepcionalidade” da resposta brasileira ao HIV/Aids pelo maior tempo possível, mesmo que a epidemia “deixasse de ser uma ameaça” no país, ou ainda que para isso tivessem que “fazer concessões em relação à sua própria teoria dos meios de controle da epidemia” (p. 243). Afirmam ainda que é possível que um apoio financeiro proveniente de instituições financeiras internacionais, como o BM, uma vez sustentado no tempo, pode gerar resultados positivos, contradizendo a versão generalizada que as intervenções do Banco teriam sempre resultados negativos (LOUP *et al.*, 2010).

Nosso estudo não corrobora essas conclusões. Os dados mostram que a principal originalidade (ou talvez “excepcionalidade”) da resposta brasileira está na grande capacidade de negociação e clareza de valores e princípios do grupo de atores que coordenou a implantação e desenvolvimento do Programa Nacional, chegando a recusar apoios financeiros considerados por alguns como irrecusáveis. As negociações com o BM (e outros atores internacionais) foram longas e cansativas, porque conduzidas a partir dessas premissas. Além disso, o “rompimento com as práticas sanitárias anteriores” já vinha

acontecendo desde os anos 1970-1980, período de formulação e institucionalização da reforma setorial. Por outro lado, tampouco encontramos dados ou evidências que comprovem a afirmação da existência de alguma “regra não explícita” entre os negociadores, na perspectiva mencionada de prolongamento no tempo dessa “excepcionalidade”.

É importante mencionar que data da mesma década (1990) o início de significativas mudanças na arena internacional, envolvendo as organizações da ONU e suas relações com os países-membro; e, paulatinamente, a diversificação de atores que passaram a atuar nos fóruns internacionais, em diversas áreas, incluída a de saúde. Observa-se o enfraquecimento da liderança setorial da OMS na condução de sua missão em nível global, com falta de recursos financeiros e perda de credibilidade. A participação do setor privado em geral, inclusive lucrativo, nas atividades e no processo decisório da ONU em geral, começa a ser anunciada explicitamente no mesmo período, como a alternativa para enfrentar os inúmeros problemas globais, entre os quais os de saúde. Para superar essa realidade, são incentivadas a constituição das Parcerias Público Privadas (PPPs), materializadas inicialmente nas Iniciativas Globais em Saúde (*Global Health Initiatives – GHI*) a partir do final da década de 1990, que vão crescer exponencialmente nos anos 2000 (ALMEIDA, 2013, 2014, 2017c).

As mudanças na implementação dos novos acordos com o BM e a diversificação dos arranjos de cooperação internacional prestada pelo PN-DST/Aids caracterizam a fase dois (primeira década do ano 2000) mencionada acima, que foi implementada nesse novo contexto internacional.

A repercussão internacional da participação do PN-DST/Aids na Conferência de Durban, no ano 2000, foi um fator determinante para iniciar a formulação de uma agenda de CSS brasileira em HIV/Aids e, ao mesmo tempo, para impulsionar a inclusão do tema do acesso universal ao tratamento antirretroviral na agenda da PEB, o que se concretizou a partir de 2003 e se fortaleceu no decorrer de toda a década.

Em Durban, o PN-DST/Aids ampliou a divulgação e a visibilidade tantos dos resultados da política nacional, como dos princípios universais e de direitos humanos que a sustentavam e, com o apoio dos países-membros do GCTH, demonstrou claramente a intenção de apoiar os países em desenvolvimento nos desenhos de suas respostas nacionais. Essa atitude do PN-DST/Aids lançou o Brasil como ator de cooperação internacional no cenário global e proporcionou o estreitamento do diálogo entre o MS e o MRE no início dos anos 2000. Nesse mesmo período, em âmbito nacional, o PN-DST/Aids estava

negociando o projeto AIDS III com o BM, que conformou o aparato gerencial que consolidou a estrutura do Programa Nacional com uma Direção e três assessorias: Planejamento (ASPLAN), Cooperação Internacional (ACI) e Monitoramento e Avaliação (ASMAV), sendo que esta última foi estruturada por ser a principal condicionalidade do BM para aquele terceiro empréstimo.

Nessa estrutura a articulação com a sociedade civil passou a ser discutida e desenhada no âmbito de uma única área técnica, a unidade chamada de Sociedade Civil e Direitos Humanos (SCDH), que juntamente com as unidades de ‘Prevenção’, ‘Atenção e Tratamento’ e ‘Laboratórios’, consolidou o segundo nível organizacional. Desse segundo nível da estrutura programática partiam as diretrizes para o planejamento dos estados e municípios, também por área técnica. A partir de 2005, essa experiência organizacional da resposta brasileira passou a ser levada aos países parceiros de CSS, pela cooperação técnica. Cabe esclarecer que o fortalecimento da estrutura programática brasileira em HIV/Aids ocorreu ao longo dos anos 2000 a partir do uso de instrumentos de cooperação internacional como Prodoc e TC (no caso da Opas), além dos recursos de empréstimo do BM.

Ao analisar as formas de atuação do Banco nos projetos de saúde no Brasil nos anos 2000, Rizzoto e Campos (2016) afirmam que a intencionalidade desse período não variou em relação aos anos anteriores, permanecendo sempre focada na “gestão do Estado, do financiamento e da relação com o mercado” (p. 266).

No caso da resposta à Aids no Brasil, se nos empréstimos dos anos 1990 (AIDS I e AIDS II) o foco era o fortalecimento da gestão centralizada do Programa Nacional e a cobertura de ações de saúde com diversificação dos atores envolvidos na resposta local (organizações da sociedade civil), nos anos 2000 o que muda são os instrumentos de cooperação entre o nível central e local, que proporcionariam a efetiva descentralização da tomada de decisão. O principal deles foi o PAM, que veio acompanhado de um sistema de monitoramento e avaliação capaz de garantir a institucionalização da política nacional de incentivo, ou repasse fundo a fundo de recursos financeiros. Os demais instrumentos eram documentos técnicos elaborados em cada unidade ou área, contendo as diretrizes e conceitos que deveriam nortear a elaboração dos PAMs estaduais e municipais. Paralelamente, a prática da CSS em HIV/Aids também disseminava essas mesmas diretrizes, como experiência brasileira, nos países em desenvolvimento.

Os achados desta pesquisa evidenciam os demais elementos elencados por Rizzato e Campos (2016) sobre a estratégia oferecida pelo Banco para “captar a responsabilidade dos atores e as consequências que serão enfrentadas por eles com base no seu desempenho” (p. 266). Permitem também deduzir que o modelo de planejamento e organização da resposta nacional ao HIV/Aids nos anos 2000 foi bastante influenciado pela ideia de governança local e descentralizada do BM. Esses autores apontam que a estratégia preconizada pelo Banco se destinava a

[...] transferir para o espaço da micropolítica a responsabilidade pela atenção à saúde prestada à população, deixando intacta qualquer crítica à macropolítica, onde se define a alocação dos recursos públicos, até porque, para o Banco, o problema não está na falta de recursos, mas na sua má gestão (p. 267).

Os projetos AIDS III e AIDS SUS seguiram essa tendência. O primeiro, implementado a partir de 2004, contribuiu para consolidar a gestão central do PN-DST/Aids em assessorias e em unidades técnicas, *pari passu* a implementação da política de repasse financeiro fundo a fundo, ou Política de Incentivo, para os níveis estaduais e municipais, regulamentada em dezembro de 2002. O AIDS SUS, firmado em 2008, trouxe como principal eixo a governança da resposta nacional (explicitada no título do Acordo) e acrescentou o reforço da cooperação técnica, que incluía ações de promoção de intercâmbios e trocas de experiências e tecnologias entre países e organizações nacionais e internacionais.

Assim, o modelo de gestão descentralizada da resposta nacional, assumida pelo PN-DST/Aids nos anos 2000, contribuiu, aparentemente, para a consolidação de uma estrutura programática especializada na produção de diretrizes políticas, monitoramento e avaliação desde o nível central, com articulação direta com “pontos focais” ou “núcleos administrativos de HIV/Aids” criados nos estados e municípios para responder oportunamente às mesmas diretrizes, conformando uma organização da implementação da resposta nacional como um programa vertical, paralela e diferenciada da lógica organizacional do SUS, ainda que se valessem dos seus princípios.

Os efeitos dessa modelagem de gestão do PN-DST/Aids não foram foco dessa pesquisa e devem ser melhor investigados, até porque, desde 2009, quando o PN-DST/Aids foi convertido num Departamento da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS, têm sido constantes as discussões sobre sua estrutura, quantidade de recursos humanos e operacionalização no SUS. Esse debate foi revitalizado nos últimos anos, no contexto das discussões sobre o financiamento do sistema nacional de saúde e após o

término da política do incentivo. Vale lembrar, a partir dos nossos achados, reitera-se que a opção dos gestores do PN-DST/Aids nos primeiros acordos com o BM foi de utilizar os recursos dos empréstimos “pelo [próprio] MS no SUS”, evitando que esses fossem gerenciados por uma estrutura “à parte do MS”¹⁶⁵.

Por outro lado, a perspectiva de trabalho com as ONGs, a partir da forma de financiamento baseada em critérios, normas, controles de execução e cumprimento de metas, seja em nível global ou local, tem sido aplicada mundialmente pelo Banco Mundial. De acordo com Almeida (2017c, a partir de Kamat 2001), esta constitui a face menos visível de uma estratégia mais ampla de consolidação de uma nova ordem econômica global, essencialmente neoliberal, que não apenas supervaloriza as parcerias com o setor privado indistintamente (lucrativo ou não lucrativo, ONGs, associações representativas etc.), como considera os diferentes atores como “iguais”, independentemente dos objetivos que os movem e das atividades históricas que os constituíram como tal, preconizando e facilitando a sua atuação como “substitutiva” do Estado, ao mesmo tempo em que dificulta qualquer atuação de oposição ou disputa entre eles, seja nas ações comunitárias seja na advocacia em nível internacional (ALMEIDA, 2017c).

8.2 A COOPERAÇÃO DO BRASIL EM HIV/AIDS

As primeiras cooperações Sul-Sul brasileiras na área de HIV/Aids ocorreram nos anos 1990 por demandas de países em desenvolvimento. A partir de 2002, com o PCI, o governo brasileiro lançou sua política ou Programa de Cooperação, preconizando que as diretrizes nacionais podiam ser utilizadas em outros países em desenvolvimento.

O PCI centrava-se na doação de um número restrito de tratamentos ARVs a países selecionados, segundo o protocolo clínico brasileiro à época, que era acompanhada de capacitação local para a aplicação do tratamento a um grupo selecionado de pacientes. Essas cooperações tinham função mais de difusão da prática brasileira do que de apoio à redução do número de doentes ou ao controle da epidemia, dada a grande prevalência de PVHA nas sociedades que recebiam a cooperação e a pouca quantidade de medicamentos doados. Rapidamente os problemas e dificuldades começaram a aparecer: não existia uma legislação brasileira que sustentasse esse tipo de cooperação (uma vez que doações em

¹⁶⁵ Segundo um informante-chave essa teria sido a opção da Argentina: gestão paralela. Entretanto, esse ponto não foi checado nem explorado nesta pesquisa. Cabe então sugerir futuras investigações que discutam as políticas de “ajuda” do BM para o HIV/Aids numa perspectiva comparada entre os dois países.

geral estavam vinculadas a ações humanitárias e não à cooperação); e os agentes brasileiros atuavam da forma tradicional, isto é, praticamente impondo seu *modus operandi*, sem levar em conta as especificidades locais, apesar do discurso da horizontalidade.

Essa situação ocorreu em outros projetos brasileiros de cooperação na área de saúde (ALMEIDA, 2010; ALMEIDA *et al.* 2016,) que pretendiam, como nos de Aids, atuar de forma diferente da maneira tradicional de cooperação dos países desenvolvidos. Havia a intenção de conformar uma forma nova de trabalhar, mas as equipes envolvidas não estavam ainda suficientemente preparadas para atuar de acordo com novos parâmetros. Na realidade, as atividades de cooperação exigem um aprendizado que acontece durante o próprio desenvolver das ações, isto é, consiste em uma prática que se aprende fazendo, sobretudo se a intenção é mudar e inovar. Da mesma forma, a constatação de que o arcabouço legal e normativo da cooperação brasileira era inadequado para a execução de muitos projetos de cooperação, também foi evidenciada na operacionalização de outras atividades cooperativas, não somente em saúde, mas também em outros setores no Brasil, por exemplo na agricultura, com a atuação internacional da Embrapa (LEITE, 2013).

Por outro lado, a Conferência da Ungass de 2001 marcou também a formalização da articulação “HIV/Aids-segurança internacional”, que havia sido discutida durante a reunião do Conselho de Segurança da ONU, em 2000, e que, segundo alguns autores (VIEIRA, 2007), foi produto de um movimento histórico, progressivo e gradual da comunidade internacional para articular Aids e segurança, ou seja, para promover a “securitização da epidemia”. Essa dinâmica sustentaria um novo paradigma e um grande movimento na conjuntura global de resposta à epidemia ao longo dos anos 2000. O atentado de 11 de setembro de 2001, em Nova Iorque, EUA, ocorrido três meses depois da Ungass, impulsionaria a utilização de uma plataforma internacional de combate à Aids vinculada à segurança nacional, capitaneada pelos EUA para fins geopolíticos, que desvincularia totalmente a resposta à Aids do enfoque biomédico tradicional. Esta dinâmica é denominada por Ingram (2005) de “geopolítica das doenças” e, segundo Almeida (2011), tem um outro subproduto: a introdução da perspectiva neoconservadora na ajuda externa e na cooperação internacional (ALMEIDA, 2011).

Segundo Vieira (2007), ao longo dos anos 1990 os novos atores na área de Aids ampliaram sua atuação e, se anteriormente suas ações e agendas eram mais pautadas por princípios simbólicos – tais como desenvolvimento, humanitarismo e direitos humanos –

a partir de meados daquela década passaram a incorporar a categoria da segurança humana como transversal ao tema da HIV/Aids, pelo apelo que exercia sobre os doadores internacionais. Depois, frente à forte securitização da epidemia apresentada na Ungass 2001, esses ativistas passaram também a unificar suas ações em torno do conceito de segurança (VIEIRA, 2007).

Todos esses movimentos se refletiram nas políticas globais elaboradas pelo Unaid no pós-Ungass de 2001, seja para o fortalecimento de ações programáticas dos países por meio de instrumento de cooperação, como os PAF, onde eram evidentes os recursos de cooperação *earmaked*, ou, mais tarde, com os TSF, ampliando a CSS para a implementação dos “Três Uns” em HIV/Aids. Como mencionado anteriormente, essa estratégia estava baseada em três pilares: **uma** autoridade nacional; **um** plano nacional de HIV/Aids e **um** sistema de monitoramento e avaliação. Ou seja, se de um lado a política dos “Três Uns” era a legitimação internacional da resposta brasileira à Aids, do outro, também refletia as ideias de eficiência e de fortalecimento da governança da resposta em saúde, sugeridas condicionalmente pelos empréstimos do BM. Assim, o Brasil ajudou a difundir essa prática na sua agenda de CSS, a partir de 2005, com o projeto do Cict. Essa mesma forma de cooperação foi assumida também na agenda da PEB.

8.3 COOPERAÇÃO EM HIV/AIDS NA AGENDA DA PEB

Durante a década de 2000, nos dois governos do presidente Luis Inácio Lula da Silva, com o Embaixador Celso Amorim como Chanceler, o MRE assumiu, explicitamente, a prioridade que a resposta brasileira à epidemia de HIV/Aids passou a ter na agenda da PEB. Essa decisão foi acompanhada de mudanças importantes na arquitetura institucional de condução da cooperação nessa área, aproximando os dois Ministérios (MS e MRE), assim como fortalecendo a ABC para que cumprisse suas funções de forma mais efetiva, começando pela cooperação em HIV/Aids.

De acordo com Leite (2013), nos anos 2000 as “entidades brasileiras passaram a receber demandas exponenciais por cooperação em razão da divulgação crescente de suas experiências no âmbito externo e da elevação destas a instrumento de política externa” (p. 26). Para esta mesma autora, a partir dos anos 1990 várias instituições nacionais começaram a ser envolvidas pelo MRE como “agentes da política externa brasileira” (p.23), o que ela chama de “horizontalização da política externa do Brasil”, num contexto marcado pela globalização e pela emergência de novos temas, em especial os temas sociais e

dentre eles a saúde. Com isso, na perspectiva dessa autora não só as instituições passaram a ser convocadas pelo MRE e seus técnicos passaram a trabalhar ao lado de diplomatas, como também esses mesmos técnicos começaram a acumular conhecimento sobre o contexto das arenas internacionais e sobre a prática diplomática. Acrescentamos que é preciso lembrar também que a formação dos diplomatas é, em geral, pouco aprofundada em temas específicos, como por exemplo saúde, e essa dinâmica teve dupla via, isto é, os diplomatas também foram envolvidos de forma mais aprofundada em temas sobre os quais não tinham completo domínio.

Constata-se neste estudo a importância que foi dada pela PEB à propagação da imagem do Brasil como um país que, apesar de inúmeros problemas sociais, priorizava o diálogo com a sociedade civil e se esforçava para manter os princípios, diretrizes e prioridades sociais, especialmente na área de saúde e de direitos humanos, sem descuidar dos aspectos comerciais e econômicos. Além disso, as especificidades da experiência brasileira, com a criação do SUS e a política nacional de resposta à epidemia de HIV/Aids pelo MS, seriam exemplos que poderiam ser seguidos por outros países em desenvolvimento (CRIVELLA, 2007).

Em recente reflexão sobre a articulação entre saúde e relações internacionais, Almeida *et al.* (2015) apontam que há um relativo consenso na literatura sobre o papel da cooperação como um dos instrumentos operacionais da política externa, seja como mecanismo de dominação ou controle de alguns países sobre outros, seja como estratégia de construção de força política de um país, ou grupo de países, para a mudança ou fortalecimento de sua inserção internacional, dinâmica esta intrínseca ao sistema mundial interestatal. A mesma autora hipotetiza também que o 11 de setembro foi um dos disparadores para a reconsideração da saúde na agenda da política externa em nível mundial (ALMEIDA, 2013, 2017a).

Alcazar (2005) considera que algumas circunstâncias determinaram o que ele chama de “fenômeno da inserção da saúde na política exterior brasileira” (p.05):

1) a adoção, por parte do Estado, de um discurso de saúde de natureza aberta, independente, universal e integral, e que emana de uma instituição que tem sua importância política reconhecida [o MS]; 2) a ampliação do papel do Ministério da Saúde, como locus politicamente reconhecido, para organizar, veicular e acionar esse discurso; e 3) a criação de condições orçamentárias para sustentar esse novo papel (ALCAZAR, 2005, p.05).

Para este autor, o MS teria se fortalecido com a implementação do SUS e o governo brasileiro teria assumido um discurso com pelo menos três significados: 1) “significado social”, pelo “resgate da dívida nacional das exclusões, injustiças e iniquidades que marcaram a história do país”; 2) “significado político”, por conferir sentido social à estratégia do desenvolvimento; e 3) “significado diplomático”, na “defesa do preceito fundamental do discurso da saúde, segundo o qual nada no ordenamento econômico internacional deve impedir a aplicação de medidas de saúde pública” (ALCAZAR, 2005, p.11).

Buss e Ferreira (2010) reiteram que a aprovação dos princípios do SUS e a garantia da atenção à saúde com equidade, legitimados na Constituição brasileira de 1988, sustentou a prioridade que a saúde teve na PEB durante os anos 2000. Acrescentam que a dinâmica de colaboração entre as pastas da saúde e das relações exteriores no período determinou o avanço do Brasil num campo novo, o da “diplomacia em saúde” que, para esses autores, teria sido instrumentalizado pela cooperação técnica.

9 CONCLUSÃO

A compreensão sobre a cooperação internacional do Brasil em HIV/Aids envolve pelo menos duas dimensões: de um lado a construção da resposta nacional à epidemia, que é simultânea à conjuntura de lutas pela redemocratização do país e pela consolidação do Sistema Único de Saúde; e do outro, a construção de uma prática de cooperação com características próprias, desbravando o cenário internacional até então dominado pelos países desenvolvidos, principais financiadores da cooperação internacional para o desenvolvimento e também detentores dos processos de ajuda externa, assim como pelo principal organismo financeiro multilateral, que passa, no mesmo período, a intervir de forma importante nas políticas setoriais e na cooperação internacional.

O elemento comum a essas duas dimensões são os atores nacionais e internacionais que participaram dos processos de negociação que caracterizaram o que se denomina nesta tese de “especificidade da cooperação do Brasil em HIV/Aids”. Essa especificidade contém elementos que atravessaram os distintos momentos da trajetória do PN-DST/Aids como ator de cooperação, que começou como receptor nos meados dos anos 1980 e, em pouco tempo, avançou para uma posição dual (de receptor e prestador), demonstrando não só uma alta capacidade de negociação, mas também de aproveitamento de oportunidades da conjuntura doméstica e da disponibilidade de financiamentos internacionais para garantir a sustentabilidade da política nacional de acesso universal a tratamento e influenciar os debates na arena internacional.

A trajetória do Brasil como prestador de cooperação internacional em HIV/Aids teve início a partir do primeiro acordo com o Banco Mundial (AIDS I) em 1994 e da articulação regional com os países do GCTH, o que garantiu o primeiro patamar de visibilidade à política brasileira, fortemente assentada no estreito diálogo com as organizações e redes da sociedade civil organizada. Nesse momento, o protagonismo brasileiro ainda estava na esfera setorial da saúde. Os dados mostram que essa fronteira só foi superada a partir de 2001, com a entrada do MS brasileiro nas discussões sobre propriedade intelectual e patentes, vinculadas ao tema de produção de medicamentos, entre eles os ARVs, ocorrida no âmbito da OMC. Essas discussões fortaleceram o PN-DST/Aids e conferiram maior visibilidade à participação do MS na Agnu, na sessão de Ungass daquele mesmo ano.

Esses espaços se tornaram novos campos de atuação de atores brasileiros que tinham não só histórico, mas também experiência acumulada na luta pela sistematização

da resposta nacional, que havia sido sustentada na saúde como um direito constitucional em 1988. Esses atores, portanto, foram os principais agentes responsáveis pela construção de uma espécie de “identidade” do PN-DST/Aids como ator internacional e de uma proposta de CSS com características próprias, ainda que essa construção tenha sido perpassada pela influência (e tensões em relação a princípios e estratégias) das agências e organismos internacionais, que foram parceiros do Brasil nas ações de CSS ao longo dos anos 2000, especialmente no arranjo de cooperação do projeto Cict.

Os resultados deste estudo mostram que a trajetória da cooperação internacional do Brasil em HIV/Aids tem contornos específicos e foi influenciada por pelo menos dois processos: o de consolidação da política nacional de HIV/Aids segundo as particularidades dos contextos nacional e internacional em que foi estruturada; e o de construção de uma agenda de cooperação Sul-Sul que mantivesse a visibilidade e o protagonismo internacional do Brasil em HIV/Aids, fortemente incrementados pela inserção do tema do acesso universal a medicamentos na PEB. Esses processos garantiram não só a sustentabilidade da política nacional de acesso universal, como também a manutenção dos seus princípios tanto nos fóruns internacionais (específicos de saúde, ou não), como também nas relações estabelecidas pela cooperação técnica entre países em desenvolvimento, o que ocorreu como uma prática solidária e horizontal de diálogo Sul-Sul. A operacionalização desses aspectos foi possível no período 2002-2014, devido à construção das relações entre o PN-DST/Aids e organismos/agências internacionais desde 1994 e à inserção do tema de HIV/Aids na agenda da PEB a partir de 2003.

A internacionalização da política brasileira de Aids, com sua cooperação Sul-Sul, é um dos exemplos positivos da atuação coordenada entre o Ministério da Saúde e o das Relações Exteriores, que contribuiu de forma importante para a ampliação da participação brasileira nos fóruns internacionais, defendendo políticas não raro em oposição, ou questionando, as estratégias de poderosos atores que atuam nessas arenas em defesa de seus próprios interesses, em detrimento do fortalecimento dos sistemas de saúde nos países em desenvolvimento e da valorização do direito humano à saúde da população mundial.

A liderança assumida pelo governo brasileiro na agenda global de controle do HIV/Aids foi, de fato, como argumenta Alcazar (2005), um exercício de diplomacia que deslocou o MS do Brasil de um lugar de ator reativo à agenda internacional para um outro, propositivo, marcando “o momento de inserção da saúde na política exterior brasileira”, contemplando o fortalecimento institucional do SUS como uma “condição essencial” para

que seus representantes defendessem o discurso do acesso universal aos medicamentos no espaço internacional (discurso que já era hegemônico no plano doméstico). Desta forma, os atores da área de saúde teriam desenvolvido no campo internacional a prática de “aglutinar, influir e liderar, que configuram típicas ações de política externa” (ALCAZAR, 2005, p.12).

De fato, pode-se concordar com essas afirmações, mas é preciso qualificá-las.

A organização da ACI do PN-DST/Aids e seu fortalecimento institucional para atuação na área de negociações internacionais e CSS em HIV/Aids instituiu, de um lado, a prática da negociação política internacional – bi, tri, multilateral e em redes –, que envolvia a elaboração das posições nacionais a serem defendidas na participação brasileira nos fóruns multilaterais; e, de outro, a coordenação e operacionalização da agenda de CSS com diferentes arranjos, consolidando a interface internacional da especificidade brasileira, ainda que pouco sustentável ao longo do tempo, especialmente sem os financiamentos específicos e as mudanças no arcabouço institucional do Estado. Por outro lado, essa prática sempre foi desenvolvida paralelamente à da Aisa do MS, que, teoricamente, deveria acompanhar todas as atividades internacionais do MS, o que configura a pretensão do Programa Nacional de manter a “autonomia” instituída nos primórdios da sua institucionalização.

Em síntese, em um primeiro momento, a especificidade e protagonismo brasileiro em relação ao combate ao HIV/Aids foi fundamental para introduzir mudanças cruciais nas estratégias globais de enfretamento da epidemia. Ao mesmo tempo, forneceu os elementos necessários para que outros atores poderosos (como por exemplo as indústrias farmacêuticas) se organizassem para ocupar esse espaço e abarcar um mercado altamente lucrativo, nos países em desenvolvimento e menos desenvolvidos, proporcionado pelos tratamentos com ARVs (SACHY, 2016; ALMEIDA, 2017c). As disputas internacionais em relação aos medicamentos genéricos (embargo de carga brasileira de genéricos na Holanda; ações contra os genéricos como “medicamentos contrabandeados” ou “falsificados”; painel da OMC contra o Brasil) são exemplos dessa batalha (CHAVES, 2016; ROSINA, M. S., SHAVER, L., 2012; FARIA, 2011).

As GHI, como o Fundo Global e o Pefpar, criados simultaneamente no início da década de 2000, entre outras (SACHY, 2016), mudaram completamente o panorama da ajuda externa na área de HIV/Aids, favorecendo as indústrias transnacionais e submetendo as ONGs de atuação local às suas normas e regras operacionais, com a justificativa

de falta de capacidade dos Estados nacionais e de seus funcionários para operar a logística e a boa utilização das doações de medicamentos por essa via (ALMEIDA, 2013; SACHY, 2016). Portanto, mesmo considerando os fatores nacionais, extremamente relevantes, não causa estranheza o fato que os arranjos brasileiros de cooperação internacional em HIV/Aids tenham perdido espaço internacional, evidenciado principalmente pela diminuição de novas frentes de cooperação em HIV/Aids no pós-2010, diante da agenda oferecida pelos novos atores ou novas configurações internacionais em HIV/Aids aos países em desenvolvimento, alguns deles tiveram inclusive participação brasileira na sua criação, como o Fundo Global e a Unitaid.

Longe de insinuar que o Programa Nacional foi simplesmente um “instrumento” dos organismos internacionais para impor suas políticas em nível global, essa constatação apenas alerta para a necessidade de acompanhamento do contexto global e das mudanças na conjuntura nacional, especialmente no pós 2010, quando os atores da ACI-Cict passam a ocupar outros espaços do governo ou organismos internacionais, uma dinâmica que não é estranha ao SUS, mas que para a cooperação internacional em HIV/Aids significou um esvaziamento institucional importante, que pode ter influenciado, inclusive, a diminuição do Ministério da Saúde nos temas relacionados ao comércio e a propriedade intelectual em HIV/Aids.

Mas isso é uma outra história, que merece ser mais bem trabalhada e aprofundada em outras pesquisas.

9.1 LIMITES DA PESQUISA

Um dos principais limitadores da pesquisa foi o acesso ao conjunto de documentos do MS, uma vez que o acervo relacionado ao tema cooperação internacional em HIV/Aids está dividido entre o DIAHV, a Aisa e arquivo central, este último localizado no edifício anexo à sede do MS. Além de fragmentado, o acervo está organizado de forma diferente em cada uma dessas áreas, o que demandou solicitações também diferentes, a depender do recorte temporal e do assunto da busca. Vários documentos foram cedidos pelos entrevistados, em formato virtual.

Outro fator limitante foi relacionado ao acesso da maioria dos informantes-chave, porque alguns não vivem mais no Brasil. Com isso foi necessária muita negociação quanto aos horários para entrevistas, de acordo a conveniência desses atores.

REFERÊNCIAS

ACCRA AGENDA FOR ACTION. Terceiro Fórum de Alto Nível sobre a Efetividade da Ajuda. Accra, Gana, 4 set. 2008. Disponível em: <<https://www.oecd.org/dac/effectiveness/45827311.pdf>> Acessado em: 3 ago., 2014.

ADORNO, R. de C. F.; CASTRO, A. L. O exercício da sensibilidade: pesquisa qualitativa e a saúde como qualidade. **Saúde e Sociedade**, v. 3. n. 2, p.172-185. 1994.

AGENCIA AIDS DE NOTÍCIAS. **Entrevista Eduardo Barbosa**. Disponível em: <http://agenciaaids.com.br/home/noticias/avanca_item/12559> Acesso: 06 dez. 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS – ABIA. **Mito vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016**. Rio de Janeiro: ABIA, jul. 2016.

ALCAZAR, S. L. B. F. **A inserção da saúde na política exterior brasileira**. Brasília: Instituto Rio Branco. Fundação Alexandre de Gusmão. Centro de Altos Estudos Estratégicos, 2005.

ALLISON, G. T. **Essence of Decision: Explaining the Cuban Missile Crisis**. Boston: Little Brown & Co., 1971.

ALMEIDA, C. **As Reformas Sanitárias nos Anos 80: Crise ou Transição?** Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.1995.

ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.

ALMEIDA, C. Reforma del Estado y Reforma de Sistemas de Salud. **Cuadernos Médicos Sociales**, v. 79, n. 1, p. 27-58, 2001.

ALMEIDA, C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 905-925, jul-ago, 2002.

ALMEIDA, C. Reformas del sector Salud y Equidad en América Latina y el Caribe: Conceptos, agendas, modelos y algunos resultados de implementación. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, v. 4, n. 9, p. 55 - 79, 2005.

ALMEIDA, C. Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean: the role of International organizations in formulating agendas and implementing policies. **Well-being and Social Policy**, v. 2, p. 123-60, 2006a.

ALMEIDA, C. Política e Planejamento: o plano de saúde Leonel Miranda. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p. 381-5, 2006b. Seção Comentário.

ALMEIDA, C. Reforma de Sistemas de Saúde: Tendências internacionais, modelos e

resultados. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (Orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p.871-922.

ALMEIDA, C. International perspectives on the public health implications of 9/11 – Health and foreign policy: the threat from health securitization. **Aust NZ J Public Health**, v. 35, n. 4, p. 312, 2011.

ALMEIDA, C. Saúde, Política Externa e Cooperação Sul-Sul em Saúde: elementos para a reflexão sobre o Caso do Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Volume 1. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/ Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. p. 231-327.

ALMEIDA, C. O Banco Mundial e as reformas contemporâneas do setor saúde . In: PEREIRA, J. M. M.; PRONKO, M. (Orgs.) **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014. p.183-232.

ALMEIDA, C. Saúde, Política Externa e Cooperação Sul-Sul. In: BUSS, P.; TOBAR, S. (Org.). **Diplomacia em Saúde e Saúde Global: Perspectivas Latinoamericanas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2017a. p. 41-86.

ALMEIDA, C. Política Externa e Cooperação Internacional no Brasil: eixos estratégicos e agendas. In: BUSS, P.; TOBAR, S. (Org.). **Diplomacia em Saúde e Saúde Global: Perspectivas Latinoamericanas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2017b. p. 487-532.

ALMEIDA, C. Parcerias Público Privadas (PPSs) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, Sup2: e00197316, p. 1-17, 2017c.

ALMEIDA, C., HAINES, A.F., CAMPOS, R. P. de. Salud Global: Un nuevo objeto de estudio en salud colectiva? **Revista Palimpsestvs**, v. 37, n. 1, p. 45-64, 2008.

ALMEIDA, C.; PIRES DE CAMPOS, R.; BUSS, P.; FERREIRA, J.R. FONSECA, L. E. A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.4, n.1, mar., 2010, p.25-35.

ALMEIDA, C.; LIMA, T. S.; MARCONDES, W. B. Saúde e relações internacionais: novo Desafio Teórico e Metodológico da Saúde Coletiva. In: BAPTISTA, T. AZEVEDO, C. MACHADO, C. (Org). **Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde – abordagens e métodos de pesquisa**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. p. 257-292.

ALMEIDA, C. et al. **Saúde e Relações Internacionais: Política Externa e Cooperação Internacional em Saúde**. Relatório Científico (Projeto de Pesquisa aprovado no Edital Faperj nº 29/2012) – Programa Apoio à Formação e Consolidação de grupos de Pesquisas Multiinstitucionais e Interdisciplinares. Rio de Janeiro, 2016.

AMADOR, E. A. El nuevo rostro de la cooperación técnica entre países em desarrollo (CTPD) y las nuevas tendencias internacionales. **Ciencias Sociales**, v. 1, n. 94,

Universidad de Costa Rica: Costa Rica, 2001.

AMORIM, C. **Breves narrativas diplomáticas**. 1. ed. São Paulo: Benvirá, 2013.

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E. & GENTILI, P. (Orgs.) **Pós neoliberalismo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **Resolução nº 200**: assistência técnica para o desenvolvimento econômico. Nova Iorque: AGNU, 1948. Disponível em: <[http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/200\(III\)](http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/200(III))> Acesso em: 10 jul. 2015.

ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **Resolução nº 44/210**: revisão trienal ampla da política relativa às atividades operacionais do sistema das Nações Unidas para o desenvolvimento. Nova Iorque: AGNU, 1989. Disponível em: <http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/44/211&referer=http://www.un.org/depts/dhl/resguide/r44_resolutions_table_eng.htm&Lang=S> Acesso em: 21 ago. 2015.

ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **Resolução nº 47/199**: revisão trienal ampla da política relativa às atividades operacionais do sistema das Nações Unidas para o desenvolvimento. Nova Iorque: AGNU, 1992. Disponível em: <http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/47/199&referer=http://www.un.org/depts/dhl/resguide/r47_resolutions_table_eng.htm&Lang=S> Acesso em 21 ago. 2015.

ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS - AGNU. **Declaração de Compromisso Sobre o HIV/AIDS**. Sessão Extraordinária da Assembleia Geral sobre o HIV/Aids (Ungass), 25-27 jun. 2001.

AYLLÓN, B. Os debates sobre a eficácia da cooperação e o papel dos emergentes: o Brasil e a cooperação triangular. **Carta Internacional**, NUPRI-USP, dezembro, p. 3-10, 2010.

AYLLÓN, B. **A cooperação triangular e as transformações da cooperação internacional para o desenvolvimento**. Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: IPEA, 2013.

AZEVEDO, P. Prefácio. In: BLUSTEIN, P. **Desventuras das nações mais favorecidas**: egos em conflito, ambições desmedidas e as grandes confusões do Sistema Multilateral de Comércio. Brasília: Funag, 2011. p. 09-21.

BARBOZA, R. **Gestão do Programa Estadual DST/ AIDS de São Paulo**: uma análise do processo de descentralização das ações no período de 1994 a 2003. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2006.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro.

BASTOS, F. I. **A Aids na terceira década**. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 2006. (Coleção Temas em Saúde).

BASTOS, F. I. **Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros.** Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, 2009 Mimeografado.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Relatório técnico apresentado ao DIAHV. Rio de Janeiro, 2014. Mimeografado.

BERKMAN, A.; GARCIA, J. MUÑOZ-LABOY, M.; Paiva, V.; PARKER, R. A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. **American journal of public health**, v.95, n. 7, p. 1162-1171, July 2005.

BERMUDEZ, J.A.Z.; OLIVEIRA, M.A. **Intellectual Property Rights in the Context of the WTO Trips Agreement: challenges for public health.** Rio de Janeiro: Ed. 2004.

BRASIL. Decreto nº 24.814, de 14 de julho de 1934. Cria a Diretoria de Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo, Brasília, DF, 02 ago. 1934. Seção 1, p. 15914.

BRASIL. Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. Cria o Serviço Antivenéreo das Fronteiras. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1937, Seção 1, p. 1210.

BRASIL. Portaria nº 94, de 20 de abril de 1950. Cria a Comissão de Saúde Internacional do Ministério da Educação e Saúde. Subordinada ao Departamento Nacional de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo. Rio de Janeiro, RJ, 16 mai. 1950, Seção 1, p. 7548.

BRASIL. Decreto-lei nº 28.799, de 27 de outubro de 1950. Cria a Comissão Nacional de Assistência Técnica (CNAT) no Ministério das Relações Exteriores. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo. Rio de Janeiro, RJ, 30 nov. 1950. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D28799.htm> Acesso em: 15 jun. 2015.

BRASIL. Decreto nº 34.596, de 16 de novembro de 1953. Aprova o Regulamento do Ministério da Saúde, criado pela Lei de nº 1.920, de 25 de julho de 1953, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo. Rio de Janeiro, RJ, 19 nov. 1953. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-34596-16-novembro-1953-328248-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em: 15 ago.2015.

BRASIL. Decreto nº 34.763, de 09 de dezembro de 1953. Aprova o Regulamento da Comissão Nacional de Assistência Técnica (CNAT). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo. Rio de Janeiro, RJ, 12 dez. 1953. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/DetalhaDocumento.action?id=166475>> Acesso em: 15 jun. de 2015.

BRASIL. Decreto nº 45.660, de 30 de março de 1959. Cria o Escritório Técnico de Coordenação dos Projetos e Ajustes do Ponto IV no Ministério das Relações Exteriores.

Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Poder Executivo. Rio de Janeiro, RJ, 30 mar. 1959. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-45660-30-marco-1959-384928-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em: 28 out. 2015.

BRASIL. Decreto nº. 54.251, de 02 de setembro de 1964. Reestrutura a Comissão Nacional de Assistência Técnica (CNAT). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo. Brasília, DF, 11 set. 1964. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D54251impresao.htm> Acesso em: 15 de jun. 2015.

BRASIL. Decreto nº 55.041, de 19 de novembro de 1964. Cria a Comissão de Assuntos Internacionais – CAI no Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo. Brasília, DF. 02 dez. 1964. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-55041-19-novembro-1964-395355-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em: 13 set. 2015.

BRASIL. Decreto nº 56.979 de 1º de outubro de 1965. Cria o Conselho de Cooperação Técnica da Aliança para o Progresso no Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo. Brasília, DF, 11 out. 1965. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-56979-1-outubro-1965-397176-norma-pe.html>> Acesso em: 15 jun. 2015.

BRASIL. Decreto nº 65.476 de 21 de outubro de 1969. Dispõe sobre as atividades de cooperação técnica internacional e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo. Brasília, DF, 22 out. 1969. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D65476impresao.htm> Acesso em: 15 jun. 2015.

BRASIL. Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970. Dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo. Brasília, DF, 25 mai. 1970. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-66623-22-maio-1970-408086-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em: 13 set. 2015.

BRASIL. Portaria Ministerial nº 276, de 22 de setembro de 1970. Estabelece o regimento da Coordenação de Assuntos Internacionais no âmbito da Secretaria Geral do Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo. Brasília, DF, Seção 1, 22 set. 1970.

BRASIL. Decreto nº 81.141, de 30 de dezembro de 1977. Dispõe sobre as atribuições da Coordenadoria de Assuntos Internacionais de Saúde – CAIS e excluem-se da competência da Secretaria Geral (SG) do Ministério da Saúde as funções pertinentes à cooperação técnica e intercâmbio internacional em assuntos de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo. Brasília, DF, 30 dez. 1977. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-81141-30-dezembro-1977-430453-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em: 13 set. 2015.

BRASIL. Portaria nº 236, de 2 de maio de 1985. Cria o Programa de Controle da Aids. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo. Brasília, DF,

06 mai. 1985. p. 6856. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/legislacao/2012/51440>> Acesso em 21 jun. 2015.

BRASIL. Decreto nº 94.973 de setembro de 1987. Aprova o Estatuto da Fundação Alexandre de Gusmão e cria a Agência Brasileira de cooperação com autonomia financeira. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo. Brasília, DF, 28 set. 1987. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94973-25-setembro-1987-445492-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em: 21 jun. 2015.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 109, de 02 de maio de 1991. Aprova a estrutura regimental do Ministério da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo. Brasília, DF, 03 mai. 1991. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/D0109.htm> Acesso em: 15 nov.2016.

BRASIL. Portaria nº 778, de 15 de julho de 1993. Cria a Assessoria de Assuntos Especiais de Saúde – AESA. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo. Brasília, DF, Seção 1, 15 jul. 1993.

BRASIL. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo. Brasília, DF, 14 nov. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9313.htm> Acesso em: 01 fev. 2017.

BRASIL. Lei 9.279, de 14 de maio de 1996. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo. Brasília, DF, 14 mai. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9279.htm> Acesso em: 03 mar. 2014.

BRASIL. Decreto nº 2477, de janeiro de 1998. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e funções gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo. 29 jan. 1998. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1998/decreto-2477-28-janeiro-1998-397937-norma-pe.html>> Acesso em 30 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.916, de 10 de novembro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo. Brasília, 30 out. 1998.

BRASIL. Lei 9.872 de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo. Brasília, DF, 27 jan. 1999.

BRASIL. Lei 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo.

Brasília, 11 fev. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação de DST e AIDS. **Ações na Área de AIDS e drogas**: relatório final do Projeto de Prevenção às DST/HIV/AIDS e ao Uso Indevido de Drogas, de agosto de 1994 a fevereiro de 1999. Brasília: Ministério da Saúde, 1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação de DST e AIDS. **Diretrizes Políticas do PN-DST/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999b.

BRASIL. Decreto nº 3.594 de 08 de setembro de 2000. Dispõe sobre a execução do Ajuste Complementar ao Convênio Básico entre o Governo da República Federativa do Brasil e a Organização Mundial da Saúde e ao Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e a Repartição Sanitária Pan-Americana para o Funcionamento do Escritório de Área da organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil, de 16 de março de 2000. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília, DF, 08 set. 2000. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3594.htm> Acesso em: 28 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Plano Plurianual (PPA) 2000-2003**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 40p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acordo de Empréstimo BIRD 4392/BR. AIDS II. **Relatório de Implementação** (dezembro de 1998 a maio de 2001). Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Nacional de AIDS. **Nota Informativa**: Painel da OMC questiona a lei de patentes brasileira. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, 2001c. (Sessão Política brasileira).

BRASIL. Portaria nº 12, de 8 de outubro de 2001. Aprovar o regulamento da modalidade de execução nacional para a gestão dos projetos de cooperação técnica internacional e dá as diretrizes gerais para o desenvolvimento da cooperação multilateral. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília, DF, 12 out. 2001. Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/nex/portaria12.pdf>> Acesso em: 28 out. 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Resposta**: a experiência do Programa brasileiro de AIDS. Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 949, de 21 de maio de 2002. Institui o Programa de Cooperação Internacional para ações de controle e prevenção do HIV para países em desenvolvimento. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, nº 193, p. 63. Brasília, 22 out. 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Cooperação Internacional para Ações de Prevenção e Controle do HIV/AIDS para outros Países em Desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

BRASIL. Portaria nº1970, de 23 de outubro de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília, DF, Seção 1, 23 out. 2002.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **Relatório Anual de Avaliação PPA 2002-2003**: exercício 2002. [S.l: s.n] [2003a]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/ppa/ppa-2000-2003/ppa20002003/ppa_rel_aval/014_relacoes_exteriores.PDF> Acesso em: 22 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Nacional de AIDS. **Nota Informativa**: Ajuda externa brasileira para tratamento da aids começa pelo Paraguai. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, 7 abr. 2003b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/ajuda-externa-brasileira-para-tratamento-da-aids-comeca-pelo-paraguai>> Acesso em: 22 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Nacional de AIDS. **Nota Informativa**: Brasileiro assume cargo na OMS. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, 7 abr. 2003c. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/brasileiro-assume-cargo-na-oms>> Acesso em 15 fev. 2017.

BRASIL. Portaria nº 2.123, de outubro de 2004. Aprovar os Regimentos Internos dos órgãos do Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília, DF, 07 out. 2004. Disponível em: <<http://sivac.com.br/legislacoes/gm/5969-2123.html>> Acesso em 28 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Resposta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde**: um pacto pela saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 24p.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. **Diretrizes para o desenvolvimento da cooperação técnica Internacional multilateral e bilateral**. 2.ed. Brasília: Agencia Brasileira de Cooperação, 2005b. 64p.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. **Via ABC**. Brasília, jul. 2005c.

BRASIL. Protocolo de Intenções, de 04 de julho de 2005. Entre o Ministério das Relações Exteriores e Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, nº 133, Seção 1, p. 78. Poder Executivo. Brasília, 13 jul. 2005d.

BRASIL. Portaria nº 717 de 9 de dezembro de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília, DF, 21 dez. 2006. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/sigap/downloads/portaria_717.pdf> Acesso em 27 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Pesquisa entre conscritos do exército brasileiro: retratos do comportamento de risco do jovem brasileiro à infecção pelo HIV, 1996-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série

Estudos e Pesquisas e Avaliação nº2).

BRASIL. Lei nº 12.239, de 19 de maio de 2010. Abre crédito extraordinário, em favor da Presidência da República, dos Ministérios da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, das Relações Exteriores, da Saúde, da Defesa, da Integração Nacional e das Cidades, e de Transferências a Estados, Distrito Federal e Municípios, no valor global de R\$ 1.374.057.000,00. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília, DF, 20 mai. 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12239.htm> Acesso em: 28 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais Saúde: direito de todos: 2008-2011**. 5.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 164p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS - Uma construção coletiva - **Plano Nacional de Saúde 2008/2009-2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 168p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento, v. 9).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Relatório de Gestão 2009 da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010c. 142p (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Divisão de Atos Internacionais. **Atos internacionais: prática diplomática brasileira - Manual de procedimentos**. Brasília: Ministério das Relações Exteriores, 2010d.

BRASIL. Portaria nº 2.053, de 30 de agosto de 2011. Dispõe sobre a gestão de projetos de cooperação técnica com organismos internacionais no âmbito do Ministério da Saúde e entidades vinculadas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília, DF, 30 ago. 2011. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauolegis/gm/2011/prt2053_30_08_2011.html> Acesso em 28 out. 2016.

BRASIL. Portaria nº 1339 de 28 de junho de 2012. Dispõe sobre autorização de afastamento do País de servidores e empregados públicos no âmbito do Ministério da Saúde e entidades a ele vinculadas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília, DF. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauolegis/gm/2012/prt1339_28_06_2012.html> Acesso em: 19 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Pesquisa de**

Conhecimentos, Atitudes e Práticas na população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. **Manual de normas e orientações para a cooperação técnica internacional com a Opas/OMS.** 1. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS.** Ano III, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. **Cooperação em Saúde no Haiti:** quatro anos de construção. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV.** Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Diretrizes para elaboração e gestão conjunta dos Termos de Cooperação Técnica.** 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS.** Ano V, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Relatório de Monitoramento Clínico do HIV.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Controle do HIV/AIDS: a experiência brasileira 1994-1998.** [S/d]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hiv_aids_exp_bras.pdf> Acesso em 28 ago. 2016.

BRITO, A. M. de; CASTILHO, E. A. SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-217, mar-abr, 2000.

BROWN, T.; CUETO, M, FEE, E. A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde. **Historia, Ciência, Saúde - Manguinhos**, v.13, n.3, pp. 623-647, set. 2006.

BRONFMAN, M.; POLANCO, J. D. La Cooperación Técnica Internacional y las políticas de salud. **Ciencia & Saúde Coletiva**, n.8, v. 1, p. 227-241, 2003.

BURLEY, A. M. Regulating the world: multilateralism, international law, and the projection of the new deal regulatory state. In: RUGGIE, J. **Multilateralism Matters.** 1.ed. New York: Columbia University Press; 1993. Cap. 4. p. 125-156.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Diplomacia da saúde, cooperação sul-sul: as

experiências da Unasul saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.106-118. Mar. 2010.

CAMPOS, A. L. V. **Políticas Internacionais de Saúde na era Vargas: o serviço especial de saúde pública, 1942-1960**. 1.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CAMPOS, R. A Cooperação Técnica Brasileira entre Países em Desenvolvimento: limites e perspectivas da política externa nacional. In: SILVA, K. C.; SIMIÃO, D. S. **Timor-Leste por trás do palco: Cooperação internacional e a dialética da formação do Estado**. Belo Horizonte: Editora UFMG. 2007. p.343-64.

CAMPOS, R. P. de; LIMA, J. B. B.; LOPES, L. L. A. Os fóruns de alto nível da Organização Para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE): Limites e Perspectivas da posição brasileira na agenda sobre efetividade da Ajuda Internacional. **Boletim de Economia Política Internacional**, IPEA, n.8, out-dez, 2011.

CASTRO, M. G; SILVA, L. B. **Resposta aos desafios da Aids no Brasil: limites e possibilidades**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2005.

CAVALCANTE, P. O Plano Plurianual: resultados da mais recente reforma do Planejamento e Orçamento no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 58, n 2, p. 129-150. Abr/Jun. 2007.

CICT. CENTRO INTERNACIONAL DE COOPERAÇÃO TÉCNICA EM HIV/AIDS. **A Cooperação Sul-Sul no contexto da epidemia de Aids: três anos do Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CICT. CENTRO INTERNACIONAL DE COOPERAÇÃO TÉCNICA EM HIV/AIDS. **Laços Sul-Sul – apoiando a resposta ao HIV por meio da cooperação Sul-Sul**. Brasília: Unfpa, Unicef, 2009.

CERVO, A.L. Socializando o desenvolvimento: uma história da Cooperação Técnica Internacional do Brasil. **RBPI – Revista Brasileira de Política Internacional**, n. 1, p. 37-63, Jan/Jun. 1994.

CHAVES, G. C. **Interfaces entre a produção local e o acesso a medicamentos no contexto do Acordo Trips da Organização Mundial do Comércio**. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2016.

CHEQUER, P. Entrevista. Artigo Frutos da Visão. **Notícias BID**, 01 fev. 2002. Disponível em: <<http://www.iadb.org/pt/noticias/artigos/2002-02-01/frutos-da-visao,8882.html>> Acesso em: 20 jan. 2017.

CHEQUER, P. **Aids 20 anos: Esboço histórico para entender o programa brasileiro**. 2005. <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBD1B398DPTBRIE.htm>> Acesso em: 30 out. 2008.

CHEQUER, P.; SIMÃO, M. O Brasil e o combate internacional sobre a Aids. In: BRASIL. MRE. **Via ABC**. Mar. 2007.

COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS DAS NAÇÕES UNIDAS. 57ª Sessão. **Resolução** nº 33. Acesso a medicamentos no contexto de epidemias como a do HIV/AIDS, 2001.

CNAIDS. COMISSÃO NACIONAL DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS. **Acesso universal no Brasil**: cenário atual, conquistas e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CONTRERA, W. F. **GAPAs**: uma resposta comunitária à epidemia da Aids no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

COSER, L. **Cooperação**. In: DICIONÁRIO DE CIÊNCIAS SOCIAIS. Fundação Getúlio Vargas. Instituto de Documentação. 2ªed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1987. Verbete.

CRIVELLA, V. **A saúde como instrumento de política externa brasileira**: seus atores, seu poder e influência. In: 1º Encontro Nacional da ABRI (Associação Brasileira de Relações Internacionais) sobre política externa. Dias 25, 26 e 27 de julho, Brasília, DF, 2007. Disponível em: <[HTTP://72.249.12.201/wordpress-mu/brasil/files/2009/05/a-saude-como-instrumento-de-politica-externa-brasileira-vera-crivella.pdf](http://72.249.12.201/wordpress-mu/brasil/files/2009/05/a-saude-como-instrumento-de-politica-externa-brasileira-vera-crivella.pdf)> Acesso em: 12 jul. 2009.

CROSSETE, B. U.S. drops case over Aids drugs in Brazil. **The New York Times Magazine**, Nova Iorque, 26 jun. 2001. International.

CUETO, M. **Salud, Cultura y Sociedad en América Latina**. 1.ed. Lima: IEP/OPS, 1996.

CUETO, M. International health, the world cold war and Latin America. **CBMH/BCHM**, v. 25, n.1, p. 17-41, 2008.

CUETO M.; BROWN, T.; FEE, E. El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría. **Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico**, v. XXXVIII, n. 69, pp. 129-156, jul/dez. 2011.

DAMACENA, G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA JÚNIOR, P. R. de. Dourado I. Risk factors associated with HIV prevalence among female sex workers in 10 Brazilian cities. **J Acquir Immune Defic Syndr**. v. 57, Supl 3, p. 144–52, ago. 2011.

DIAZ-BERMUDEZ, P. O Programa brasileiro de DST e HIV/Aids: algumas reflexões sobre sua atuação. In: CASTRO, M. G.; SILVA, L. B. **Resposta aos desafios da Aids no Brasil**: limites e possibilidades. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde; 2005. p. 41-81.

DOMERGUE, M. **Technical assistance: theory, practices, and policies**. New York: Praeger, 1968.

DUARTE, C. A. E. **O Paradoxo da descentralização no financiamento para as ações de DST/Aids**: visão das entidades representativas do movimento social em municípios do Rio Grande do Sul. Trabalho de conclusão do curso (Especialização em Saúde Pública) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2008.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

EVANS, M.; REUSCHMEYER, D.; SKOCPOL, T. (Org.) **Bringing the State Back**. Londres: Cambridge University Press, 1985.

FARIA, J.E.P. Apreensões de medicamentos genéricos em portos europeus e a agenda anticontrafação: implicações para o acesso a medicamentos. **Políticas públicas** 9. Rio de Janeiro: ABIA, 2011.

FEINBERG, R. E. **Foreign Aid**. In: THE OXFORD COMPANION TO POLITICS OF THE WORLD. Oxford: Oxford University Press, 1993. p. 310. Verbete.

FELDBAUM, H; LEE, K.; MICHAUD, J. Global Health and Foreign Policy. **Epidemiologic Reviews**, v. 32, p. 82-92, 2010.

FIDLER, D. P. Germs, Norms and Power: Global Health's Political Revolution. **Law, Social Justice & Global Development** (LGD) (Jornal eletrônico), 2004. Disponível em: <<http://elj.warwick.ac.uk/global/issue/2004-1/fidler.html>>. Acesso em: 09 Mar. 2012.

FIORI, J. L. Sobre a crise contemporânea: uma nota perplexa. **Síntese: nova fase**, v. 20, n. 62, pp. 387-402, 1993.

FIORI, J. L. **O poder americano**. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

FIORI, J. L. **O poder global e a geopolítica das nações**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.

FIORI, J. L.; KORNIS, E. M. Além da queda: economia e política numa década enviesada. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (Orgs.). **Saúde e sociedade no Brasil anos 1980**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

FOLLÉR, M-L. **The Brazilian AIDS governance: Regional knowledge transfer, South-South cooperation, mechanisms for civil society participation, and the quest for accountability**, Beyond Accra. Practical implications of Ownership and Accountability in National Development Strategies. Documento de Trabalho, p. 46, abr. 2009.

Disponível em:

<<http://www.lse.ac.uk/internationalDevelopment/news/2009/beyondAccraPapers.pdf>>

Acesso em 21 jan. 2016.

FONSECA, E. M. *et al.* Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2134-44, 2007.

FONTES, M. B. Interface entre as políticas internacionais e nacionais de AIDS. In: PARKER, R; GALVÃO, J.; BESSA, M. S. (Org.). **Saúde, Desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34; 1.ed, 1999. p. 91-122.

FRANÇA, M. S. J. Política, direitos humanos e Aids: uma conversa com Paulo Roberto

Teixeira. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, n. 12, v. 27, p. 919–26, 2008.

GALVÃO, J. **Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia**. 1. ed. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

GALVÃO, J. **1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/Aids no Brasil e no mundo**. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

GAUDÊNCIO, S. A. **Contextos para definição de competências profissionais aos que atuam na área internacional da saúde**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Global e Diplomacia da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2014.

GOLDENBERG M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 8. ed. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2004.

GRANGEIRO, A. *et al.* Estratégias de descentralização e municipalização da resposta à aids no Brasil: implicações para as secretarias de saúde e organizações não governamentais. **Tempus Acta em Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 2, p. 14-33, 2010.

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M. M. L.; SILVA, S. R. da; CERVANTES, V. TEIXEIRA, P. R. Características da resposta à Aids de Secretarias de Saúde, no contexto da política de incentivo do Ministério da Saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v.21, n.4, p.954-975, 2012.

GRANGEIRO, A. Da estabilização à reemergência: os desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS. In: ABIA. **Mito vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016**. Rio de Janeiro: ABIA, jul. 2016. p.18-23.

GRINDLE, M. S.; THOMAS, J.W. Policy Makers, Policy Choices and Policy Outcomes: The Political Economy of Reform in Developing Countries. **Policy Sciences**. v. 22, n.3-4, p. 213-248, 1989.

HASS, P. Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination. **International Organization**, v. 46, n. 1, p. 1-35, 1992.

HERZ, M.; HOFMANN, A. R. **Organizações Internacionais: história e práticas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Campos, Elsevier, 2004.

HIRST, M. Relações Internacionais no Brasil como área de pesquisa. In: MICELI, S. (Org.). **Temas e problemas da pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Idesp, 1992.

HIRST, M; LIMA, M. R. S.; PINHEIRO, L. A política externa brasileira em tempos de novos horizontes e desafios. **Nueva Sociedad** (Especial em Português), 2010.

HOCHMAN, G. Agenda Internacional e Políticas Nacionais: uma comparação histórica entre programas de erradicação da malária e da varíola no Brasil. In: HOCHMAN, G., ARRETICHE, M.; MARQUES, E. (Org.). **Políticas Públicas no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 367-397.

IKENBERRY, G. J. The International Aprad of Privatization Policy: Inducemnets,

Leraning, and Policy Bandwagoning. In: SULEIMAN, E.; WATERBURY, J. (Org). **The Political Economy of Public Sector Reform and Privatization**. Boulder: Westview Press, 1990.

INGRAM, A. The new geopolitics of diseases: between global health and global security. **Geopolitics**, v. 10, n. 3, p. 522-545, 2005.

IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: Relatório nacional de acompanhamento. Brasília: Ipea, 2004.

IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: Relatório nacional de acompanhamento. Brasília: Ipea, 2007.

IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: Relatório nacional de acompanhamento. Brasília: Ipea, 2010.

JÖNSSON, C. From 'Lead Agency' to 'Integrated Programming': The Global Response to Aids in the Third World. **Green globe yearbook**, p. 65-72, 1996.

KEOHANE, R. O. **After Hegemony: Cooperation and Discord in the World Political Economy**. New Jersey: Princeton University Press, 1984.

KEOHANE, R. O. **Regime**. In: THE OXFORD COMPANION TO POLITICS OF THE WORLD. Oxford: Oxford University Press, 1993. Verbete.

KERR, L. **Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras**. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, 2009. Mimeografado.

KEROUEDAN, D. Como a saúde se tornou um desafio geopolítico. **Le Monde Diplomatique Brasil**, p. 30-32, jul. 2013.

KINGDON, J. W. **Agendas, Alternatives, and Public Policies**. Boston: Little, Brown, 1984.

KITSCHOLT, H. Four Theories of Public Policy Making and Fast Breeder Reactor Development. **International Organization**, v. 40, n.1, 1986.

KNIGHT, L. **Unaided**: the first 10 years, 1996-2006. Geneva: Unaided, 2008.

KRASNER, S. Structural Causes and regimes consequences: regimes as intervening variables. **International Organization**, MIT Press, v. 36, n. 2, p. 185-205, 1982.

KUHNEN, F. Concepts for the development of the third world. A review of the changing thoughts between 1945 and 1985. **Quarterly Journal of International Agriculture**, Berlim, v. 26, n.2, p. 157-167, 1987.

LANCASTER, C. **Foreign Aid: Diplomacy, Development, Domestic Politics**. Chicago: The University of Chicago Press, 2007.

LECHINI, G. ¿La cooperación Sur-Sur es aún posible? El caso de las estrategias de Brasil y los impulsos de Argentina hacia los estados de África y la nueva Sudáfrica. In: BORON, A.; LECHINI, G. **Política y movimientos sociales en un mundo hegemónico**. Lecciones desde África, Asia y América Latina. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, jul. 2006. p. 313-342.

LEITE, I. Cooperação Sul-Sul: conceito, história e marcos interpretativos. **Observador Online**, v.7, n.3, mar. 2012.

LEITE, I. C. **O envolvimento da Embrapa e do Senai na cooperação Sul-Sul: da indução à busca da retroalimentação**. Tese (Doutorado). Instituto de Estudos Sociais e Políticos, UERJ. Rio de Janeiro, 2013.

LIMA, L. M. **Cooperação, o que vem a ser?** Brasília: Unieuro, [s/d].

LIMA, M. R. S. de. Instituições democráticas e política exterior. **Contexto Internacional**, v. 22, n. 2, p. 265-303, jul/dez. 2000.

LIMA, N. T; FONSECA, C. M. O; HOCHMAN, G. A. Saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T; GERCHMAN, S; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. 2.ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 27-58.

LIMA, T. G. S. **HIV/Aids no ensino de Enfermagem: configurações construídas pelos docentes sobre o ensino prático e o teórico**. Dissertação (Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, 2003.

LIMA, T. G. S; CAMPOS, R. P. de. O perfil dos projetos de cooperação técnica brasileira em aids no mundo: explorando potenciais hipóteses de estudo. **RECHIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.119-133, mar. 2010.

LOPES, L. L. A. **A CTPD da ABC: o Brasil como doador**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais: Unesp, Unicamp, PUC-SP. São Paulo, 2008.

LOUP, G. Le; ASSIS, A. P. de; COUTO, M. H. C.; THOENIG, J-C; FLEURY, S.; CAMARGO, K.; LAROUZÉ, B. A cooperação entre o programa de Aids brasileiro e o Banco Mundial: lições de uma parceria sustentável para os países do Sul. In: POSSAS, C.; LAROUZÉ, B. (Orgs.) **Propriedade intelectual e políticas públicas para o acesso aos antirretrovirais nos países do Sul**. Rio de Janeiro: ANRS e E-Papers, 2013. p. 239-254.

LOWI, T. American Business, Public Policy, Case Studies and Political Theory. **World Politics**, v. 16, p. 677-715, 1964.

MAcRAE, E. J. B. N. Os homossexuais, a AIDS e a medicina. **Tema Radis**, Ano V, Número Especial, p. 41-50, 1987.

MACHADO, J. G. R. Notas sobre a forma de atuação do Pnud no Brasil. **Carta Internacional**, p. 40-52, out. 2008.

MACHADO, J. G. R.; PAMPLONA, J. B. Caracterização e avaliação do desempenho do Pnud no Brasil segundo sua estratégia e forma de atuação. **Pesquisa & Debate**, SP, v. 21, n. 1, supl. 37, p. 157-184, 2010.

MALTA, M.; BASTOS, F. I. Aids: Prevenção e Assistência. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 1057-1087.

MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M; NETTER, T.W. **A Aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1993.

MARQUES, M. C. da C. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, vol. 9, Supl., p. 41-65, 2002.

MARTIN, L. L. **International Cooperation**. In: THE OXFORD COMPANION TO POLITICS OF THE WORLD. Oxford: Oxford University Press, 1993. p. 434-436. Verbetes.

MELO, M. A.; COSTA, N. R. Desenvolvimento Sustentável, Ajuste Estrutural e Política Social: As Estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a Atenção à Saúde. **Planejamento e Políticas públicas**, v. 11, p. 50-108, 1994.

MENY, I. THOENIG, J-C. El welfare state: un campo privilegiado para el análisis de las políticas públicas. Políticas públicas y teoría del Estado (Cap 2). In: MENY, I. THOENIG, J-C. **Las Políticas Públicas** (Org.). 1. ed. Barcelona: Editorial Ariel, S. A., 1992.p. 19-82.

MERCOSUL. XLVIII CMC/DI N° 01/15. Relatório da Presidência Pro Tempore do Brasil. 2015. Disponível em:
<http://portal.iphan.gov.br/uploads/ckfinder/arquivos/Relatorio_atividades_Brasil_PPT_B2015.pdf> Acesso em 22 mar. 2017.

MILANI, C. R. S. **ABC 30 anos**: histórias e desafios futuros. 1. ed. Brasília: ABC, 2017.

MILANI, C. R. S.; PINHEIRO, L. Política externa brasileira: os desafios de sua caracterização como política pública. **Contexto Internacional**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 11-41, jan/jun. 2013.

MINAYO, M. C de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13 Ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MORGAN, P. Capacity development: an introduction. In: Morgan, P.; Carlan, V. (Orgs.), **Emerging Issues in Capacity Development**: Proceedings of a Workshop. Ottawa, Canada: Institute on Governance, 1994. p. 5-21.

MULLER, P. Génesis y fundamento del análisis de políticas públicas. **Innovar, revista**

de ciências administrativas y sociales, n. 11, ene-jun de 1998, p. 99-108.

NAÇÕES UNIDAS. DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO SOBRE O HIV/AIDS. Sessão Extraordinária da Assembléia Geral sobre o HIV/AIDS (Ungass). 25-27 jun. 2001.

NEMES, M. I. B.; SCHEFFER, M. Desafios da assistência às pessoas que vivem com HIV e AIDS no Brasil. In: ABIA. **Mito vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016**. Rio de Janeiro: ABIA, jul. 2016. p.33-38.

OECD. ORGANIZACION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Employment outlook**. OECD Publications, No. 56189, Paris: OECD, 2008.

OECD. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **CAD. Is It ODA?** Nov. 2008. Disponível em: <<http://www.oecde.org/dac/dataoecde/21/21/34086975.pdf>> Acesso em: 14 mar. 2014.

OECD. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Triangular Co-operation and Aids Effectiveness: can triangular co-operation make aid more effective?** Paris: OECD, 2009.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 55ª ASSEMBLÉIA MUNDIAL DE SAÚDE. **Resolução** (WHA 55.14). Assegurando a acessibilidade aos medicamentos essenciais, 2002.

OMC. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO COMÉRCIO. **Declaração Ministerial**. Doha, Catar, 20 nov. 2001. Disponível em: <https://www.wto.org/spanish/thewto_s/minist_s/min01_s/mindecl_s.htm> Acesso em 10 jan. 2017.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 56ª ASSEMBLÉIA MUNDIAL DE SAÚDE. **Resolução** (WHA 56.27). Direitos de Propriedade Intelectual, inovação e saúde pública, 2003.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 56ª ASSEMBLÉIA MUNDIAL DE SAÚDE. **Resolução** (WHA 56.30). Estratégia mundial do setor saúde para o HIV/AIDS, 2003.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 56ª ASSEMBLÉIA MUNDIAL DE SAÚDE. **Resolução** (WHA 57.14). Ampliando o tratamento e cuidado dentro de uma resposta coordenada e abrangente ao HIV/AIDS, 2004.

OPS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Relatório de gestão dos termos de cooperação - 2º semestre de 2008**. Brasília: OPS, 2010a.

OPS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Relatório de gestão dos termos de cooperação - 1º e 2º semestres de 2009**. Brasília: OPS, 2010b.

OPS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Relatório de gestão dos termos de cooperação - 2010**. Brasília: OPS, 2011.

OPS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Relatório de gestão dos termos de cooperação 2011**. Brasília: OPS, 2012.

OPS. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – OECD. **The Challenge of Capacity Development** – Working Towards Good Practice. Paris: OECD, 2006. (Guidelines and Reference Series)

OSLO MINISTERIAL DECLARATION. Ministers of Foreign Affairs of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa, and Thailand. Global health: a pressing foreign policy issue of our time. **Lancet**, v. 369, n. 9570, p. 1373–78, 2007.

PARIS DECLARATION. **Paris Declaration on Aid Effectiveness: Ownership, Harmonisation, Alignment, Results and Mutual Accountability**. High Level Forum on Joint Progress Toward Enhanced Aid Effectiveness: Harmonization, Alignment and Results. 2nd High level Forum on Aid Effectiveness. Paris, France, February 28-March 2, 2005.

PARKER, R. **A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. ABIA: IMS, UERJ, 1994.

PARKER, R. **Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

PARKER, R. Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/AIDS no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/AIDS, 1982-1996. **Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro**, n. 27, p. 08-49, ago. 2003.

PARKER, R. **The Brazilian Model for HIV/AIDS Prevention and Control: Analyzing its Components and Assessing its Transferability**. Disponível em: <<http://www.mailman.columbia.edu/academic-departments/centers/cgsh/completed-projects/completed-projects-1>> Acesso em: 21 jul. 2010.

PARKER, R.; AGGLETON, P. HIV e AIDS, desigualdade social e mobilização política. In: PAIVA, V.; FRANÇA Jr, I.; KALICHMAN, A. O. (Orgs). **Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: planejar, fazer, avaliar**. Livro IV. Curitiba: Juruá, 2013. p.21-48.

PASSARELLI, C. A. F.; TERTO JUNIOR, V. As organizações não governamentais e o acesso aos tratamentos antirretrovirais no Brasil. **Rev Divulgação em Saúde para Debate**, n. 27, p.122-135, ago. 2003.

PÊGO, R. A.; ALMEIDA, C. Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 971-989, jul-ago, 2002.

PEREIRA, J. M. M. O Banco Mundial e a construção político-intelectual do ‘combate à pobreza’. **Topoi**, v. 11, n. 21, p. 260-282, jul.-dez. 2010.

PEREIRA, J. M. M. Banco Mundial: dos bastidores aos 50 anos de Bretton Woods. **Topoi**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 29, p. 527-564, jul-dez. 2014.

PIRES, D. R. F. **Alguns apontamentos sobre o processo de descentralização do programa de AIDS**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

PIRES-ALVES, F. **Cooperação interamericana em saúde na era do desenvolvimento: informação científica e tecnologias educacionais na formação de recursos humanos (1963-1983)**. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.

PIRES-ALVES, F.; PAIVA, C.; SANTANA, J. A internacionalização da saúde: elementos contextuais e marcos institucionais da cooperação brasileira. **Rev Panam Salud Publica**, v. 32, n. 6, p. 444–50, 2012.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Unidade Especial para Cooperação Sul-Sul. Plano de Ação de Buenos Aires (Paba). Nova Iorque: PNUD, 1978. Disponível em: <<http://ssc.undp.org/content/dam/ssc/documents/Key%20Policy%20Documents/BAPA.pdf>> Acesso em 12 dez. 2016.

PUENTE, C.A.I. **A cooperação técnica horizontal brasileira como instrumento da política externa: a evolução da cooperação técnica com países em desenvolvimento – CTPD – no período 1995-2005**. Brasília: Funag, 2010.

QUADAGNO, J. **The Transformation of the Old Age Security, Class and Politics in the American Welfare State**. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.

RAVISHANKAR, N.; GUBBINS, P.; COOLEY, R. J.; LEACH-KEMON, K.; MICHAUD, C. M.; JAMISON, D. & MURRAY, C. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. **The Lancet**, v. 373, p. 2113-2124, 2009.

REIS, R.; VIEIRA, M. F.; CHAVES, G. Acesso a medicamentos e propriedade intelectual no Brasil: reflexões e estratégias da sociedade civil. In: REIS, R.; TERTO JÚNIOR, V.; PIMENTA, M. C. (Org). **Direitos de propriedade intelectual e acesso aos antirretrovirais – resistência da sociedade civil no sul global: Brasil, Colômbia, China, Índia, Tailândia**. Rio de Janeiro: ABIA, 2011. p. 12-58.

RENZIO, P.; GOMES, G. Z.; FONSECA, J. M. E. M; NIV, A. **O Brasil e a cooperação Sul-Sul: como responder aos desafios correntes**. Rio de Janeiro: Núcleo de Cooperação para o Desenvolvimento – Centro de Estudos e Pesquisas BRICS da PUC, 2013.

REUNIÃO SOBRE SIDA/AIDS E CONSTITUINTE. Ata. **Tema** - número especial Aids, ano V, Rio de Janeiro: RADIS Fiocruz, 1987 outubro, p. 71-74.

RIZZOTO, M. L. F.; CAMPOS, G. W. de S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 25, n. 2, p. 263-276, 2016.

ROSENBERG, T. Look at Brazil. **The New York Times Magazine**, Nova Iorque, 28 jan. 2001. Disponível em: <<http://www.nytimes.com/2001/01/28/magazine/look-at->

[brazil.html?pagewanted=all&src=pm](#)> Acesso em: 27 jul. 2012.

ROSINA, M. S.; SHAVER, L. Why are generic drugs being held up in transit? Intellectual property rights, international trade, and the right to health in Brazil and beyond. **Journal Law Med Ethics**, Summer, v. 40, n. 2, pp. 197-205, 2012.

ROSENAU, J. (Org.). **Domestic Sources of Foreign Policy**. Londres: Collier-Macmillan Limited, 1967.

RUBARTH, E. O. **A diplomacia e as questões sociais: o caso da saúde**. Brasília: Instituto Rio Branco. Fundação Alexandre de Gusmão. Centro de Altos Estudos Estratégicos, 1999.

SABATIER, P.; JENKINS-SMITH, H. **Policy Change and Learning: The Advocacy Coalition Approach**. Boulder: Westview Press. 1993.

SACHY, M. **A Assistência Farmacêutica no Sistema de Saúde de Moçambique: um olhar sobre a provisão de medicamentos no setor público**. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pósgraduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2016. Mimeografado.

SANTOS, E. M. **Plano nacional de Monitoramento e Avaliação do Programa Nacional de DST/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

SANTOS, E. M.; NATAL, S. (org.) **Dimensão sócio-histórica: políticas públicas de saúde, atitude social em avaliação**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. 160 p. (Série Ensinando Avaliação, v.1).

SARAIVA, M. G. As estratégias de cooperação Sul-Sul nos marcos da política externa brasileira de 1993 a 2007. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v. 50, n. 2, p. 42-59, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbpi/v50n2/a04v50n2.pdf> > Acesso em: 07 set. 2014.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. Pesquisa Documental: Pistas Teóricas e Metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, Ano I, n.1, p.1-15, jul. 2009.

SIKKINK, K. **Ideas and Institutions: Developmentalism in Brazil and Argentina**. Ithaca and London: Cornell University Press, 1990.

SKOCPOL, T. Strategies of Analysis in Current Research. In: EVANS, M.; SKOCPOL, T.; REUSCHMEYER, D. (Org.) **Bringing the State Back**. Cambridge University Press, 1985.

SKOCPOL, T.; WEIR, M. State Structures and the Possibilities for Keynesian Responses to the Great Depression in Sweden, Britain and the United States. In: EVANS, M.; REUSCHMEYER, D.; SKOCPOL, T. (Org.) **Bringing the State Back**. Cambridge University Press, 1985. p. 107-151.

SERAFIM, M. P.; DIAS, R. de B. Análise de políticas: uma revisão de literatura.

Cadernos Gestão Social, v.3, n.1, p.121-134, jan/jun, 2012.

SOUZA, A. de M. Saúde Pública, patentes e atores não estatais: a política externa do Brasil ante a epidemia de Aids. In: PINHEIRO, L.; MILANI (Org). **Política Externa brasileira: as práticas da política e a política das práticas**. 1. ed. Rio de Janeiro: FVG, 2012. p. 203-240.

SOUZA, C. **Políticas públicas: uma revisão da literatura**. Sociologias, Porto Alegre, Ano 8, n° 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

SOUZA SANTOS, B. de. Os processos de globalização. In: SOUZA SANTOS, B. de (org.). **A Globalização e as Ciências Sociais**. São Paulo: Cortez, 2005. p. 25-102,.

SPINK, M. J. P. Prefácio. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância de Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **A comissão Nacional de AIDS: a presença do passado na construção do futuro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série Programa Nacional, nº9).

SPROUT, M.; SPROUT, H. **Man-Milieu Relationship Hypotheses in the Context of International Politics**. Princeton: Princeton University Press, 1956.

SZWARCWALD, C. L.; PASCOM, A. R. P; SOUZA JUNIOR, P. R. Estimation of the HIV Incidence and of the Number of People Living with HIV/AIDS in Brazil, 2012. **J AIDS Clin. Res.** nº 6, p. 430, 2015.

TAGLIETA, M. F. B. **Avaliação da implantação do incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/ AIDS e outras DST em dois municípios do estado de São Paulo**. Dissertação. Mestrado profissional em vigilância em saúde e avaliação de programas de controle de processos endêmicos - Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

TAPAJÓS, A. **Relações Internacionais de Saúde - Perspectiva histórica**. [S.l.: s.n] [s/d]. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/27/Relacoes-Internacionais-de-Saude-Perspectivas-Historica.pdf>>. Acesso em: 16 Out. 2016.

TARANTOLA, D. Jonathan Mann e Mary Lou Clements-Mann. **Independent**, 04 set. 1998. Disponível em: <<http://www.independent.co.uk/arts-entertainment/obituary-jonathan-mann-and-mary-lou-clements-mann-1196009.html>> Acesso em: 20 ago. 2016.

TEIXEIRA, P. R. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER, R. (Org). **Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA, 1997. p. 43-68.

TEIXEIRA, P. Acesso universal a medicamentos para AIDS: a experiência do Brasil. **Rev Divulgação em Saúde para Debate**, n. 27, p. 50-57, ago. 2003.

TEIXEIRA, P. Entrevista. **Folha de São Paulo**. Cotidiano. 21 mar. 2004. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2103200418.htm>> Acesso: 21 jan. 2017.

TEODORESCU, L. L.; TEIXEIRA, P. R. **Histórias da AIDS no Brasil**. Vol 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

TERTO Jr, V. CARVALHO, F.; VILLARDI, P. VIEIRA, M. A luta continua: avanços e retrocessos no acesso aos antirretrovirais no Brasil. In: ABIA. **Mito vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016**. Rio de Janeiro: ABIA, jul. 2016. p.39-51.

UNAIDS. The Unaid Report. Genebra, jun. 1999. Disponível em: <http://data.Unaids.org/publications/irc-pub01/jc208-corporeport_en.pdf> Acesso 27 dez. 2015.

UNAIDS. **Report on the global HIV/AIDS Epidemic: 4th Global Report**. Genebra: Unaid, 2004.

UNAIDS. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. Situación de la epidemia de SIDA: informe especial sobre la prevención del VIH. Genebra: Unaid, Diciembre, 2005.

UNAIDS. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Guidance note for UNAIDS Programme Acceleration Funds**. Genebra: Unaid, mar.2006.

UNAIDS. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Diretrizes de Terminologia do UNAIDS/ONUSIDA**. Genebra: Unaid, 2011.

UNAIDS. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **The GAP Report**. Genebra: Unaid, 2014

UNDP. UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **Capacity Development. Technical Advisory**. Paper 2. Nova Iorque: UNDP, 1997.

UNDP. UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **Developing capacity through technical cooperation**. UNDP: New York, 2002.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME – UNDP. **Capacity Development: a UNDP Primer**. Nova Iorque: UNDP, 2009.

UNITED NATIONS. SOUTH-SOUTH COOPERATION FOR DEVELOPMENT. **Report**. In: High-level Committee on South-South Cooperation. Seventeenth session. New York, 22-25 Mai. 2012.

UNITED STATES OF AMERICA. Committee on Foreign Affairs. **Point Four: background and Program (International Technical Cooperation Act of 1949)**. Washington: Government Printing Office, 1949. Disponível em: <http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PCAAC280.pdf>. Acesso em: 19 Out. 2016.

UNITED STATES. THE NATIONAL ACADEMIES. INSTITUTE OF MEDICINE – IOM. **America's Vital Interest in Global Health: Protecting Our People, Enhancing Our Economy, and Advancing Our International Interests**. 1997. Washington, D.C.: National Academy Press, 1997. Disponível em:

<http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=5717> (Acesso em: 30 jun. 2014).

UNITED STATES. THE NATIONAL ACADEMIES. INSTITUTE OF MEDICINE – IOM. **Pepfar implementation: progress and promise.** Report Brief, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2007/PEPFAR-Implementation-Progress-and-Promise/PEPFARreportbrief.pdf>> (Acesso em: 30 jun. 2014).

VALENTE, R. C. **A GTZ no Brasil** – uma etnografia da cooperação alemã para o desenvolvimento. Rio de Janeiro: Laboratório de Pesquisa em Etnicidade Cultura e Desenvolvimento, Museu Nacional/UFRJ, 2010. (Coleção 5, Antropologias).

VALLER FILHO, W. **O Brasil e a Crise Haitiana: a Cooperação Técnica como Instrumento de Solidariedade e Ação Diplomática.** Brasília: Funag, 2007.

VERAS *et al.* High HIV Prevalence among Men who have Sex with Men in a Time-Location Sampling Survey, São Paulo, Brazil. **AIDS Behav.** v. 19, n. 9, p. 1589-98, sep. 2015.

VIANA, A.L.D.; BAPTISTA, T. de F. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C; CARVALHO, A.I. (Org.), **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008.

VIA ABC. Cooperação técnica brasileira em saúde. **Boletim eletrônico da Agência Brasileira de Cooperação (ABC/MRE).** Março de 2007. 24p. Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/documentos/viaABC-baixa.pdf>> Acesso em: 31 jul. 2012.

VIA ABC. Cooperação Bilateral com América Latina e Caribe. **Boletim eletrônico da Agência Brasileira de Cooperação (ABC/MRE).** Março de 2006. 16p. Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/documentos/via-junho.pdf>> Acesso em: 01 ago. 2012.

VIEGAS, L. **A reforma da OMS: processo, tendências atuais e desafios (1998-2014).** Dissertação. Mestrado Profissional em Saúde Global e Diplomacia da Saúde. ENSP-Fiocruz, Rio de Janeiro, 2014.

VIEIRA, M. A. The securitization of the HIV/Aids epidemic as a norm: contribution to Constructivistic Scholarship on the emergence and diffusion of international norms. **Brazilian Political Science Review**, v.1, n.2, p. 137-81, 2007.

VIGEVANI, T. & CEPALUNI, G. A Política Externa de Lula da Silva: A Estratégia da Autonomia pela Diversificação. **Revista Contexto Internacional**, v. 29, n. 2, pp. 273-335, 2007. Disponível em: <http://contextointernacional.iri.puc-rio.br/media/Vigevani_vol29n2.pdf> Acesso em: 07 set. 2014.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

YOUDE, J. **Global Health Governance.** 1. ed. Malden: Polity Press, 2012.

WALT, G. **Health Policy.** An Introduction to Process and Power. Johannesburg, Nueva

Jersey, Londres: Witwatersrand University Press, 1994.

WALTZ, K. **Theory of International Politics**. Reading: Addison-Wesley, 1979.

WILMS, S. **How transferable is the Brazilian model of prevention and treatment of HIV/Aids?** MA Dissertation on Development Studies. Bradford University, England, 2010.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Programme on Aids 1987-1985**, Final Report with emphasis on 1994-1995 biennium. Geneva: OMS, 1997.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The HIV epidemic in the Americas: challenges and opportunities**. HIV/AIDS Unit. Presentation (ppt). 15 jan. 2007.

WORLD BANK. **Confronting Aids: public priorities in a global epidemic**. Nova Iorque: Oxford University Press, 1997.

APÊNDICES

Apêndice 1

BANCO DE DADOS DOCUMENTAIS

N°	Tipo de Documento/Autor/Data	Síntese do Conteúdo	Link/Acesso/Ref
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE (MES)			
MES.01	PORTARIA. N° 94, de 20 de abril de 1950. Ministério da Educação e Saúde. Brasília. Assinatura não visível.	Cria a Comissão de Saúde Internacional. Função de Assessoramento. Subordinada ao Departamento Nacional de Saúde. Membros designados dentro do quadro do Ministério da Saúde e Educação.	O arquivo em PDF foi disponibilizado pelo pesquisador Sérgio Gaudêncio.
MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)			
MS.01	PORTARIA. N° 276 de 22 de setembro de 1970. Brasília.	“Subordinada à Secretaria Geral e com a função de apoio internacional”. (GAUDÊNCIO, 2014, p.110) Estabelece o regimento da Coordenação de Assuntos Internacionais no âmbito da Secretaria Geral do Ministério da Saúde.	GAUDÊNCIO, S. A. Contextos para definição de competências profissionais aos que atuam na área internacional da saúde. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2014. Documento original não encontrado.
MS.02	PORTARIA. N°83 de 20 de fevereiro de 1978. Brasília. Documento original não encontrado.	Estabelece o Regimento Interno da Coordenadoria de Assuntos Internacionais de Saúde – Cais.	GAUDÊNCIO, S. A. Contextos para definição de competências profissionais aos que atuam na área internacional da saúde. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.
MS.03	PORTARIA. GM N° 2477 de 28 de janeiro de 1998. Brasília.	Cria a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde – Aisa Subordinada ao Gabinete do Ministro.	Disponível em: < http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/vis

		Função: Assessorar a direção dos órgãos do Ministério na formulação de estratégias de colaboração com organismos internacionais.	ualiza/index.jsp?data=29/01/1998&jornal=1&pagina=22&totalArquivos=80 > Acesso em 12 de junho de 2015.
MS.04	PORTARIA. GM N° 1.970, de 23 de outubro de 2002. Brasília.	Define as competências da Aisa.	Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2123_07_10_2004.html > Acesso em 10 de junho de 2015.
MS.05	PORTARIA. DOU N°949. Seção 2, de 22 de maio de 2002. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro Barjas Negri.	Institui o Programa de Cooperação Internacional para Ações de Prevenção e Controle do HIV/AIDS para outros Países em Desenvolvimento, o PCI.	Disponível em: < http://www.radaroficial.com.br/d/1041859 > Acesso em 21 de dezembro de 2014.
MS.07	PORTARIA. GM N° 2.123, de 7 de outubro de 2004. Brasília. Humberto Costa.	Modifica o texto das competências da Aisa, publicado na Portaria 1.970, de 23 de outubro de 2002.	Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/anexo/anexo_prt2123_07_10_2004.pdf > Acesso em 13 de setembro de 2015.
MS.08	MEMORANDO DE ENTENDIMENTO. Assinado entre o Ministro da Saúde do Brasil, Saraiva Felipe e o Diretor de Unaid, Peter Pior. Rio de Janeiro, 27 de julho de 2005.	Constituição do Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/AIDS (Cict).	MRE. DIVISÃO DE ATOS INTERNACIONAIS. Doc N° 4.041.
MS.09	MEMORANDO DE ENTENDIMENTO. Assinado entre o governo brasileiro, representado pelo Ministro da Saúde José Gomes Temporão e o Diretor de Unaid, Michel Sidibe. Rio de Janeiro, 21 de maio de 2008.	Renovação do apoio continuado ao Centro Internacional de Cooperação técnica em HIV/AIDS (Cict) do Ministério da saúde da república federativa do Brasil. Criado em 2005.	MRE. DIVISÃO DE ATOS INTERNACIONAIS. Doc N° 4.662.
MS.10	PORTARIA. GM N° 382, de 03 de maio de 1991.	Cria a Coordenação Geral de Assuntos Especiais da Saúde – Caesa.	GAUDÊNCIO, S. A. Contextos para definição de competências profissionais aos que atuam na área internacional da saúde.

			Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.
MS.11	PORTARIA. GM N° 1.157, de 09 de novembro de 1992.	Cria o Conselho de Coordenação dos Projetos Internacionais do Ministério da Saúde. Subordinado ao Gabinete do Ministro.	GAUDÊNCIO, S. A. Contextos para definição de competências profissionais aos que atuam na área internacional da saúde. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.
MS.12	PORTARIA. GM N° 778, de 15 de julho de 1993.	Cria a Assessoria de Assuntos Especiais da Saúde – AESA. Subordinada ao Gabinete do Ministro.	GAUDÊNCIO, S. A. Contextos para definição de competências profissionais aos que atuam na área internacional da saúde. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.
MS.14	FAX. AVALIAÇÃO da 58ªAGNU – Reunião de Alto Nível HIV/AIDS. Elaborado pelo Embaixador Ronaldo Sardenberg (Representante Permanente do Brasil junto à ONU). Enviado ao Ministério da Saúde pela Divisão de Temas Sociais do MRE em 07 de outubro de 2003.	O documento traz o objetivo da reunião: discutir a implementação da Declaração de Compromisso de 2001, sendo “oportunidade valiosa para o exame da estratégia global de combate à pandemia”. Além disso, apresenta o relato sobre os principais pontos do discurso do Ministro Humberto Costa, do Secretário geral e de alguns países. Mérito da Reunião: “revitalizar a iniciativa de 2001; entendimento de que a luta contra a epidemia requer solidariedade e cooperação internacional; percepção de que as políticas de combate à AIDS devem estar associadas aos esforços com vistas à erradicação da pobreza e que uma resposta adequada somente pode-se inserir em uma estratégia multifacetada que leve em conta a implementação de políticas nas áreas de educação, geração de renda, aprimoramento do sistema de saúde, acesso a medicamentos e respeito aos direitos humanos. ” [Grifo nosso]	Arquivo Aisa. Pasta da 58ª Assembleia Geral das Nações Unidas e 44ª Reunião do Conselho Diretor da Opas, 2003.
MS.15	DISCURSO. Ministro da Saúde Humberto Costa, proferido por ocasião da Reunião de Alto Nível da Agnu sobre a implementação da Declaração de Compromisso, acordada durante A 26ª Sessão Especial da Agnu sobre HIV/AIDS	Para elaboração do discurso, o então Chefe da Aisa, Santiago Alcazar, recebeu subsídios elaborado pelo Embaixador Ronaldo Sardenberg (Representante Permanente do Brasil junto à ONU), através de FAX enviado pela DTS (DOC.MS.16) e também do Programa Nacional de AIDS através de e-	Arquivo Aisa. Pasta da 58ª Assembleia Geral das Nações Unidas e 44ª Reunião do Conselho Diretor da Opas, 2003.

	de 2001. Nova York, 22 de setembro de 2003.	mail enviado pela Assessora de Cooperação Externa do Programa Nacional de DST/Aids (Coopex), Verônica Machado (DOC.MS.17).	
MS.16	FAX. Subsídios para a Reunião de Alto Nível sobre a implementação da Declaração de Compromisso HIV/Aids. Elaborado pelo Embaixador Ronaldo Sardenberg (Representante Permanente do Brasil junto à ONU). Enviado ao Ministério da Saúde pela Divisão de Temas Sociais do MRE em 29 de agosto de 2003.	Ressalta o tema de acesso a medicamentos e parceria com a sociedade civil.	Arquivo Aisa. Pasta da 58ª Assembleia Geral das Nações Unidas e 44ª Reunião do Conselho Diretor da Opas, 2003.
MS.17	E-MAIL. Subsídios para o DISCURSO DO MINISTRO na Reunião de Alto Nível de HIV/AIDS sobre a implementação da Declaração de Compromisso. Enviado pela Assessora de Cooperação Externa do Programa Nacional de DST/AIDS (Coopex), Verônica Machado ao Chefe da Aisa, Santiago Alcazar, em 15 de setembro de 2003.	Lista dos pontos elaborados pelo Diretor do Programa de DST/AIDS, Alexandre Grangeiro, para subsidiar a elaboração do discurso do Ministro da Saúde Humberto Costa.	Arquivo Aisa. Pasta da 58ª Assembleia Geral das Nações Unidas e 44ª Reunião do Conselho Diretor da Opas, 2003.
MS.18	DECRETO DE DESIGNAÇÃO. Ministério das Relações Exteriores. Delegação Brasileira para participar de reuniões e acompanhar o Presidente da República em visitas oficiais à Nova York, Cidade do México e Havana. Publicado no DOU N°183 de 22 de setembro de 2003, com data retroativa de 19 de setembro. Ato do poder executivo firmado pelo Presidente Lula e Chanceler Celso Amorim	<u>Comitiva oficial para acompanhar o Presidente durante 58ª Assembleia Geral das Nações Unidas:</u> Embaixador Celso Amorim; Humberto Costa, Ministro de Estado da Saúde; Luiz Fernando Furlan, Ministro de Estado do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; Luiz Dulci, Ministro de Estado Chefe da Secretaria-Geral da Presidência da República; José Graziانو, Ministro de Estado Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome. Embaixador Ronaldo Sardenberg, Representante permanente do Brasil junto à ONU (sem ônus); Marcelo Dêda Chagas, Prefeito de Aracaju. <u>Comitiva oficial para participação na 44ª Reunião do Conselho Diretor da Opas e 55 Reunião do Comitê Regional da OMS para as Américas:</u> CHEFE: Ministro de Estado da Saúde Humberto Costa. CHEFE ALTERNO: Embaixador Walter Pecly Moreira. DELEGADOS: Santiago	Arquivo Aisa. Pasta da 58ª Assembleia Geral das Nações Unidas e 44ª Reunião do Conselho Diretor da Opas, 2003.

		Luís Bento Alcazar, Chefe da Aisa; Jarbas Barbosa da Silva Junior, Secretário de Vigilância em Saúde; Jorge Bermudez, Diretor da Ensp/Fiocruz; Laercio Portela Delgado, Chefe da Assessoria de Comunicações.	
MS.30	<p>RELATÓRIO. Elaborado por Edmundo Gallo, Diretor de Investimentos e Projetos Estratégicos da Secretaria Executiva. Brasília, 07 de maio de 2003.</p> <p>Elaborado após a viagem do Ministro Humberto Costa aos Estados Unidos, para encontros de trabalho com a Opas, BID e Bird.</p>	<p>Texto completo:</p> <p>“Na apresentação da política de investimentos do Ministério da Saúde foi exposto uma proposta de novo projeto de investimentos, e apontada a intenção do governo brasileiro de atuar de forma mais estruturada e efetiva na prestação de cooperação técnica para países da América Latina e outros grupos considerados estratégicos pelo governo brasileiro, como a comunidade de países de língua portuguesa. [Grifo nosso]</p> <p>A equipe da Opas identificou várias inovações do SUS que poderiam ser oferecidas como cooperação técnica a outros países: os polos de capacitação e as residências multiprofissionais em saúde da família; os mecanismos de relacionamento intergovernamental, como as comissões intergestoras e as transferências fundo a fundo; os processos de regionalização, a participação social concretizada pelos conselhos e conferências de saúde e os avanços na gestão dos serviços. Sugeriu-se um esforço de documentação dessas inovações em inglês e espanhol, e uma participação mais ativa do Brasil em Seminários Internacionais [Grifo nosso]</p> <p>No contato com a equipe da área de saúde do Banco Mundial, foi apresentada a proposta política de investimento e de cooperação técnica do Ministério da Saúde e possíveis linhas de apoio do BID a essas iniciativas. Levantou-se a possibilidade de doações do BID para ações de cooperação técnica, particularmente no que se refere ao apoio a intercâmbio de profissionais e integração regional. Foi apontada a possibilidade de apoio do BID, com recursos a fundo perdido, para um projeto específico de integração no âmbito do Mercosul e de apoio a uma intervenção focalizada na região da trílice fronteira.</p> <p>Na agenda, foi realizada uma apresentação do Projeto AIDS III pela senhora Sandra Rosenhouse.”</p>	Pasta “Viagem do Ministro aos EUA – encontros de trabalho com: Opas, BID e Bird. 14 a 17 de abril de 2003
MS.31	FAX. Relato sobre a visita do Ministro Humberto Costa à Opas/WDC, em 15 de abril de 2003. Elaborado pelo Em-	Ao mencionar as ações internacionais do Ministério da Saúde, o Ministro Humberto Costa citou quatro grandes áreas:	Pasta “Viagem do Ministro aos EUA – encontros de trabalho com: Opas, BID e Bird. 14 a 17 de abril de 2003.

	<p>baixador Valter Pecly Moreira, da Missão Permanente do Brasil junto aos Estados Americanos. Enviado ao Chefe da Aisa pela Divisão de Temas Sociais do MRE, em 23 de abril de 2003.</p>	<p>a) programas de capacitação profissional (tal como o programa desenvolvido com a Opas/BID/BM);</p> <p>b) o programa de AIDS; [Grifo nosso]</p> <p>c) o combate ao tabagismo e também ao alcoolismo;</p> <p>d) as estratégias para ampliação e aperfeiçoamento do Programa de Saúde da Família.</p> <p>A Diretora da Opas, Mirta Roses, reconheceu que recebe ‘expressiva e generosa’ contribuição de instituições e de centros de pesquisa brasileiros e que depende do Brasil para a implementação de grande parte de suas ações na região amazônica e no cone sul. Disse que pretende aprofundar essa colaboração, já que o Brasil, nas últimas décadas, logrou manter um modelo de saúde firmemente estruturado com base nos conceitos da universalidade e equidade. Disse ser a experiência brasileira importante, pois agora que o Banco Mundial passou a favorecer ações na direção da universalização do atendimento à saúde, aqueles países que abandonaram o modelo universalista estão enfrentando consideráveis obstáculos para reverter a situação anterior, num quadro de carência de recurso. [Grifo nosso]</p>	
MS.35	<p>OFÍCIO N°675/CSDT/AIDS. Encaminhamento do Projeto de solicitação de Cooperação Técnica (SCT) e o Plano de Atividades para 1992, referente ao Projeto de Cooperação Brasil-França. Assinado por Eduardo Jorge Bastos Côrtes (coordenador geral de Programas Clínicos Sanitários). De 20 de setembro de 1991. Enviado à Coordenadora Bilateral da ABC (Alice Pessoa de Abreu).</p>	<p>Traz a descrição do projeto.</p>	<p>Arquivo Central do MS. Dossiê. DPROJ. 420.1 – DST/AIDS. Ano 1989-1992/1997/2001.</p>
MS.38	<p>LISTA DE PROJETOS EM ANDAMENTO NO PNDST AIDS EM 1994.</p>	<p>1. Nome: Projeto de Controle das DST/Aids. Instituição: Banco Mundial. Tipo: Empréstimo. Áreas/Montante: Prevenção (US\$ 102,7 milhões, incluindo contingências de 41% do total); Tratamento e Serviços (US\$ 84,6 mi-</p>	<p>Arquivo Central do MS. Dossiê. DPROJ. 420.1 – DST/Aids. Ano 1989-1992/1997/2001.</p>

		<p>lhões, incluindo contingencias de 34% do total); Vigilância (US\$ 16,2 milhões, incluindo contingencias de 7% do total); Desenvolvimento Institucional (US\$ 46,4 milhões, incluindo contingencias de 18% do total).</p> <p>2. Nome: Brasil-França. Instituição: França; Tipo: cooperação bilateral; Áreas: Treinamento, Pesquisa e Seminários; Montante: Brasil – US\$469,015 e França – US\$ 110,255.</p> <p>3. Nome: BRA-HX-250FX/94/95; Instituição: Opas/OMS; Tipo: Doação; Área: Contratos, Serviços, Seminários, Publicações; Montante: US\$ 150,00.</p> <p>4. Nome: AD/BRA/94/95 Prevenção ao abuso de drogas com especial ênfase à prevenção de entre usuários de drogas injetáveis. Instituição: UNODC; Tipo: cooperação multilateral; Área: Drogas; Montante: US\$ 9,129,28.</p> <p>5. Nome: Cone Sul; Instituições: Ministérios da Saúde da Argentina, Chile, Paraguai, Uruguai e Bolívia; Tipo: Cooperação; Áreas: Pesquisa comportamental e Seminário.</p>	
MS.40	<p>DECLARAÇÃO CONJUNTA. Assinada entre o Ministro da Saúde do Brasil, José Serra e o Ministro da Saúde Pública da França, Bernard Kouchner. Brasília, 2001.</p>	<p>Fragmento da declaração:</p> <p>“(…) na base do financiamento comum, concordam em ampliar o escopo dessa cooperação por intermédio de um programa de pesquisas conjuntas na área de DST/AIDS. (...) Tal cooperação pautar-se-á pela observância progressiva dos princípios da coordenação, complementaridade e coerência na colaboração e pelo reforço dos laços existentes, valorizando as relações já estabelecidas entre os executores de ambos os lados e consolidando uma base pragmática de atuação, tendo em vista a otimização dos meios afetos à concretização dos objetivos propostos. (...) será firmado um Convênio Complementar entre os dois governos na área de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. [Grifo nosso]</p>	<p>Arquivo Central do MS. Dossiê. DPROJ. 420.1 – DST/AIDS. França. Ano 1989-1992/1997/2001.</p>
MS.41	<p>FAX N°502. José Marcos Viana (Chefe da Aisa) ao Ministro Alcides G.R. Prates (Chefe da Divisão de Política Comercial do MRE). 27 de março de 2001.</p>	<p>O documento apresenta a intenção do Ministério da Saúde de utilização da cooperação brasileira em saúde em troca de receber o apoio da França na OMC, diante do Painel dos Estados Unidos. Nesse caso, Brasil pretendia atender a intenção da França de triangulação da cooperação em HIV/Aids com os países africanos de língua francesa</p>	<p>Arquivo Central do MS. Dossiê. DPROJ. 420.1 – DST/AIDS. França. Ano 1989-1992/1997/2001.</p>

	Assunto: Propriedade Intelectual. Primeiro Ministro da França. Visita ao Brasil. Apresentação de subsídios.		
MS.44	FAX. S/N. Guillaume Ernst, Adido de Cooperação Técnica da Embaixada da França, ao José Marcos Nogueira Viana, Chefe da Aisa. Brasília, 03 de maio de 2001. Assunto: Produção de Medicamentos ARV.	A França manifesta o interesse em apoiar o Brasil em transferências de tecnologias para a produção de medicamentos em países africanos de língua francesa e propõe uma missão ao Brasil para discutir com Farmanguinhos e Anvisa a modelagem da proposta de triangulação.	Arquivo Central do MS. Dossiê. DPROJ. 420.1 – DST/AIDS. França. Ano 1989-1992/1997/2001.
MS.45	FAX Nº818. José Marcos Nogueira Viana (Chefe da Aisa) ao Guillaume Ernst (Adido de Cooperação Técnica da Embaixada da França). Brasília, 07 de maio de 2001.	Resposta negativa do Ministério da Saúde à proposta francesa do DOC. MS.44. O Brasil afirma que não discutirá a cooperação sem que um país africano solicite a cooperação.	Arquivo Central do MS. Dossiê. DPROJ. 420.1 – DST/AIDS. França. Ano 1989-1992/1997/2001.
MS.46	FAX Nº288. José Marcos Nogueira Viana (Chefe da Aisa) ao Sr. Jean-Claude Kohler (Adido de Cooperação Técnica da Embaixada da França). Brasília, 06 de abril de 1999.	O FAX transmitia o conteúdo do Memorando da coordenação nacional de DST/AIDS, assinado por Pedro Chequer, a respeito da cooperação regional com a França, que havia sido sugerida pelo lado francês, para ser discutida em reunião com o Brasil e o Chile. No Memorando, a Coordenação de Aids afirma que por se tratar de uma cooperação regional, antes deve ser demonstrada a intenção para os países da Região, através do GCTH.	Arquivo Central do MS. Dossiê. DPROJ. 420.1 – DST/AIDS. França. Ano 1989-1992/1997/2001.
MS.47	MINUTA. DATEC/AESA. Sem data. Sem assinatura.	Apesar do documento não está datado, faz-se crer que a reunião mencionada foi em 1997. O relato é importante para entender a visão da então Diretora do Programa Nacional sobre o incentivo de UnaidS ao Brasil e sobre as possibilidades de cooperação Sul-Sul proposta por UnaidS nos anos 1990.	Arquivo Central do MS. Dossiê. DPROJ. 420.1 – DST/AIDS. França. Ano 1989-1992/1997/2001.
MS.52	PROTOCOLO DE INTENÇÕES. Interministerial. Ministro de Estado da Saúde (Humberto Costa) e Ministro de Estado das Relações Exteriores (Celso Amorim). Assinado em Brasília, em 4 de julho de 2005.	Apoio interinstitucional para ações de cooperação técnica e instalação de uma Comissão coordenada pela ABC.	Disponível em: < http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=78&data=13/07/2005 > Acesso em 11 de julho de 2016.

	Publicado no DOU N° 133, Seção 1, de 13 de julho de 2005.		
MS.54	NOTA DE IMPRENSA. Agência Saúde, Ministério da Saúde. 5 de novembro de 2003.	A nota apresenta as principais notícias da passagem do Presidente Lula pelo continente africano dando os detalhes das atividades relacionadas à saúde, a exemplo da assinatura do protocolo de intenções para a transferência de tecnologia para a produção de ARV em Moçambique. E dá outros detalhes sobre a proposta de execução do PCI nos países africanos.	Disponível em: < http://www.aids.gov.br/noticia/brasil-e-mocambique-firmam-parceria-em-hiv-e-aids > Acesso em 27 de julho de 2016.
MS.56	FAX N°404. Pedro Motta Pinto Coelho (Diretor do Departamento de África do MRE) ao Chefe da Aisa. 28 de outubro de 2003.	Descreve o relato do Embaixador do Brasil em São Tomé e Príncipe, Paulo Dyrceu Pinheiro, a respeito do pedido de inclusão de STP no Programa PCI.	Arquivo Aisa. Pasta “Viagem Presidencial ao Continente Africano” de 01 a 09 de novembro de 2003.
MS.57	RELATÓRIO DE VIAGEM. Alexandre Granjeiro (Diretor do PN-DST/AIDS). Após a visita do presidente Lula ao continente africano entre os dias 01 e 09 de novembro de 2003.	Traz os principais pontos relacionados às parcerias do governo brasileiro em HIV/Aids com os países africanos que foram visitados pelo Presidente Lula e os principais encaminhamentos do pós-missão.	Arquivo Aisa. Pasta “Viagem Presidencial ao Continente Africano” de 01 a 09 de novembro de 2003.
MS.58	FAX N°438. Embaixador do Brasil em Moçambique, Pedro Luiz Carneiro de Mendonça. Enviado ao Chefe da Aisa pelo Diretor do Departamento de África do MRE. 20 de novembro de 2003.	Relato do Embaixador do Brasil em Moçambique após a visita do presidente Lula àquele país e sobre as expectativas do povo moçambicano em relação à parceria estabelecida entre os dois países.	Arquivo Aisa. Pasta “Viagem Presidencial ao Continente Africano” de 01 a 09 de novembro de 2003.
MS.60	AVISO N°007. Ministro Celso Amorim (Ministro das Relações Exteriores) ao Ministro Humberto Costa (Ministro da Saúde), após a visita presidencial à África entre os dias 01 e 09 de novembro de 2003. Brasília 02 de dezembro de 2003.	O chanceler Celso Amorim coloca o MRE e os embaixadores do Brasil nos países à disposição do MS para que todos os problemas ou entraves relacionados à cooperação com aqueles países sejam solucionados, de maneira a não haver obstáculos à materialização dos compromissos assumidos pelo Presidente Lula durante a viagem.	Arquivo Aisa. Pasta “Viagem Presidencial ao Continente Africano” de 01 a 09 de novembro de 2003.
MS.62	AVISO N° 10. Celso Lafer (Ministro de Estado das Relações Exteriores) ao	Resposta do Chanceler Celso Lafer à demanda às sugestões do Ministro José Serra para a participação do governo brasileiro e na IV Conferência Ministerial da OMC, a realizar-se em Doha (Catar).	Arquivo Aisa. Pasta “IV Conferência Ministerial da OMC – Doha, Catar. 09 a 13 de novembro de 2001”.

	Senador José Serra (Ministro de Estado da Saúde). 25 de outubro de 2001.		
MS.63	FAX S/N. José Serra (Ministro da Saúde) ao Celso Lafer (Ministro de Estado das Relações Exteriores). 14 de setembro de 2001.	Intenção do Ministro José Serra de integrar a delegação do Brasil em Doha e apresentação da delegação do Ministério da Saúde. Nela, está o coordenador do PN-DST/Aids, Paulo Teixeira.	Arquivo Aisa. Pasta “ IV Conferencia Ministerial da OMC – Doha, Catar. 09 a 13 de novembro de 2001”.
MS.64	a) MEMORANDO N° 451/ACID-DST-AIDS-HV/SVS/MS. Assinado por Dirceu Greco (Diretor do DN DST/AIDS/HV) ao Secretário de Vigilância em Saúde. Assunto: Transporte de medicamentos no âmbito do Programa de Cooperação Brasil-Paraguai (Acordo Laços-Sul-Sul). 14 de setembro de 2010. b) AVISO N°12. Embaixador Celso Amorim (Ministro de Estado das Relações Exteriores) a José Gomes Temporão (Ministro de Estado da Saúde), de 09 de setembro de 2009.	Documentos que formam parte da Instrução do Processo de doação de medicamentos ARV. Nesse caso, para o Paraguai.	Arquivo Aisa. Pasta Laços Sul-Sul. Paraguai.
MS.75	DISCURSO. Ministro da Saúde, José Serra, na Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU sobre AIDS. Nova Iorque, 27 de junho de 2001.	Centrado no enfoque integrado entre prevenção e tratamento como um reforço mútuo necessário e no acesso universal, assim como numa abordagem de direitos humanos. O discurso reflete que houve clara coordenação e articulação entre as duas pastas para a participação do governo brasileiro nessa Ungass.	
MS.79	RELATÓRIO. Relatório Coopex – Banco Mundial: Missão de meio termo. 2001. Elaborado pela equipe da Coopex (Assessoria de Cooperação Externa)	O documento traz as atribuições da Coopex. Afirma que a quase totalidade dos gastos efetuados pela Coopex em 2000/2001 foram realizadas com recursos administrados pela UNODC. O texto confirma que o foi durante a Conferência Internacional de DST/AIDS de Durban, em julho de 2000, que “o Brasil se prontificou a compartilhar a experiência adquirida nos últimos 4 anos, relacionada à política de distribuição de medicamentos ARV de forma universal e gratuita.”	Arquivo Cict.

MS.80	EMAIL. Resposta oficial da Aisa. Nomes dos Chefes/Coordenadores da área internacional do Ministério da Saúde. Novembro de 2015.	Nomes dos chefes que coordenaram a Aisa.	
MS.81	RELATÓRIO. Provisão de medicamentos antirretrovirais em acordos de cooperação do Brasil com outros países em desenvolvimento. 27 de maio de 2008. Elaborado pelo PN-DST/AIDS	Traz o detalhamento dos compromissos assumidos pelo Brasil e demais parceiros com o PCI e depois com a Rede Laços Sul-Sul, além dos dados das doações e os trâmites burocráticos necessários para a sua efetivação.	Arquivo Cict.
MS.82	Histórico do Incentivo. Nota técnica do PN-DST/Aids.	Resumo da Política de financiamento das ações de HIV/Aids e outras DST para estados e municípios. Transferência Fundo a Fundo.	Arquivo Ações Estratégicas. DIAHV.
MS.83	Subsídios Financiamento. Nota técnica. Grupo Técnico. Financiamento. Março 2017.	Nota elaborada para posicionamento do DIAHV nas reuniões do Grupo Técnico de Financiamento da Secretaria Executiva.	Arquivo Ações Estratégicas. DIAHV.
MS.84	SUS-Legal. Apresentação da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Março 2017.	Apresentação realizada na reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde de março de 2017.	Arquivo Ações Estratégicas. DIAHV.
MS.85	AJUDA MEMÓRIA. Missão de Supervisão. Projeto AIDS III. Elaborado pela equipe da missão	Contém o relato sobre a missão, problematização da execução do Projeto AIDS III e encaminhamentos.	Arquivo Ações Estratégicas. DIAHV.
MS.86	CARTA CONSULTA. Projeto AIDS SUS. Elaborado pela equipe técnica do PN-DST/Aids para envio à Cofiex.	Contém a proposta de conteúdo e orçamento previsto para execução do AIDS SUS.	Arquivo Ações Estratégicas. DIAHV.

MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES (MRE)			
MRE.01	PORTARIA. Nº 12, de 8 de outubro de 2001. Assinado pelo Ministro das Relações Exteriores, Celso Lafer.	Regulamento da Modalidade de Execução Nacional para a gestão de Projetos de Cooperação Técnica Internacional e as Diretrizes Gerais para o Desenvolvimento da Cooperação Técnica Internacional Multilateral. Execução Nacional - sistemática de implementação de projetos, aprovada pelas Resoluções de número 44/211, 47/199, 50/120 e 53/192 da Assembleia Geral das Nações Unidas, cuja direção técnica e coordenação operacional das atividades são de responsabilidade das instituições executoras nacionais, sendo o controle e gestão administrativa, orçamentária, financeira, contábil e patrimonial realizados pela Unidade Unificada de Administração de Projetos, sob responsabilidade da ABC/MRE.	Disponível em: < http://www.abc.gov.br/nex/portaria12.pdf > Acesso em 21 de junho de 2015.
MRE.02	RELATÓRIO. MRE. PPA. Relatório Anual de Avaliação - PPA 2000-2003 Exercício 2002.	O tema Saúde aparece como HIV/AIDS na sessão “Cooperação Científica e Tecnológica internacional”. Tópico: (p. 1222) “cooperação e apoio aos países de língua oficial portuguesa - CPLP, que resultou em programas e projetos nas áreas de C&T, educação e saúde (HIV/AIDS), tais como os convênios para concessão de bolsas de estudos a estrangeiros no Brasil.”. O Ministério da Saúde não aparece como instituição parceira.	Disponível em: < http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/ppa/ppa-2000-2003/ppa20002003/ppa_rel_aval/014_rela-coes_exteriores.PDF > Acesso em 22 de julho de 2015.
MRE.03	PORTARIA. Nº 433, de 22 de outubro de 2004. Embaixador Samuel Pinheiro Guimarães Publicado no DO em 28 de outubro de 2004.	Aprova normas complementares aos procedimentos a serem observados pelos órgãos e pelas entidades da Administração Pública Federal direta e indireta, para fins de celebração de Atos Complementares de cooperação técnica recebida, decorrentes de Acordos Básicos firmados entre o Governo brasileiro e organismos internacionais, e da aprovação e gestão de projetos vinculados aos referidos instrumentos.	Disponível em: < http://www.mds.gov.br/backup/sites/qualificacao-de-instituicoes-para-participacao-em-processo-seletivo-para-implementacao-de-projetos-de-inclusao-produtiva/legislacao/arquivos/3-mre-portaria-433-out-22-2004.pdf > Acesso em 21 de junho de 2015
MRE.04	MEMORANDO DE ENTENDIMENTO. BOLÍVIA. Roberto de Abreu Sodré, pelo governo brasileiro, e Guillermo Bedregal Gutierrez pelo governo boliviano. Assinado no dia 02 de agosto de 1988. Arquivo MRE: DAI 2813.	Primeiro ato bilateral que descreve o interesse de ambos os países nos princípios da cooperação técnica entre países em desenvolvimento (CTPD): “Reconhecendo o interesse de ambos os países em coordenar e administrar sua cooperação técnica internacional por meio de esquemas bilaterais e multilaterais , segundo os princípios da Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD)” [Grifo nosso] Considera a recente criação da Agência Brasileira de Cooperação (ABC).	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1988/b_60/at_download/arquivo > Acesso em: 07 de novembro de 2015.

MRE.05	MEMORANDO DE ENTENDIMENTO. BOLÍVIA. PCI. Assinatura sem identificação. 2003. Arquivo MRE: DAI 219-3.663.	Assinado para implementação do PCI com a Bolívia.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2003/b_61/at_download/arquivo > Acesso em 12 de julho de 2015.
MRE.06	AJUSTE COMPLEMENTAR. BOLÍVIA. Assinatura não identificada. Assinado em Brasília, em 28 de abril de 2003. Arquivo MRE: DAI 218-3.622. 2003.	Ajuste ao Acordo de Cooperação Técnica, Científica e Tecnológica para implementação do Projeto: “Prevenção e Controle de DST/HIV/AIDS na Bolívia. Ressalta-se que no documento foi mencionando o Dfid como parceiro técnico e financeiro e a Opas como parceira técnica e gestora administrativa. Esse Ajuste dava sustentabilidade e legitimidade à agenda de cooperação executada no período do Cict, também com o apoio da GTZ.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2003/b_16/at_download/arquivo > Acesso em 13 de julho de 2015.
MRE.07	AJUSTE COMPLEMENTAR. BOLÍVIA. (S/N). Embaixador Frederico César de Araújo pelo governo brasileiro e Vice-Ministro de Investimento Público e Financiamento Externo, Javier Fernández Vargas, pelo governo da Bolívia. Assinado em La Paz, em 25 de setembro de 2009.	Ajuste ao Acordo de Cooperação Técnica, Científica e Tecnológica para implementação do Projeto: “Fortalecimento em Atenção Integral e Vigilância Epidemiológica em DST/HIV/AIDS na Bolívia.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2009/ajuste-complementar-ao-acordo-basico-de-cooperacao-tecnica-cientifica-e-tecnologica-entre-o-governo-da-republica-federativa-do-brasil-e-o-governo-do-estado-plurinacional-da-bolivia-para-a-implementacao-do-projeto-201cfortalecimento-em-atencao-integral-e-vig/at_download/arquivo > Acesso em 13 de julho de 2015.
MRE.08	MEMORANDO DE ENTENDIMENTO. BOTSUANA. Ministro da Saúde Saraiva Felipe pelo governo brasileiro e Ministra da Saúde Sheila Tlou pelo governo de Botsuana. Assinado em Gaborone, 11 de fevereiro de 2006. Arquivo MRE: DAI 04-180.	Cooperação Técnica na Área de HIV/AIDS: treinamento para tratamento e assistência em HIV/AIDS, incluindo manejo clínico e anti-retrovirais; prevenção; elaboração de materiais de informação, educação e comunicação; outras áreas pertinentes. Cabia parcerias com instituições públicas e privadas. Instituições brasileiras: ABC e Programa Nacional de AIDS (MS Brasil).	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2006/b_31/at_download/arquivo > Acesso em julho de 2015, 06 de julho de 2015.
MRE.09	AJUSTE COMPLEMENTAR. BOTSUANA. Ministro das Relações Exteriores Celso Amorim pelo governo	Assinado para implementar o Projeto com a ABC: "Fortalecimento do Plano Nacional Estratégico para HIV/AIDS 2003-2009";	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2009/b_6331/at_download/arquivo > Acesso em 06 de julho de 2015.

	brasileiro e Ministro dos Negócios Estrangeiros e Cooperação Internacional Phandu Skelemani pelo governo de Botsuana. Assinado Brasília, em 05 de maio de 2009.		
MRE.10	<p>PROTOCOLO DE INTENÇÕES. BURQUINA FASO. PCI. Ministro das Relações Exteriores Celso Amorim pelo governo brasileiro. Assinado também pelo Ministro da Saúde Humberto Costa.</p> <p>Assinado em Brasília, 03 de setembro de 2003.</p> <p>Arquivo MRE: DAI 02-3.661.</p>	Assinado para implementação do PCI em Burquina Faso.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2003/b_62/at_download/arquivo > Acesso em 06 de julho de 2015.
MRE.11	<p>PROTOCOLO DE INTENÇÕES. BURQUINA FASO. Geral. Saúde. Ministro das Relações Exteriores Celso Amorim pelo governo brasileiro e pelo Ministro dos Negócios Estrangeiros Djibrill Yipene Bassole, pelo governo de Burkina Faso. Assinado em Uagadugu em 15 de outubro de 2007.</p> <p>Arquivo MRE: DAI 11-4.536. 2007.</p>	<p>Protocolo sobre Cooperação Técnica na Área de Saúde: controles de qualidade de medicamentos; saúde materno-infantil; vigilância epidemiológica; sistemas de saúde; medicina tradicional.</p> <p>Não designava instituição executora, apenas a ABC-MRE como instituição coordenadora.</p> <p>As Partes poderão estabelecer parcerias com instituições dos setores público e privado, organismos e entidades internacionais, e organizações não governamentais para a implementação dos projetos de cooperação técnica na área da saúde, concebidos sob a égide de futuros Ajustes.</p>	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2007/b_211/at_download/arquivo > Acesso em 06 de julho de 2015.
MRE.12	<p>AJUSTE COMPLEMENTAR. CABO VERDE. PCI Fase II. Ministro das Relações Exteriores, Celso Amorim, pelo governo do Brasil e Ministro dos Negócios Estrangeiros, Cooperação e Comunidades, Victor Manoel Barbosa Borges, pelo governo de Cabo</p>	Assinado para implementação do “Programa de Cooperação Internacional em HIV/AIDS – Fase II” nas áreas de assistência, tratamento e controle da transmissão materno-infantil. Incorporado ao Laços Sul-Sul.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2005/b_5/at_download/arquivo > Acesso em 12 de julho de 2015.

	Verde. Assinado em Praia, 14 de janeiro de 2005. Arquivo MRE: DAI 3.928. 2005.		
MRE.13	MEMORANDO DE ENTENDIMENTO. COLÔMBIA. PCI. Assinaturas sem identificação. Assinado em Brasília, 18 de dezembro de 2002. Arquivo MRE: DAI 94-3.595.	Assinado para implementação do PCI com a Colômbia.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2002/b_142/at_download/arquivo > 15 de julho de 2015.
MRE.14	AJUSTE COMPLEMENTAR. COLÔMBIA. Assistência e tratamento de AIDS. Assinaturas sem identificação. No entanto, a publicação no DOU de 22 de dezembro de 2005 deixa claro que as assinaturas são de Samuel Pinheiro Guimarães, Ministro de Estado das Relações Exteriores interino, e Camilo Reyes (Vice Ministro das Relações Exteriores). Assinado em outubro de 2003. Arquivo MRE: DAI 101-A 3.686-A.	Ajuste ao Acordo Básico de Cooperação Técnica para implementação do projeto: “Assistência e tratamento a pessoas vivendo com HIV/AIDS na Colômbia.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2003/b_93/at_download/arquivo > Acesso em 15 de julho de 2015.
MRE.15	MEMORANDO DE ENTENDIMENTO. CONGO. Geral. Saúde. Ministro de Estado, interino, das Relações Exteriores, Samuel Pinheiro Guimarães e pelo Ministro do Ensino Superior do Congo, Henri Ossebi. Assinado em Brasília em 15 de março de 2007. Arquivo MRE: DAI 11-4.370.	Compromisso de cooperar na luta contra a malária, tuberculose e prevenção do HIV/AIDS, campanhas de vacinação, especificamente contra a poliomielite.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2007/b_32/at_download/arquivo > Acesso em 12 de julho de 2015.

MRE.16	AJUSTE COMPLEMENTAR. CONGO. Assinado pelo Ministro das Relações Exteriores do Brasil, Celso Amorim, e pelo Ministro dos Negócios Estrangeiros e da Francofonia, Basile Ikouebe. Assinado em Brazzaville, em 16 de outubro de 2007. Arquivo MRE: DAI 18-4.542.	Ajuste ao Acordo de Cooperação Econômica, Científica e Técnica para implementação do Projeto: “ Apoio ao Programa de Luta contra AIDS no Congo ”.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2007/b_217/at_download/arquivo > Acesso em 13 de julho de 2015.
MRE.17	AJUSTE COMPLEMENTAR. CUBA. AIDS. Assinaturas sem identificação. Assinado em Havana, dia 19 de outubro de 1999. Arquivo MRE: DAI 31. 1999.	Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Científica, Técnica e Tecnológica para implementação do Projeto “Fortalecimento do Programa Nacional de DST-AIDS” . Não mencionava de que país. Instituições brasileiras: ABC e Programa Nacional de AIDS (MS Brasil).	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1999/b_65/at_download/arquivo > Acesso em 10 de julho de 2015.
MRE.18	AJUSTE COMPLEMENTAR. CUBA. Assinaturas sem identificação. Assinado em Havana, em 08 de novembro de 2002. Arquivo MRE: DAI.38-3583.	Ajuste complementar ao Acordo de Cooperação Científica, Técnica e Tecnológica para implementação do Projeto “Fortalecimento do Programa Nacional de DST/AIDS de Cuba — Fase II.”.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2002/b_124/at_download/arquivo > Acesso em 10 de julho de 2015.
MRE.19	AJUSTE COMPLEMENTAR. CUBA. AIDS. Subsecretário Geral de Cooperação do Brasil, Ruy Nunes Pinto Nogueira e pelo Vice Ministro de Cuba, Raúl Taladrid Suárez. Assinado em Havana, em 29 de outubro de 2004. Arquivo MRE: DAI 58-2877.	Ajuste complementar ao Acordo de Cooperação Científica, Técnica e Tecnológica para implementação do Projeto “Fortalecimento do Programa Nacional de DST/AIDS de Cuba — Fase II.” .	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2004/b_103/at_download/arquivo > Acesso em 10 de julho de 2015.
MRE.20	AJUSTE COMPLEMENTAR. EL SALVADOR. Apoio ao Programa de AIDS. Embaixador do Brasil, Luis Henrique Pereira da Fonseca e pelo Ministro da Saúde Pública e Assistência Social de El Salvador, Eduardo Interiano. Assinado em 02 de fevereiro de	Assinado para implementação do Projeto: "Apoio ao Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS" ;	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1999/b_4/at_download/arquivo > Acesso em 23 de julho de 2015.

	1999, em São Salvador. Arquivo MRE: DAI 3.265.		
MRE.21	MEMORANDO DE ENTENDIMENTO. EL SALVADOR. PCI. Assinaturas sem identificação. Há duas assinaturas pelo lado brasileiro. Assinado em Brasília, em 18 de dezembro de 2002. Arquivo MRE: DAI 3.596.	Assinado para implementação do PCI com El Salvador.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2002/b_143/at_download/arquivo > Acesso em 15 de julho de 2015.
MRE.22	AJUSTE COMPLEMENTAR. EL SALVADOR. Diretor da Agência Brasileira de Cooperação, Lauro Barbosa da Silva Moreira e pelo Embaixador da República de El Salvador José Roberto Andino Salazar. Assinado em Brasília em 05 de fevereiro de 2004. Arquivo MRE: DAI 3.797. 2004.	Assinado para implementação do Projeto: Assistência e Tratamento a Pessoas Vivendo com HIV/AIDS em El Salvador.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2004/b_10/at_download/arquivo > Acesso em 15 de julho de 2015.
MRE.23	AJUSTE COMPLEMENTAR. EL SALVADOR. Diretor da Agência Brasileira de Cooperação, Lauro Barbosa da Silva Moreira e pela Subdiretora-Geral de cooperação Externa do Ministério das Relações Exteriores de El Salvador, Celina Lúcia López. Assinado Brasília, em 09 de junho de 2006. Arquivo MRE: DAI 23-4.256. 2006.	Assinado para implementação do projeto "Fortalecimento da Resposta à Epidemia de HIV/AIDS em El Salvador";	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2006/b_111/at_download/arquivo > Acesso em 15 de julho de 2015.
MRE.24	AJUSTE COMPLEMENTAR. EQUADOR. Programa de Cooperação Técnica. Francisco Rezek, pelo governo brasileiro, e Diego Cordovez pelo governo equatoriano. Assinado em 07 de novembro de 1990.	Documento de 1990. Reconhece a importância de estabelecer “mecanismos ágeis que contribuam para a ampliação do processo de desenvolvimento a níveis bilateral e regional” (...) e da “necessidade de executar programas específicos de cooperação técnica que contribuam para o desenvolvimento econômico e social dos dois países”. O grupo de trabalho elaboraria ainda estudos de viabilidade e poderia convidar “entidades diretamente relacionadas a temas específicos de interesse”	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1990/b_59_2011-10-17-15-48-49/at_download/arquivo > Acesso em: 07 de novembro de 2015.

		do Programa, “bem como organismos nacionais e de representantes do setor privado”. [Grifo Nosso]	
MRE.25	AJUSTE COMPLEMENTAR. EQUADOR. Cooperação Saúde. Geral. Embaixadora do Brasil no Equador, Vera Pedrosa Martins de Almeida e pelo Ministro das Relações Exteriores do Equador, Benjamin Ortiz Brennan. Assinado em Quito, em 08 de outubro de 1999. Arquivo MRE: DAI 3.305.	Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica para desenvolvimento de projetos e atividades em vários temas, dentre eles HIV/AIDS, que no documento se ajusta na parte de prevenção e controle de doenças transmissíveis.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1999/b_64/at_download/arquivo > Acesso em 15 de julho de 2015.
MRE.26	AJUSTE COMPLEMENTAR. EQUADOR. Fortalecimento do Programa de Sida. Ministro das Relações Exteriores do Brasil, Embaixador Celso Amorim e pela Ministra das Relações Exteriores do Equador, Nina Pacari Veja. Assinado em Brasília, no dia 27 de maio de 2003. Arquivo MRE: DAI 3.624.	Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica para implementação do Projeto: "Fortalecimento da capacidade de resposta do programa de prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis, vírus de deficiência imunológica humana e a síndrome de imunodeficiência adquirida (DST/HIV/AIDS) do Equador".	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2003/b_19/at_download/arquivo > Acesso em 20 de julho de 2015.
MRE.27	PROTOCOLO DE INTENÇÕES. EQUADOR. Saúde. Geral. Ministro da Saúde Humberto Costa e pelo Vice Presidente do Equador, Alfredo Palacio González. Assinado em Brasília, em 06 de maio de 2004. Arquivo MRE: DAI 3.810.	Cooperação Técnica para fortalecer a Atenção à Saúde (Sistema Único de Saúde do Brasil — SUS e o Sistema de Seguridade Universal do Equador — AUS; programas de alimentação e nutrição); e Vigilância em Saúde (AIDS).	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2004/b_31/at_download/arquivo > Acesso em 12 de julho de 2015.
MRE.28	AJUSTE COMPLEMENTAR. GANA. Ministro das Relações Exteriores do Brasil, Embaixador Celso Amorim, e pelo Ministro dos Negócios Estrangeiros, Integração Regional, Akwasi Osei Adjei. Assinado em Acra,	Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica para implementação do Projeto: “Fortalecimento das ações de combate ao HIV /AIDS em Gana”.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2008/b_66/at_download/arquivo > Acesso em 18 de julho de 2015.

	em 18 de abril de 2008. Arquivo MRE: DAI 14-4.690.		
MRE.29	AJUSTE COMPLEMENTAR. GUATEMALA. Assinaturas não identificadas. Assinado na Cidade da Guatemala, em 22 de agosto de 2002. Arquivo MRE: DAI 13-3565. 2002.	Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica para implementação do Projeto “Apoio ao Programa Nacional de Prevenção e Controle de DST/HIV/AIDS da Guatemala.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2002/b_89/at_download/arquivo > Acesso em 15 de julho de 2015.
MRE.30	AJUSTE COMPLEMENTAR. GUATEMALA. Ministro das Relações Exteriores do Brasil, Celso Amorim e pelo Ministro das Relações Exteriores da Guatemala, Jorge Briz Abularach. Assinado na Cidade da Guatemala, em 12 de setembro de 2005. Arquivo MRE: DAI 22-4070.	Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica para implementação do projeto: “Apoio ao Programa nacional de prevenção e controle de DST/HIV/AIDS da Guatemala”.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2005/b_151/at_download/arquivo > Acesso em 09 de julho de 2015.
MRE.32	PLANO DE METAS BILATERAL, 1989-1990. GUIANA. Roberto de Abreu Sodré, pelo governo brasileiro, e Rashleigh Edmond Jackson, pelo governo da Guiana. Assinado em 04 de outubro de 1989.	Exemplo de Planos coordenados pela ABC com países em desenvolvimento.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1989/b_54/at_download/arquivo > Acesso em: 07 de novembro de 2015
MRE.33	AJUSTE COMPLEMENTAR. GUINÉ BISSAU. Embaixador do Brasil Arthur Meyer e o Ministro da Saúde de Guiné Bissau, Antonio Bamba. Assinado em Bissau, em 05 de janeiro de 2001.	Ajuste assinado antes do lançamento do PCI I e com o propósito de implementar o projeto: "Apoio ao Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Sida”.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2001/b_1/at_download/arquivo > Acesso em 12 de julho de 2015.
MRE.34	AJUSTE COMPLEMENTAR. GUINÉ BISSAU. PCI. Fase II. Ministro das Relações Exteriores do Brasil, Celso Amorim. Assinado em Bissau, em 15 de janeiro de 2005. Arquivo MRE: DAI 2933.	Ajuste ao acordo básico de cooperação técnica e científica para implementação do “Programa de Cooperação Internacional em HIV/AIDS – FASE II”. O chamado Laços Sul-Sul.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2005/b_8/at_download/arquivo > Acesso em 12 de julho de 2015.

MRE.35	<p>AJUSTE COMPLEMENTAR. GUINÉ-BISSAU. Laços Sul-Sul. Ministro das Relações Exteriores do Brasil, Celso Amorim e o Ministro dos Negócios Estrangeiros, da Cooperação Internacional e das comunidades da República da Guiné-Bissau, Adelino Mano Queta. Assinado em Brasília, em 25 de agosto e 2010.</p>	<p>Ajuste complementar ao acordo básico para implementação do Programa de Combate ao HIV/AIDS de na Guiné –Bissau.</p>	<p>Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2010/ajuste-complementar-ao-acordo-basico-de-cooperacao-tecnica-e-ciencia-entre-o-governo-da-republica-federativa-do-brasil-e-o-governo-da-republica-da-guine-bissau-para-implementacao-do-programa-de-combate-ao-hiv-sida-na-guine-bissau/at_download/arquivo> Acesso em 12 de julho de 2015.</p>
MRE.36	<p>PROTOCOLO DE INTENÇÕES. MOÇAMBIQUE. Geral. Saúde. Assinaturas não identificadas. Assinado em Brasília, em 20 de junho de 2001. Arquivo MRE: DAI 17-3.383.</p>	<p>Documento assinado antes do lançamento do PCI. Manifestando a intenção das partes na cooperação em saúde no geral. Primeira vez que é mencionada a transferência de tecnologia para a produção de ARV.</p>	<p>Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2001/b_25/at_download/arquivo> Acesso em 12 de julho de 2015.</p>
MRE.37	<p>AJUSTE COMPLEMENTAR MOÇAMBIQUE. Assinaturas não identificadas. Assinado em Brasília, em 20 de junho de 2001. Arquivo MRE: DAI 24-3.390.</p>	<p>Assinado no mesmo dia do protocolo de intenções acima mencionado. Ajuste complementar ao acordo geral de cooperação para implementação do projeto “ Apoio ao Programa Nacional de controle às DST/SIDA”.</p>	<p>Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2001/b_32/at_download/arquivo> Acesso em 12 de julho de 2015.</p>
MRE.38	<p>MEMORANDO DE ENTENDIMENTO. MOÇAMBIQUE. PCI. Ministro das Relações Exteriores do Brasil, Embaixador Celso Amorim. Assinado em Maputo, em 02 de maio de 2003. Arquivo MRE: DAI 25-3.636.</p>	<p>Assinado no âmbito do PCI.</p>	<p>Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2003/b_17/at_download/arquivo> Acesso em 12 de julho de 2015.</p>
MRE.39	<p>AJUSTE COMPLEMENTAR. MOÇAMBIQUE. PCI Ntwanano. Ministro da Saúde Humberto Costa. Assinado em Maputo, em 05 de novembro de 2003. Arquivo MRE: DAI 29-3.707.</p>	<p>Ajuste complementar ao acordo geral de cooperação para implementação do projeto “PCI-NTWANANO” no âmbito do “Programa de Cooperação Internacional para ações de Controle e Prevenção do HIV para Países em Desenvolvimento” (PCI).</p>	<p>Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2003/b_127/at_download/arquivo> Acesso em 15 de julho de 2015.</p>

MRE.40	<p>AJUSTE COMPLEMENTAR. MOÇAMBIQUE. Estudo de viabilidade da Fábrica de ARV. Embaixadora do Brasil Leda Lúcia Camargo e pela Ministra dos Negócios Estrangeiros e Cooperação de Moçambique, Alcinda Abreu. Assinado em Maputo, em 15 de julho de 2005. Arquivo MRE: DAI 46-4.056.</p>	<p>Ajuste complementar ao acordo geral de cooperação para implementação do projeto “Estudo de viabilidade técnico econômico para instalação de Fábrica de medicamentos em Moçambique para a produção de medicamentos ARV e outros”.</p>	<p>Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2005/b_115> Acesso em 15 de julho de 2015.</p>
MRE.41	<p>MEMORANDO DE ENTENDIMENTO. MOÇAMBIQUE. Capacitações para implementação da Fábrica. Ministro das Relações Exteriores do Brasil, Celso Amorim e pelo Ministro dos Negócios Estrangeiros, Oldemiro Baloi. Assinado em Brasília, em 04 de setembro de 2008. Arquivo MRE: DAI 65-4.784.</p>	<p>Ajuste complementar ao acordo geral de cooperação para implementação do projeto “Capacitação em produção de medicamentos ARV e outros medicamentos”</p>	<p>Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2008/b_204/at_download/arquivo> Acesso em: 15 de julho de 2015.</p>
MRE.42	<p>MEMORANDO DE ENTENDIMENTO. NAMÍBIA. PCI. Assinaturas não identificadas. Assinado em Windhoek, em 19 de março de 2003. Arquivo MRE: DAI 3.615.</p>	<p>Projeto de Assistência e Prevenção em HIV/AIDS no âmbito do PCI com a Namíbia.</p>	<p>Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2003/b_6/at_download/arquivo> Acesso em 15 de julho de 2015.</p>
MRE.43	<p>PROTOCOLO DE INTENÇÕES. Geral. Saúde NAMÍBIA. Ministro da Saúde do Brasil, Humberto Costa. Assinado em Windhoek, em 07 de novembro de 2003. Arquivo MRE: DAI 19-3.731.</p>	<p>Documento sobre cooperação técnica na área de saúde (título), mas no corpo do texto está escrito “assistência técnica”. Áreas: Saúde da Família; HIV/AIDS; Produção de Fármacos; Saúde Pública; e outros, que considerem adequadas.</p>	<p>Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2003/b_142/at_download/arquivo> Acesso em 15 de julho de 2015.</p>

MRE.44	<p>PROTOCOLO DE INTENÇÕES. NICARÁGUA. Geral. Saúde. Ministro das Relações Exteriores do Brasil, Celso Amorim e pelo Ministro das Relações Exteriores da Nicarágua, Samuel Santos Lopez. Assinado em Manágua, em 08 de agosto de 2007. Arquivo MRE: DAI 28-4.478.</p>	<p>Cooperação técnica mútua nos seguintes temas: gestão de sistemas de saúde com ênfase no tema de Saúde da Família (mencionava a criação de um escritório de coordenação da cooperação), promoção e política para o desenvolvimento de RH; DST-AIDS e doenças transmitidas por vetores; intercâmbio de experiências na área de sistemas de informações e melhoramento dos Banco de Leite Humano.</p>	<p>Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2007/b_157/at_download/arquivo> Acesso em: 15 de julho de 2015.</p>
MRE.45	<p>NOTAS DIPLOMÁTICAS. BRASIL-PARAGUAI. Assinado pelo Ministro das Relações Exteriores do Brasil, Mário Gibson Barboza e o Ministro das Relações Exteriores do Paraguai, Raul Sapeña Pastor. Programa de Cooperação técnica. Maio de 1971.</p>	<p>Primeira manifestação de intenções para a elaboração de um Programa de cooperação técnica do Brasil com países em desenvolvimento encontrado no sistema do MRE. O segundo foi com a Colômbia, 1 mês depois.</p>	<p>Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1971/b_33/at_download/arquivo> Acesso em 07 de novembro de 2015.</p>
MRE.46	<p>AJUSTE COMPLEMENTAR. Programa de Cooperação Técnica Brasil-Paraguai. Assinaturas sem identificação. Assinado em 10 de novembro de 1989. Arquivo MRE: DAI 2890.</p>	<p>Implementa o Acordo de Cooperação Técnica de 27 de outubro de 1987, através desse Ajuste, que institui um mecanismo permanente de programação da cooperação técnica, através de m Grupo de Trabalho de Cooperação Técnica Binacional.</p>	<p>Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1989/b_77/at_download/arquivo> Acesso em: 07 de novembro de 2015.</p>
MRE.47	<p>MEMORANDO DE ENTENDIMENTO. PARAGUAI. PCI. Assinaturas não identificadas. Assinado em Brasília, em 18 de dezembro de 2002. Arquivo MRE: DAI 3.597.</p>	<p>Memorando para o PCI.</p>	<p>Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2002/b_144/at_download/arquivo> Acesso em: 15 de julho de 2015.</p>
MRE.48	<p>AJUSTE COMPLEMENTAR. PARAGUAI. Ministro das Relações Exteriores do Brasil, Celso Amorim e pela Ministra das Relações Exteriores do Paraguai, Leila Rachid. Assinado em Brasília, em outubro de 2003.</p>	<p>Ajuste complementar ao acordo de cooperação técnica para implementação do projeto “Assistência e tratamento a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Paraguai”</p>	<p>Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2003/b_83/at_download/arquivo> Acesso em 15 de julho de 2015.</p>

MRE.49	AJUSTE COMPLEMENTAR. PERU. Ministro das Relações Exteriores do Brasil , Celso Amorim. Assinado em Lima, 25 de agosto de 2003. Arquivo MRE: DAI 143-3.654.	Ajuste complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica para implementação do projeto: “Prevenção e Controle de DST-HIV/AIDS no Peru”.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2003/b_55/at_download/arquivo > Acesso em: 15 de julho de 2015.
MRE.50	AJUSTE COMPLEMENTAR. QUENIA. Embaixadora do Brasil, Ana Maria Sampaio Fernandes e pelo Ministro dos Negócios Estrangeiros, Moses Wetan’gula. Assinado em Nairobi, em 15 de agosto de 2008. Arquivo MRE: DAI 11-4.732.	Ajuste complementar ao Acordo de cooperação técnica para implementação do projeto “Fortalecimento das ações de combate ao HIV/AIDS no Quênia”.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2008/b_192/at_download/arquivo > Acesso em 13 de julho de 2015.
MRE.51	MEMORANDO DE ENTENDIMENTO. REPÚBLICA DOMINICANA. PCI. Embaixador Luiz Felipe Seixas Corrêa, Representante Permanente do Brasil junto às Nações Unidas e pelo Diretor Executivo do Conselho presidencial para o HIV/AIDS da República Dominicana, Luis Emilio Arzeno. Assinado em Genebra, em 30 de janeiro de 2003. Arquivo MRE: DAI 3.610.	Memorando para o PCI implementação do Projeto: “Projeto de Assistência de Prevenção do HIV/AIDS”.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2003/b_2/at_download/arquivo > Acesso em 12 de julho de 2015.
MRE.52	AJUSTE COMPLEMENTAR. SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE. Assinaturas não identificadas. Assinado em São Tomé em 02 de dezembro de 2000. Arquivo MRE: DAI 3.332.	Anterior ao PCI. Ajuste complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica para implementação do projeto: “Apoio ao Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe na Prevenção às DST-AIDS”.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2000/b_90/at_download/arquivo > Acesso em 12 de julho de 2015.
MRE.53	PROTOCOLO DE INTENÇÕES. SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE. Saúde. Geral. Ministro da Saúde do Brasil, Humberto Costa. Assinado em São	Sobre cooperação técnica na área de saúde, com ênfase na luta contra o HIV/AIDS e a Malária. Cooperação técnica nas áreas de: análise, planejamento, prevenção, controle, suporte, treinamento, capacitação e em outros temas.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2003/b_110/at_download/arquivo > Acesso em 12 de julho de 2015.

	Tomé, em 02 de novembro de 2003. Arquivo MRE: DAI 21-3.734.		
MRE.54	PROTOCOLO DE INTENÇÕES. SURINAME. Saúde. Geral. Ministro da Saúde do Brasil, Humberto Costa e a Ministra das Relações Exteriores do Suriname, Maria Elizabeth Levens. Assinado em Paramaribo/Suriname, em 15 de fevereiro de 2005. Arquivo MRE: DAI 3.949.	Menciona a intenção de trabalhar na fronteira , desenvolvendo uma política comum.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2005/b_35/at_download/arquivo > Acesso em 13 de julho de 2015.
MRE.55	AJUSTE COMPLEMENTAR. SURINAME. AIDS. Ministro das Relações Exteriores do Brasil, Antonio Patriota e pela Ministra dos Negócios Estrangeiros do Suriname, Lygia Kraag-Keteldijk. Assinado em Brasília/Brasil, em 26 de abril de 2010.	Ajuste complementar ao acordo básico de cooperação científica e técnica para implementação do projeto “Fortalecimento da resposta à epidemia do HIV/AIDS no Suriname”.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2010/ajuste-complementar-ao-acordo-basico-de-cooperacao-cientifica-e-tecnica-entre-o-governo-da-republica-federativa-do-brasil-e-o-governo-da-republica-do-suriname-para-a-implementacao-do-projeto-201cfortalecimento-da-resposta-a-epidemia-do-HIV/AIDS-no-suriname201d/at_download/arquivo > Acesso em 13 de julho de 2015.
MRE.56	AJUSTE COMPLEMENTAR. TIMOR LESTE. Embaixador do Brasil Antônio J. M. de Souza e Silva e pelo Secretário Permanente do Ministério da Saúde do Timor Leste, Feliciano da Costa Amaral Pinto. Assinado em Díli, em 09 de setembro de 2005. Arquivo MRE: DAI 11-4.064-A.	Ajuste complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica para implementação do “Programa de Cooperação Internacional em HIV/AIDS, FASE II”. Laços Sul-Sul.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2005/b_145/at_download/arquivo > Acesso em 13 de julho de 2015.
MRE.57	AJUSTE COMPLEMENTAR. URUGUAI. Embaixador do Brasil José Eduardo Martins Felício. Assinado em 2009 (sem local e data). Arquivo MRE: DAI 303-4.954.	Ajuste complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica para implementação do projeto: “Fortalecimento das Políticas de enfrentamento à epidemia de DST-AIDS no Uruguai”.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2009/b_6345/at_download/arquivo > Acesso em 12 de julho de 2015.

MRE.58	<p>MEMORANDO DE ENTENDIMENTO. URUGUAI. Geral. Saúde. Ministro das Relações Exteriores do Brasil, Antonio de Aguiar Patriota e pelo Ministro das Relações Exteriores do Uruguai, Luis Almagro. Assinado em Montevideú, em 30 de maio de 2011. Arquivo MRE: DAI 323-5.637.</p>	<p>Saúde Geral. Considerava a importâncias dos compromissos assumidos no Mercosul e na UNASUL.</p> <p>Instituições brasileiras: ABC (coordenadora) e MS Brasil como executora da cooperação.</p> <p>Objetivo: estabelecer as bases políticas e os mecanismos para a colaboração técnica entre as Parte, desenvolvendo projetos de cooperação técnica em diferentes áreas, dentre elas o HIV/AIDS.</p>	<p>Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2011/memorando-de-entendimento-entre-o-governo-da-republica-federativa-do-brasil-e-o-governo-da-republica-oriental-do-uruguai-na-area-da-saude/at_download/arquivo> Acesso em 12 de julho de 2015.</p>
MRE.59	<p>CONVÊNIO BÁSICO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA. VENEZUELA. Mario Gibson Barboza, pelo governo brasileiro e Aristides Calvani, pelo governo da Venezuela. Assinado em 20 de fevereiro de 1973.</p>	<p>Primeiro acordo de cooperação técnica, disponível no sistema, que o Brasil assinou como outro país em desenvolvimento. Considerava que “uma estreita colaboração científica e um intercâmbio de conhecimentos técnicos e práticas são fatores que contribuirão para o desenvolvimento dos recursos humanos e materiais de ambas as Nações”.</p>	<p>Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1973/b_17/at_download/arquivo> Acesso em 07 de novembro de 2015.</p>
MRE.60	<p>CONVÊNIO COMPLEMENTAR DE COOPERAÇÃO TÉCNICA. VENEZUELA. Saúde para o meio tropical. Antonio Francisco Azeredo da Silveira, Ministro das Relações Exteriores do Brasil e Simón Alberto Consalvi, Ministro das Relações Exteriores da Venezuela. Assinado em 17 de novembro de 1977.</p>	<p>Primeiro projeto de Saúde.</p> <p>Foi pactuado um Programa de Cooperação Técnica que compreendia: administração sanitária, formação de pessoal, a investigação epidemiológica, e a pesquisa no campo da saúde em ambientes tropicais.</p>	<p>Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1977/b_75/at_download/arquivo> Acesso em 07 de novembro de 2015.</p>
MRE.61	<p>AJUSTE COMPLEMENTAR. ZAMBIA. AIDS. Ministro das Relações Exteriores do Brasil, Celso Amorim e pelo Ministro das Relações Exteriores da Zâmbia, Kabinga J. Pande. Assinado em Lusaca. Assinado em 08 de julho de 2010.</p>	<p>Ajuste complementar ao Acordo Básico de cooperação técnica para implementação do projeto “Fortalecimento do Plano Nacional Estratégico para HIV/AIDS”.</p>	<p>Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2010/ajuste-complementar-ao-acordo-de-cooperacao-tecnica-entre-o-governo-da-republica-federativa-do-brasil-e-o-governo-da-republica-da-zambia-para-implementacao-do-projeto-201cfortalecimento-do-plano-nacional-estrategico-para></p>

	Arquivo MRE: DAI 14-5.395.		HIV/AIDS201d/at_download/arquivo Acesso em 13 de julho de 2015.
MRE.62	ACORDO BÁSICO DE COOPERAÇÃO. REINO UNIDO. Resumo. Sem assinaturas.	Acordo Sobre Cooperação Técnica Entre o Brasil E o Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda Do Norte	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1968/b_1/at_download/arquivo > Acesso em 05 de agosto de 2016.
MRE.63	AJUSTE COMPLEMENTAR. Troca de notas diplomáticas. Chanceler Luiz Felipe Lampreia e o Embaixador do Reino Unido Donald Keith Haskell. 13 de fevereiro de 1998.	Define o Dfid e a ABC como contrapartes coordenadoras de projeto de cooperação técnica coordenados pelo Dfid e pela ABC.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1998/b_8/at_download/arquivo > Acesso em 13 de julho de 2015.
MRE.64	MEMORANDO DE ENTENDIMENTO. REINO UNIDO. Ministro Celso Amorim e Gareth Thomas Ministro das Relações Exteriores Ministro do Departamento de Desenvolvimento Internacional. 07 de março de 2006.	Decidiram: 1. Aprofundar a parceria e cooperação em HIV/AIDS por meio de trabalho conjunto para fortalecer o Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids (ICTC/AIDS Brasil), uma iniciativa do Governo do Brasil e do Unaid, estabelecida em 2004. 2. Intensificar a troca de informações e especialização em programas de combate ao HIV/AIDS nos países em desenvolvimento e buscar oportunidades de cooperação para reduzir a incidência e o impacto do HIV/AIDS nas pessoas e sociedades. O Governo da República Federativa do Brasil e o Governo do Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte concordam em que, excepcionalmente, o Governo do Reino Unido da Grã Bretanha e Irlanda do Norte disponibilizará fundos não excedendo a quantia de £1,100,000 (um milhão e cem mil libras esterlinas), doravante referidos como "o Fundo", para fortalecer o Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids no Brasil. A contribuição do Ministério para o Desenvolvimento Internacional (Dfid) do Governo do Reino Unido da Grã- Bretanha e Irlanda do Norte será administrada por meio de um arranjo de cofinanciamento com a Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) e BMZ.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2006/b_44/at_download/arquivo > Acesso em 13 de julho de 2015
MRE.65	ACORDO BÁSICO. Cooperação Técnica Brasil-Alemanha. Assinado por Egydio Michaelson, Ministro do Estado da Indústria e Comércio do governo brasileiro e por Schroeder Gerhard, Ministro Federal dos Negócios	Primeiro Acordo Básico de Cooperação Técnica entre os dois países. Traz os marcos da cooperação bilateral da década de 1960, com elementos de horizontalidade no discurso, mas não na distribuição de atribuições entre os dois países, pois à Alemanha cabia à assistência técnica e ao Brasil prover os meios para que esta fosse operacionalizada no Brasil. Também define as	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1963/b_33/at_download/arquivo > Acesso em 5 de agosto de 2016.

	Estrangeiros do governo alemão. Assinado em Bonn, em 30 de novembro de 1963 e promulgado pelo Decreto N° 54.075 de 30 de julho de 1964, assinado pelo Presidente Castello Branco.	principais ações de cooperação, que seriam pautadas pelas consultorias alemãs de longo prazo, que poderia inclusive permitir a vinda de familiares. O texto desse Documento apresenta várias semelhanças com aqueles que o governo brasileiro assinou com os países em desenvolvimento durante os anos 2000, sendo o Brasil o provedor das ações de cooperação.	
MRE.66	NOTA DIPLOMÁTICA. Aprovação de Convênio de Cooperação Brasil-Alemanha. Antonio F. Azeredo da Silveira, Ministro das Relações Exteriores do Brasil e o Embaixador Extraordinário e Plenipotenciário da República Federal da Alemanha (Assinatura não identificada). Assinado em 18 de fevereiro de 1977.	Colaboração institucional entre Fiocruz e o Instituto Bernhard Nocht de Hamburgo. Primeiro documento assinado pelos dois países específico para a cooperação no setor saúde. Os termos do convênio seguiam as mesmas atribuições do Acordo Básico de Cooperação de 1963 (DOC.MRE.65). A cooperação visava a execução de projetos específicos de pesquisa nas áreas de doença de Chagas, Leishmaniose, viroses tropicais e helmintíases transmitidas por vetores. O fato de ter sido assinado pelo Embaixador brasileiro Antonio Azeredo da Silveira, merece a leitura das Notas a respeito da importância dele para a política externa brasileira durante o período do governo Geizel.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1977/b_13/at_download/arquivo > Acesso em 5 de agosto de 2016.
MRE.67	AJUSTE COMPLEMENTAR. Olavo Egydio Setubal, Ministro das Relações Exteriores do Brasil e Walter Gorenflo, Embaixador Extraordinário e Plenipotenciário da República Federal da Alemanha. Assinado em 10 de janeiro de 1986.	Primeiro ajuste complementar assinado entre os dois governos em saúde. Nesse caso, para execução do Projeto bilateral: “Cooperação Técnica Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico na Área Biomédica/Fiocruz”. Que foi executado entre os dois governos em prol do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde/INCOS da Fundação Oswaldo Cruz. Foi assinado já noutro período do sistema de cooperação brasileiro, à época da criação da ABC, no entanto, ainda seguia os termos do Acordo Básico de 1963 (DOC.65). O principal objetivo da cooperação era “melhorar o controle de qualidade dos medicamentos e alimentos consumidos no país, através do aperfeiçoamento de pessoal de laboratório qualificado do INCOS”.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1986/b_3/at_download/arquivo > Acesso em 5 de agosto de 2016.
MRE.68	ACORDO BÁSICO de cooperação técnica. Brasil-Alemanha. Luiz Felipe Lampreia, pelo governo do Brasil e Claus J. Duisberg, pelo governo alemão. Assinado em 17 de setembro de 1996.	Segundo Acordo Básico de cooperação técnica assinado entre os dois países. De lá pra cá, não houve mais assinaturas de acordos básicos apenas Ajustes Complementares. O texto modifica os termos assistência e colaboração, mencionados no Acordo Básico assinado em 1963 (DOC.MRE.65), para o uso do termo cooperação.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1996/b_88/at_download/arquivo > Acesso em 5 de agosto de 2016.

MRE.69	<p>AJUSTE COMPLEMENTAR. Celso Lafer, Ministro das Relações Exteriores do Brasil e Dr. Hans-Bodo Bertram, Embaixador da Alemanha. 15 de agosto de 2001.</p>	<p>Trata-se do Ajuste Complementar para execução de um projeto específico na área de AIDS, assinado em 2001, após a Sessão especial da ONU, e antes do lançamento do Primeiro Programa de Cooperação internacional do Brasil em AIDS, o PCI. O nome do projeto é uma característica da cooperação técnica alemã com o Brasil, que vinha sendo de fortalecimento institucional: Projeto: "Fortalecimento do Programa Nacional de DST/AIDS".</p>	<p>Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2001/b_56/at_download/arquivo> Acesso em 5 de agosto de 2016.</p>
MRE.70	<p>ACORDO BILATERAL. Cooperação Financeira (2003/2005/2006). Alemanha-Brasil. Samuel Pinheiro Guimarães, Ministro de Estado, interino, das Relações Exteriores do Brasil e Prout Von Kunow, Embaixador da Alemanha. Assinado em 14 de maio de 2008.</p>	<p>Apesar de tratar-se de cooperação financeira, o documento foi disponibilizado no levantamento no sistema do MRE, por conter elementos que constavam nas palavras-chave da busca. Ele menciona a contribuição para “o desenvolvimento social e econômico na República Federativa do Brasil”. É também produto de negociações bilaterais ocorridas nos anos 2003, 2005 e 2006. No documento são definidos os quatro projetos que receberão a contribuição financeira, dentre eles a "Cooperação Trilateral: Combate à AIDS" (compromisso de alocação na Ata das Negociações Intergovernamentais de 2005, "Support for the International AIDS Control Cooperation Programme"), até o montante de 5.000.000 EUR (cinco milhões de euros). O compromisso alemão com todos os projetos somente ocorreria diante da celebração de contratos entre os beneficiários das contribuições financeiras e o KfW. O prazo para a assinatura do empréstimo referente ao projeto trilateral de DST/AIDS era 31 de dezembro de 2014. Todos os projetos deveriam ser confirmados como de infraestrutura social. O trilateral de Aids é o primeiro projeto com essas características envolvendo a cooperação sul-sul do Brasil em Aids. A atividade trilateral realizada pelos dois países foi regulamentada em 2010 (DOC.MRE.72).</p>	<p>Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2008/b_74/at_download/arquivo> Acesso em 5 de agosto de 2016.</p>
MRE.71	<p>AJUSTE COMPLEMENTAR. Ministro das Relações Exteriores do Brasil, Celso Amorim e pelo Embaixador Extraordinário e Plenipotenciário da Alemanha, Prot von Kunow. Assinado em 08 de outubro de 2008.</p>	<p>Ajuste complementar que renova em bloco uma lista de 10 projetos para serem priorizados pelos dois governos a partir de 2008. Dentre eles está a continuidade do projeto de fortalecimento do Programa de DST-Aids, que teria novamente a GTZ como “encarregada da execução dos recursos financeiros”, assim como a coordenação da ABC.</p>	<p>Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2008/ajuste-complementar-por-troca-de-notas-ao-acordo-basico-de-cooperacao-tecnica-entre-o-brasil-e-a-alemanha-sobre-a-continuidade-de-projetos-de-cooperacao-tecnica> Acesso em 05 de agosto de 2016.</p>

MRE.72	MEMORANDO DE ENTENDIMENTO. ALEMANHA. Assinaturas não identificadas. Assinado em 31 de agosto de 2010.	Regulamenta as atividades de cooperação realizadas pela Alemanha e Brasil com terceiros países.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2010/memorando-de-entendimento-entre-o-governo-da-republica-federativa-do-brasil-e-o-governo-da-republica-federal-da-alemanha-para-a-realizacao-de-atividades-de-cooperacao-em-terceiros-paises/at_download/arquivo > Acesso em 5 de agosto de 2016.
MRE.73	MANUAL OPERACIONAL DE COOPERAÇÃO TRILATERAL BRASIL-ALEMANHA. Elaborado pela ABC e GIZ. Julho de 2015.	Documento elaborado com o objetivo de consolidar as práticas de gestão que os dois países aplicam na cooperação com terceiros, sendo mencionado como produto de um processo de amadurecimento institucional da Agencia Brasileira de Cooperação - ABC e da Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH.	Disponível em: < https://www.giz.de/de/downloads/giz2015-pt-en-sp-brazil-german-trilateral-cooperation-manual.pdf > Acesso em 09 de agosto de 2016.
MRE.74	ACORDO DE COOPERAÇÃO BRASIL-FRANÇA. Cooperação Técnico-Administrativa. Assinado por Horacio Lafer, Ministro das Relações Exteriores do Brasil e por Bernard Hardion, Embaixador da França no Brasil. Assinado em 06 de outubro de 1959.	Primeiro acordo de cooperação assinado entre o Brasil e a França. Versa sobre a cooperação técnico-administrativa para fortalecimento do Departamento Administrativo do Serviço Público Brasileiro realizado pela <i>Ecole Nationale d'Administration</i> da França	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1959/b_9/at_download/arquivo > Acesso em 09 de agosto de 2016.
MRE.75	ACORDO DE COOPERAÇÃO BRASIL-FRANÇA. Cooperação Técnico-científica. Assinado por Juracy Magalhães, Ministro das Relações Exteriores do Brasil e por Maurice Couve de Murville, pelo governo francês. Assinado em 16 de janeiro de 1967.	Versa sobre Cooperação Técnico-Científica. Amplia o acordo anterior (DOC.MRE.74) para além da formação de quadros administrativos, integrando a formação de outros quadros técnicos, pesquisa científica e desenvolvimento econômico e social. Tem como base o financiamento dos dois países igualmente.	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1967/b_1/at_download/arquivo > Acesso em 09 de agosto de 2016.
MRE.76	ACORDO QUADRO DE COOPERAÇÃO BRASIL-FRANÇA. Assinaturas sem identificação. Assinado em 28 de maio de 1996.	Acordo Quadro de cooperação. Considerava o desejo das Partes de “instituir uma nova parceria e de reforçar suas tradicionais relações de amizade pela criação de um mecanismo de consultas bilaterais regulares e pelo aprofundamento do diálogo político”	Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1996/b_62/at_download/arquivo > Acesso em 09 de agosto de 2016.

MRE.77	<p>DECLARAÇÃO CONJUNTA. Cooperação na área de DST e AIDS. Assinada pelo Ministro da Saúde do Brasil, José Serra e pelo Ministro Delegado da Coopera�o e da Francofonia da República Francesa, Charles Josselin. Em 05 de abril de 2001.</p>	<p>Reforça as rela�es institucionais entre o Programa Nacional de DST/AIDS e a Agência Nacional de Pesquisas sobre a AIDS (ANRS) da França, com o intuito de continuar a desenvolver as a�es de coopera�o para o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS.</p>	<p>Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2001/b_10> Acesso em 25 de agosto de 2016.</p>
MRE.80	<p>DECLARA�O DE INTEN�OES. Assinada pelo Ministro da Saúde do Brasil Arthur Chioro e pela Ministra de Assuntos Sociais e de Saúde da França, Marisol Touraine. Em 19 de maio de 2014.</p>	<p>Estabelece nova governança para as a�es de coopera�o, com a cria�o do Comitê franco-brasileiros de saúde. Reconhece que a coopera�o desenvolvida entre os dois países no campo da saúde gerou avanços importantes e benefícios para ambos os Governos, especificando o papel que teve a área de preven�o, diagnóstico e luta contra doenças sexualmente transmissíveis, AIDS.</p>	<p>Arquivo Aisa.</p>
MRE.81	<p>ACORDO BÁSICO DE COOPERA�O TÉCNICA BRASIL-ESTADOS UNIDOS. Raul Fernandes, Ministro das Rela�es Exteriores do Brasil e Embaixador Herschel V. Johnson, pelo governo dos Estados Unidos. Assinado em 19 de dezembro de 1950.</p>	<p>Primeiro acordo de coopera�o técnica assinado pelo governo brasileiro.</p>	<p>Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1950/b_39/> Acesso em 09 de agosto de 2016.</p>

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL (PR)			
PR.01	DECRETO. Nº. 28.799/50, de 27 de outubro de 1950. Brasília, Presidente Eurico Gaspar Dutra. Revogado pelo Decreto no 65.476, de 21 de outubro de 1969.	Cria a Comissão Nacional de Assistência Técnica – CNAT. Primeiro órgão de coordenação da cooperação técnica no Brasil.	Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D28799impressao.htm > < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D28799.htm > Acesso em 15 de junho de 2015.
PR.02	DECRETO. Nº 34.596, de 16 de novembro de 1953.	Aprova o Regulamento do Ministério da Saúde, criado pela Lei de nº 1.920, de 25 de julho de 1953, e dá outras providências.	Disponível em: < http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decree/1950-1959/decreto-34596-16-novembro-1953-328248-publicacaooriginal-1-pe.html > Acesso em 15 ago.2015
PR.03	DECRETO Nº 45.660, de 30 de março de 1959. Brasília, Juscelino Kubitschek.	Dispõe sobre o funcionamento do Escritório Técnico de Coordenação dos Projetos e Ajustes Administrativos do Ponto IV.	Disponível em: < http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decree/1950-1959/decreto-45660-30-marco-1959-384928-publicacaooriginal-1-pe.html > (Acesso em 12 de outubro de 2015)
PR.04	DECRETO. Nº 55.041, de 19 de novembro de 1964. Brasília, Presidente Castelo Branco. Cria a Comissão de Assuntos Internacionais – CAI no Ministério da Saúde. Modificada pelo Decreto nº 61.519, de 12 de Outubro de 1967 (regula o afastamento de funcionários do MS para missão ou estudo no exterior).	Função de Assessoria Especial do Gabinete do Ministro de Estado e órgão de deliberação coletiva.	Disponível em: < http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decree/1960-1969/decreto-55041-19-novembro-1964-395355-publicacaooriginal-1-pe.html > Acesso em 13 de setembro de 2015.
PR.05	DECRETO. Nº. 54.251/64. De 02 de setembro de 1964. Brasília. Presidente Castelo Branco.Revogado pelo Decreto n 65.476 de 1969.	Reestrutura a Comissão Nacional de Assistência Técnica (CNAT). Passa a contar com um representante do Ministério da Saúde na Comissão.	Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D54251impressao.htm > Acesso em 15 de junho de 2015.

PR.06	DECRETO. Nº 56.979, de 1º de Outubro de 1965. Castelo Branco	Cria o “Conselho de Cooperação Técnica da Aliança para o Progresso” no Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica e dá outras providências.	< http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-56979-1-outubro-1965-397176-norma-pe.html >
PR.07	DECRETO. Nº 65.253, de 1º de Outubro de 1969. Brasília. Ministros da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica Militar. Augusto Hamann Rademaker Grünewald; Aurélio de Lyra Tavares; Márcio de Souza e Mello; Leonel Miranda; Hélio Beltrão.	Dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde. Extingue a Comissão de Assuntos Internacionais (CAI).	Disponível em: < http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-65253-1-outubro-1969-406648-publicacaooriginal-1-pe.html > Acesso em 13 de setembro de 2015.
PR.08	DECRETO. Nº 65.476, de 21 de outubro de 1969. Os Ministros da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica Militar. Hamann Rademaker Grünewald; Aurélio de Lyra Tavares; Márcio de Souza e Mello; José de Magalhães Pinto e Hélio Beltrão.	Dispõe sobre as atividades de cooperação técnica internacional e dá outras providências. Extinguiu a CNAT e o Escritório do Governo Brasileiro para a Coordenação do Programa de Assistência Técnica (Ponto IV), e as atribuições do referido Escritório passaram à Subsecretaria de Cooperação Econômica e Técnica Internacional (Subin) do Ministério do Planejamento e Coordenação Geral.	Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D65476impres-sao.htm > Acesso em 15 de junho de 2015.
PR.09	DECRETO. Nº 66.623, de 22 de Maio de 1970. Brasília. Presidente Emilio G. Médici. Dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde, e dá outras providências.	Cria a Coordenação de Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde com a função de apoio internacional.	Disponível em: < http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-66623-22-maio-1970-408086-publicacaooriginal-1-pe.html > Acesso em 13 de setembro de 2015.
PR.10	DECRETO. Nº 81.141, de 30 de Dezembro de 1977. Brasília, Ernesto Geisel. Dispõe sobre as atribuições da Coordenadoria de Assuntos Internacionais de Saúde – Cais e excluem-se da competência da Secretaria Geral (SG) do	Art. 1º. Fica criada, na estrutura básica do Ministério da Saúde, na condição de órgão de assistência direta e imediata ao Ministro de Estado , a Coordenadoria de Assuntos Internacionais de Saúde. Art. 2º. À Coordenadoria de Assuntos Internacionais de Saúde (Cais), órgão competente do Ministério da Saúde para tratar de cooperação técnica internacional, nos termos do Decreto nº 64.476, de 21 de outubro de 1969, cabe promover, coordenar, acompanhar e avaliar a cooperação técnica,	Disponível em: < http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-81141-30-dezembro-1977-430453-publicacaooriginal-1-pe.html > Acesso em 13 de setembro de 2015.

	Ministério da Saúde as funções pertinentes à cooperação técnica e intercâmbio internacional em assuntos de saúde	na área da saúde, com os organismos internacionais, governos ou entidades estrangeiras. Art. 3º. Face ao disposto nos artigos 1º e 2º excluem-se da competência da Secretaria Geral (SG) do Ministério da Saúde as funções pertinentes à cooperação técnica e intercâmbio internacional em assuntos de saúde, referidas no artigo 9º do Decreto nº 79.056, de 30 de dezembro de 1976.	
PR.11	DECRETO. Nº 94.973 de setembro de 1987. Presidente José Sarney. DOU – Seção 1 de 28/09/1987.	Aprova o Estatuto da Fundação Alexandre de Gusmão e cria a Agência Brasileira de cooperação com autonomia financeira.	Disponível em: < http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94973-25-setembro-1987-445492-publicacaooriginal-1-pe.html > Acesso em 21 de junho de 2015.
PR.12	DECRETO. Nº 109 de 02 de maio de 1991. Presidente Fernando Collor de Melo. DOU Nº84 – Seção 1 de 03/05/1991.	Aprova a estrutura Regimental do Ministério da Saúde e dá outras providências.	Disponível em: < http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=03/05/1991&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=64 > Acesso em 26 de julho de 2016.
PR.14	DECRETO. Nº 3.751, de 15 de fevereiro de 2001. Presidente Fernando Henrique Cardoso. Revogado pelo Decreto nº 5.151, de 22 de julho de 2004.	Dispõe sobre os procedimentos a serem observados pela Administração Pública Federal direta e indireta, para fins de gestão de projetos, no âmbito dos acordos de cooperação técnica com organismos internacionais.	Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D3751.htm > Acesso em 21 de junho de 2015.
PR.15	DECRETO. Nº 5.151, de 22 de julho de 2004. Presidente Luiz Inácio Lula da Silva.	Dispõe sobre os procedimentos a serem observados pelos órgãos e pelas entidades da Administração Pública Federal direta e indireta, para fins de celebração de atos complementares de cooperação técnica recebida de organismos internacionais e da aprovação e gestão de projetos vinculados aos referidos instrumentos.	Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2004/Decreto/D5151.htm > Acesso em 20 de junho de 2015.
PR.16	DECRETO. Nº 24.814 de 14 de julho de 1934.	Cria a Diretoria de Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República	
PR.17	LEI. Nº 378, de 13 de janeiro de 1937.	Cria o Serviço Antivenéreo das Fronteiras	

PR.18	DECRETO. Nº 45.660 de 1959	Cria o Escritório Técnico de Coordenação dos Projetos e Ajustes do Ponto IV.	
PR.19	<p>LEI Nº 7.486, de 06 de junho de 1986. Aprova as diretrizes do Primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento (PN D) da Nova República, para o período de 1986 a 1989, e dá outras providências. Brasília, junho de 1986. Presidente José Sarney.</p> <p>BRASIL. PLANO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO DA NOVA REPÚBLICA: 1986-89.</p>	<p>No capítulo das relações exteriores, o plano define política externa como expressão da vontade nacional, em estreita sintonia com a política interna, e conduto para o desenvolvimento sustentado e harmônico, a partir do recebimento indispensável dos aportes externos nos diferentes campos.</p> <p>Era dever intensificar os contatos com os organismos multilaterais, com vistas a estender as atividades de cooperação em campos específicos, sem prejuízos as atividades de cooperação bilateral. Previa o fortalecimento financeiro dos seguintes programas considerados prioritários: promoção comercial; cooperação técnica; cooperação científica e tecnológica; intercâmbio cultural; informática; questões econômico-financeiras; incentivo ao turismo.</p> <p>Quanto à cooperação técnica, o incentivo deveria ser, sobretudo, “naquelas áreas em que o aporte de participações bilaterais e multilaterais tenha particular significado para consolidação e abertura de potencialidades no âmbito regional e sub-regional. Será dada especial ênfase à cooperação com os países latino-americanos e africanos, tendo-se presente, inclusive, as afinidades geográficas, históricas e culturais” (p. 260-261).</p>	<p>Disponível em: <file:///C:/Users/tlima/Downloads/T%20%20Plano%20Nacional%20de%20Desenvolvi-mento%20da%20Nova%20Rep%C3%BA-blica%201986-1989_PDF_OCR.pdf> >Acesso em 28 de outubro de 2015.</p>

CENTRO INTERNACIONAL DE COOPERAÇÃO TÉCNICA EM HIV/AIDS – CICT			
CICT.01	<p>INFORME. Brasília, 2007/2008.</p> <p>Laços SUL-SUL. Apoiando a resposta ao HIV por meio da cooperação Sul-Sul.</p>	<p>Apresenta um breve histórico sobre a iniciativa Laços Sul-Sul e alguns resultados por país, atribuídos à iniciativa, por ano (2004: Primeira Reunião no Brasil; 2005: Segunda Reunião no Brasil; fevereiro de 2007: Terceira Reunião em Cabo Verde; novembro de 2007: quarta reunião no Paraguai).</p> <p>Apesar de contemplar a Logo do Cict. O Centro não é mencionado como parceiro.</p> <p>Países participantes em 2004: Brasil, Bolívia, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Paraguai, São Tomé e Príncipe e Timor Leste. Em 2005 a Nicarágua aderiu a aliança.</p> <p>Organismos Internacionais participantes: Unaid; Unicef E Unfpa.</p> <p>Informa que em 2005 o Cict ficou encarregado de coordenar a iniciativa.</p>	<p>Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/07_08_LSSBooklet.pdf> Acesso em 30 de maio de 2015.</p>
CICT.02	<p>FOLDER. Centro Internacional de Cooperação Técnica (Cict): estabelecendo parcerias e fortalecendo respostas à epidemia de Aids. Publicação do Ministério da Saúde e do Unaid. Sem data.</p>	<p>Material de divulgação do Cict.</p> <p>Traz a descrição do Centro (definição), Propósito; objetivos específicos; parceria com agencias da ONU e outras organizações internacionais:</p>	<p>Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002923.pdf> Acesso em 28 de agosto de 2015.</p>
CICT.03	<p>RELATÓRIO. A Cooperação sul-sul no contexto da epidemia de AIDS em países em desenvolvimento: Três anos do Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/AIDS. Março de 2008.</p>	<p>Descreve as atividades coordenadas pelo Cict de janeiro de 2005 à dezembro de 2007. Apresenta atividades por país, por iniciativa e eventos que foram promovidos pelo Centro no período.</p>	<p>Arquivo Cict.</p>
CICT.04	<p>RELATÓRIO. Atividades do Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/AIDS. 2009.</p> <p>Conjunto de atividades do Cict em 2008-2009.</p>	<p>Não segue o formato do primeiro relatório, porque além das atividades traz conteúdo analítico. Traz a descrição sobre o arranjo de cooperação do Centro, a operacionalização das atividades por país, aspectos relacionados a visibilidade e críticas sobre a cooperação prestada.</p>	<p>Arquivo Cict.</p>

CICT.05	RELATÓRIO. Josué Nunes, Técnico do Cict. 2010.	Relato Sobre o Grupo Internacional de Referência (IRG); os encontros do IRG; Sobre a avaliação externa e decisões tomadas pelo Cict; descrição das atividades do e proposta de reestruturação. Documento contendo descrição das principais recomendações do Grupo Internacional de Referência (Comitê Consultivo do Cict), em 2009 e providências adotadas pela diretoria do Cict para o atendimento dessas recomendações.	Arquivo Cict.
CICT.06	ATA. Oficina de Planejamento do Cict. Hans-Jurgen Fiege, moderador contratado pela GTZ. 04 de agosto de 2005.	Relato sobre a Oficina de planejamento que envolveu atores o Cict, Coopex, GTZ e Un aids.	Arquivo Cict.
CICT.07	ATA. Reunião entre GTZ e Programa Nacional de DST/Aids. Definição do Projeto de Cooperação Bilateral GTZ-PN Aids. 02 de dezembro de 2005.	Proposta elaborada pela equipe de consultores da GTZ, a partir de entrevista com atores de diferentes instituições brasileiras.	Arquivo Cict.
CICT.08	RELATÓRIO. <i>Independent Evaluation of International Center For Technical Cooperation on HIV/AIDS (ICTC).</i> Lynne Elliott, Carmen Maroto Camino, Eleonora Tasco and Mohsin Sidat. Liverpool Associates in Tropical Health. Dezembro de 2009.	Relatório da Avaliação externa do Cict, realizada no Segundo semestre de 2009.	Arquivo Cict.
CICT.09	RELATÓRIO. Metavaliação da Avaliação Independente do Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV e AIDS. Marly Marques da Cruz. Pesquisadora do Departamento de Endemias Samuel Pessoa (Densp/Fiocruz) Doutora em Saúde Pública Especialista em Monitoramento e Avaliação. Fevereiro de 2010.	Relatório da Metavaliação da avaliação independente do Cict.	Arquivo Cict.

CICT.10	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO Cict. 2005-2010.	Documento que apresenta as atividades de cooperação coordenadas pelo Cict entre os anos 2005-2010, dentro das linhas de cooperação do Cict. As atividades de cooperação bilateral são distribuídas em quadros por país e região. A apresentação da cooperação multilateral é feita por blocos, quando se trata de Laços Sul-Sul e cooperação com a CPLP e Caricom, e por tema, no tocante as “fronteiras”, “políticas públicas sobre prevenção e educação sexual” nas escolas e jovens em situação de rua. Há uma linha de apresentação de atividades chamado “cooperação como um eixo de articulação”, onde estão distribuídas as ações relacionadas à rede de Pastorais da igreja católica para Aids na América Latina e Caribe; à rede de prevenção de DST/Aids nas forças armadas; às sessões especiais da ONU – Ungass e à provisão de apoio para a elaboração de propostas governamentais ao Fundo Global.	Arquivo Cict.
CICT.11	RELATÓRIO. “Panorama atual dos projetos de cooperação técnica”. Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais. Junho, 2011.	Dados das ações de cooperação conduzidos pelo Departamento Nacional .	Arquivo Cict.
CICT.12	Plano operacional de elaboração do projeto do Cict, 2004. Equipe técnica da ACI.	Cronograma de trabalho para conclusão do projeto do Cict e posterior aplicação para obter recursos de Unaid	Arquivo Cict.
CICT. 13	Projeto do para o novo arranjo do Cict. Equipe do Cict-ACI. 2010.	Projeto técnico do Cict	Arquivo Cict.
CICT.14	Ajuda Memória. Reunião IRG, 12 março de 2010.	Reunião presidida pelo Dr. Dirceu Greco, convidado pelo <i>IRG</i> por ser membro de uma das instituições credenciadas pelo Cict, a UFMG. O documento apresenta um apêndice com a composição do IRG e informa todos os momentos em que o IRG se reuniu: 1. Rio de Janeiro (16 Nov. 2006), criação do IRG. 2. Buenos Aires (17Abr. 2007), gerência de sistema e banco de dados. 3. São Paulo (28 mar. 2008), revisão do termo de referência e apresentação do relatório do Cict. São Paulo (12 Mar 2010), Apresentação do Relatório de Atividades do CIC, do relatório da Avaliação Externa, novas propostas e próximos passos.	Arquivo Cict.

CICT.15	Parâmetros de execução do Cict	Documento com os valores de referencia para elaboração de termos de referência e contratos de serviços com os recursos do Cict.	Arquivo Cict.
CICT.16	AJUDA MEMÓRIA. Reunião de revisão do projeto do Cict. Fase II, 06 fev. 2009	Discussão sobre utilização dos recursos remanescentes do Cict no ano de 2009. Definição da avaliação externa.	Arquivo Cict.
CICT.17	AJUDA MEMÓRIA. Reunião para elaboração do Plano de Trabalho do Cict para 2009.	Discussão sobre a para utilização dos recursos remanescentes de 2009. Operacionalização do edital para contratação da instituição que faria avaliação externa.	Arquivo Cict.
CICT.18	PLANO DE TRABALHO. Atividades previstas para o Cict em2009.	Plano operacional para utilização dos recursos de 2009	Arquivo Cict.

GRUPO DE COOPERACIÓN TÉCNICA HORIZONTAL SOBRE DST/HIV DA AMÉRICA LATINA E DO CARIBE (GCTH)

GCTH.01	ESTATUTO. Assinado pelos coordenadores /diretores dos programas de VIH/SIDA e outras DST da Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai, Venezuela y Belize.	Institui as normas de funcionamento e procedimentos do Grupo de Cooperação Técnica Horizontal sobre DST, HIV/Aids da América Latina e do Caribe (GCTH). Ver página p. 02	Disponível em: < http://gcthsida.org/wp-content/uploads/2015/04/Estatuto_GCTH.pdf > Acesso em: 28 de junho de 2015.
---------	--	---	--

Apêndice 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM INFORMANTES-CHAVE

Apresentação

O objetivo geral da pesquisa é analisar a trajetória da cooperação Sul-Sul do Brasil em HIV/AIDS no período 2002-2014, seus eixos articuladores e abrangência mundial, e suas possíveis relações com a política externa brasileira.

1. Os documentos apontam, sem muita precisão, que a Coopex foi organizada antes de 1999 e a ACI entre 2004 e 2005. Entretanto, existe falta de informação organizada. Sendo assim, pergunto:

- 1.1 O que motivou a criação da Coopex e em que momento isso aconteceu?
- 1.2 Por que mudou o nome para a ACI e quem influenciou nessa mudança?
- 1.3 Houve interferência do Acordo AIDS III do Banco Mundial nessa alteração? A Aisa, ou o MRE, participaram dessa decisão?
- 1.4 Como foi o processo de criação/organização da Coopex? (Estrutura, financiamento para contratação de técnicos, processos de trabalho). Que organismos ou instituições participaram dessa estruturação?
- 1.5 No Acordo AIDS III do Banco Mundial (2002) havia a condicionalidade de que o PN deveria implementar um Sistema de Monitoramento e Avaliação? Essa condição foi implementada?
- 1.6 Houve algum impacto dessa decisão nos processos de cooperação Sul-Sul do PN?

2. A partir dos anos 1990, com os Acordos de financiamento do Banco Mundial, o PN-DS/Aids iniciou uma parceria com as agências das Nações Unidas que envolvia tanto a prática da execução nacional de projetos em HIV/Aids (Prodocs), como também o apoio às primeiras ações de cooperação internacional do Programa com outros países em desenvolvimento.

- 2.1 Como era a relação dos atores do PN-DST/Aids com a OMS, no final dos anos 1980 e nos anos 1990?
- 2.2 Como era a relação dos atores do PN-DST/Aids com o Unids nos anos 1990 e nos anos 2000?
- 2.3 Houve participação da Aisa e do MRE na elaboração das estratégias de cooperação internacional do PN-DST/Aids nos anos 1990?
- 2.4 Qual o papel do GCTH na construção e execução da cooperação Sul-Sul do Brasil em HIV/Aids?
- 2.5 Houve participação da Aisa e do MRE na elaboração do PCI entre 2000 e 2002?
- 2.6 Houve participação das agências internacionais na definição dos conteúdos da cooperação internacional que foi executado pelo PN-DST/Aids entre 2002-2014? De que forma?
- 2.7 Como os conteúdos da cooperação eram definidos?
- 2.8 Houve participação da Aisa e do MRE na decisão e elaboração do projeto do Cict no período pós 2003?
- 2.9 Que instituições, organizações, pessoas participaram diretamente da elaboração do PCI e do projeto de criação do Cict?
- 2.10 A relação com essas agências internacionais (e outras?) teve algum impacto (positivo ou negativo) nos processos de cooperação Sul-Sul do PN-DST/Aids?

2.11 Houve participação do Brasil na elaboração das principais políticas de cooperação internacional em HIV/Aids dessas organizações — “3X5” da OMS e “Três Uns” de Unaid’s?

3. Em 2005 foi firmado um acordo interministerial do MS com o MRE para fortalecer a governança da cooperação Sul-Sul em saúde e foi instalada uma Comissão de Coordenação formada por membros do MS e do MRE. Nela, o PN-DST/AIDS estava representado.

3.1 Qual o papel dessa Comissão para a prática da cooperação Sul-Sul do Brasil em HIV/AIDS? Que temas eram discutidos e com que frequência?

4. Os documentos mostram que houve ampliação geográfica e temática da cooperação brasileira a partir de 2004 e que após 2010 não foram abertas mais frentes de cooperação.

4.1 O sr.(a) concorda com essa afirmação?

4.2 Caso sua resposta seja positiva, a que o senhor(a) atribui essas mudanças?

4.3 Quais os principais temas da cooperação Sul-Sul do Brasil em HIV/Aids entre os anos 2002 e 2014?

4.4 Qual a sua opinião sobre a agenda de cooperação Sul-Sul do PN-DST/Aids entre 2002 e 2014? Houve avanços ou retrocessos? Quais os principais resultados e desafios?

5. O(A) sr.(a) poderia indicar ou fornecer algum documento ou bibliografia que poderia aprimorar o meu trabalho de pesquisa?

Apêndice 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado Senhor (a),

O(A) Sr.(a) está convidado(a) para participar da pesquisa de doutorado “**Análise da cooperação Sul-Sul do Brasil em HIV/Aids entre 2002 e 2014**”, que integra o estudo “Diplomacia em Saúde Global: O caso do Brasil”, sob orientação da Dra. Celia Almeida, na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), e foi selecionado(a) por ser um(a) agente relevante na área de cooperação internacional em HIV/Aids, saúde global, relações internacionais e diplomacia em saúde no Brasil.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a trajetória da cooperação Sul-Sul do Brasil em HIV/Aids no período 2002-2014, seus eixos articuladores e abrangência mundial, e suas possíveis relações com a política externa brasileira. Sua participação consistirá em conceder uma entrevista de aproximadamente 60 minutos, organizada a partir de um roteiro prévio e que será gravada em áudio pela própria doutoranda mediante a sua explícita autorização por escrito. As informações obtidas para esta pesquisa serão tratadas como confidenciais e serão divulgadas de forma agregada, em relatórios e publicações, impossibilitando a identificação dos entrevistados a partir de informações específicas. Entretanto, seu nome será listado nos relatórios da pesquisa (parciais e final). A garantia de sigilo será assegurada tanto pela forma de citação de suas opiniões, sem qualquer identificação (colocando-se apenas E1, E2 etc.), quanto pela guarda dos questionários e das transcrições das entrevistas de forma segura e sem acesso público por um período de 05 anos, na Ensp/Fiocruz, sob a guarda da coordenação e da equipe nacional de pesquisa. Por outro lado, seu nome poderá ser citado nas publicações da pesquisa somente se explicitamente autorizado. Os eventuais riscos de sua participação (tal como de constrangimento) serão minimizados ao máximo pela entrevistadora, que será a própria doutoranda.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento o(a) Sr.(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Além disso, o(a) Sr.(a) pode se recusar a responder qualquer pergunta do roteiro da entrevista. A participação na pesquisa não trará nenhum benefício individual e a recusa em participar também não trará qualquer prejuízo na sua relação com a instituição que promove a pesquisa ou com os pesquisadores. No entanto, é de fundamental importância a sua participação, pois as informações fornecidas servirão para melhor entender o processo de desenvolvimento da diplomacia em saúde brasileira. Qualquer eventual gasto seu decorrente da participação na pesquisa terá ressarcimento pelo projeto.

Em caso de dúvidas pedimos que a esclareça diretamente com a doutoranda, Thaísa Santos Lima, no telefone (0XX61) 99177-4180 ou pelo e-mail <thasantoslima@gmail.com> ou com a orientadora, e responsável pela pesquisa, Dra. Celia Almeida, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), da Fiocruz, nos telefones (0XX21) 2598-2383 ou (0XX21) 99943-5458, ou pelo e-mail <calmeida@ensp.fiocruz.br> ou <celia.aalmeida09@gmail.com>.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp/Fiocruz. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo

que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Os contatos são: tel e fax - (0XX) 21- 25982863; e-mail <cep@ensp.fiocruz.br>; <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>>. Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fiocruz, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 21041-210

Uma via desta declaração deve ficar com o(a) Sr.(a) e a outra (devidamente assinada) ficará com a coordenação da pesquisa na Ensp/Fiocruz.

O banco de dados gerado por esta pesquisa (levantamentos bibliográfico e documental do Estudo de caso do Brasil) será utilizado para um estudo multicêntrico sobre o mesmo tema, que envolve outros três países – Canadá, México e Chile – de forma a possibilitar comparações entre os países e elaboração de marcos teóricos de análise sobre o assunto. Os dados dos informantes-chave (entrevistados e participantes de grupos focais) serão anonimizados nesse banco.

Nome _____ do(a) _____ entrevistado _____ (a):

“Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar, caracterizando, assim, que fui suficientemente esclarecido(a) e, portanto, dou meu consentimento de forma livre”.

Assinatura do Entrevistado (a)

Data

“Autorizo a gravação durante o processo da entrevista”.

SIM NÃO

“Autorizo a citação do meu nome como entrevistado, caso necessário, depois de informado sobre o conteúdo da citação e tê-lo aprovado”.

SIM NÃO

Nome do Pesquisador(a):

Assinatura do Pesquisador(a)

Data

Apêndice 4

LISTA DOS ENTREVISTADOS: NOME (ORDEM ALFABÉTICA); DATA DA ENTREVISTA; CARGO/FUNÇÃO, INSTITUIÇÃO

Nome	Data da entrevista	Cargo/Função ocupada durante o período pesquisado	Cargo ou instituição onde atuava no momento da entrevista
Alexandre Grangeiro	23/03/2017	Profissional do PN-DST/Aids de 1999 a 2004. Diretor do PN-DST/Aids de 2003 a 2004.	Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP.
Carlos Passarelli	07/04/2017	Assistente de projetos na Abia e coordenador do GTPI/Rebrip de 2003 a 2005. Profissional do PN-DST/Aids de 2005 a 2010 nas funções de Diretor Adjunto (2006 a 2008) e chefe da ACI e do Cict de 2005 a 2010.	Técnico de Unaid (Sede do escritório em Genebra)
Dirceu Greco	24/03/2017	Médico e Professor Titular da Faculdade de Medicina da UFMG desde 1991 e membro da Cn aids. Diretor do Departamento de Aids de 2010 a 2013.	Professor da UFMG e membro da Cn aids
Eduardo Botelho Barbosa	27/03/2017	Diplomata. Chefiou a Aisa de 2007 a 2012.	Embaixador do Brasil em Argel, Argélia.
Josué Nunes	16/03/2017	Profissional do PN-DST/Aids entre os anos 1992 e 2000. Técnico da Unesco de 2000 a 2004. Técnico da ACI-Cict de 2004 a 2010.	Técnico da ABC
Mariângela Batista Galvão Simão	20/03/2017	Profissional do PN-DST/Aids de 2004 a 2010 nas funções de Chefe da ACI, Diretora Adjunta e Diretora do PN-DST/Aids (2007 a 2010).	Chefe da Divisão de Prevenção, Vulnerabilidade e Direitos do Departamento de Evidência e Resultados da Unaid (Sede do escritório em Genebra).
Marco Farani	24/03/2017	Diplomata. Diretor da ABC de 2008 a 2012.	Consul do Brasil em Tóquio, Japão.
Mauro Teixeira	21/03/2017	Profissional da ABC nos anos 1990. Profissional da Coopex e posteriormente ACI do PN-DST/Aids de 1998 a 2009. Coordenador da Divisão de Projetos da Aisa de 2009 a 2013.	Técnico da área de cooperação internacional no Departamento de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais.
Paulo Roberto Teixeira	20/03/2017	Profissional do PN-DST/Aids nos anos 1990. Coordenador do PN-DST/Aids de 2000 a 2003	Médico no Centro de Referência e Treinamento DST/Aids da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo
Pedro Chequer	16/03/2017	Diretor do PN-DST/Aids de 1996 a 2000 e de 2004 a 2006. Representante de Unaid na Argentina para o Cone Sul e em Moçambique entre os anos 2000 e 2004 e representante do escritório de Unaid no Brasil entre 2007 e 2013.	Aposentado
Tatiana Alencar	30/03/2017	Profissional do PN-DST/Aids de 2007 a 2009 (área de atenção e tratamento). Técnica da Aisa de 2009 a 2012. Técnica do Unfpa em 2013. Técnica da Sesai/MS em 2014 e Chefe da área de cooperação internacional do Departamento de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais entre 2014 e 2015.	Técnica da área de atenção e tratamento da no Departamento de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais.

Apêndice 5

Parecer final de aprovação do projeto pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) – Carta nº 07/2016 – CEP/ENSP



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 07 de novembro de 2016.

Carta nº 07/2016 - CEP/ENSP

DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto intitulado *Diplomacia em Saúde Global: O estudo de caso do Brasil. Integra estudo multicêntrico sobre a integração da saúde na política externa, envolvendo quatro países (Canadá, Brasil, México e Chile)*, de CAAE 46074715.4.0000.5240, financiado pela Universidade de Ottawa, coordenado pela pesquisadora Celia Maria de Almeida, foi submetido ao sistema CEP/CONEP por meio da Plataforma Brasil, tendo recebido parecer final de aprovação emitido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em 10 de setembro de 2016, com número 1.717.292.

Atenciosamente,

Carla Lourenço Tavares de Andrade
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

Carla Lourenço Tavares de Andrade
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP
Tel.: 1355049

Apêndice 6

DISTRIBUIÇÃO DAS INICIATIVAS REGIONAIS DE COOPERAÇÃO SUL-SUL DO BRASIL EM HIV/AIDS, POR PAÍSES OU REDES ENVOLVIDAS E PERÍODO DE EXECUÇÃO.

Nº	INICIATIVAS REGIONAIS EIXOS ARTICULADORES DA COOPERAÇÃO	PAÍSES/REDES	PERÍODO
1.	“Fortalecimento da Rede Latino Americana de Pastorais da Aids ”	Argentina, Chile, Colômbia, Equador, Guatemala, El Salvador, Panamá, Peru, México, Paraguai, Rep. Dominicana, Timor Leste, Uruguai.	2005 – 2008
2.	“Fortalecimento da capacidade do Comitê de Prevenção e controle de Prevenção e Controle do HIV/AIDS das Forças Armadas e Policias da AL e Caribe (Coprecos)”	Belize, Chile, Colômbia, El Salvador, Equador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Peru, Ucrânia, Rep. Dominicana, Uruguai.	2006-2007
3.	“Monitoramento dos Direitos Sexuais e Reprodutivos nos Planos Nacionais de Combate a AIDS – Ungass. ” Apoio da Fundação Ford.	África do Sul, Argentina, Belize, Chile, Índia, Indonésia, México, Nicarágua, Peru, Quênia, Tailândia, Ucrânia, Uganda, Uruguai, Venezuela.	2007
4.	“Apoio para elaboração de propostas governamentais e da sociedade civil organizada (ONGs e Redes de populações mais vulneráveis) para aprovação de recursos no Fundo Global ”.	Nicarágua, Peru, Bolívia, Angola e Timor Leste.	2008-2009
5.	“Fortalecimento da Promoção dos direitos humanos das pessoas que vivem com HIV e AIDS na América Latina e Caribe”	Latin American and Caribbean Council of AIDS Service Organizations (LACCASO)	2008
6.	“Fortalecimento da agenda de combate à homofobia nos países da América Latina”	Argentina, Brasil, Colômbia, Equador, EUA, México, Panamá, Peru e República Dominicana.	2008
7.	“ Fortalecimento dos sistemas nacionais para a aquisição e logística de insumos estratégicos” Apoio técnico: Fundação Clinton, Opas e Unfpa	Países da Região	2008
8.	“Harmonizar e integrar vários bancos de dados em pesquisa clínica de HIV realizados na Argentina, Brasil, México e Peru”.	Argentina, Brasil, México e Peru.	2008
9.	“ Consulta regional sobre trabalho sexual na América Latina e Caribe”. Levantamento de informação e conteúdo para subsidiar estratégia regional.	Representantes de governos e de ONGs da América Latina e Caribe	2007
10.	Apoio à elaboração do Guia para ações estratégicas contra homofobia, transfobia e lesbofobia, com finalidade de diminuir a discriminação baseada na orientação sexual e de gênero.	Representantes de governos (GCTH) e de ONGs da América Latina e Caribe	2006

11.	“ Consulta Global sobre trabalho sexual”. Levantamento de informação e conteúdo para subsidiar a estratégia global.	Representantes de governos e de ONGs de diferentes países.	2006
12.	“ Consulta Regional sobre Acesso Universal para a prevenção ao HIV/Aids e tratamento na América Latina”. Discussão sobre a “Iniciativa do Acesso Universal”, de Unaid e sua aplicação na Região, incluindo revisão e adaptação de planos estratégicos nacionais; estabelecer recomendações sobre possíveis lacunas nos níveis nacionais e regional; e estabelecer metas e compromissos regionais no que diz respeito ao acesso universal, levando em consideração os contextos nacionais.	Representantes de governos e de ONGs de diferentes países.	2006
13.	Reunião de promoção e implementação dos Três Princípios – <i>Fostering Country Ownership and Leadership: implementation of Three Ones</i> : reforçar a implementação dos três uns, por meio da discussão do Grupo de Trabalho Global, do levantamento crítico das medidas implementadas e o estabelecimento de novos planos de ação concernentes a prioridades regionais.	Argélia, Brasil, Guatemala, Guiana, Honduras, Índia, Mali, Nigéria, Quênia, Rússia, Senegal, Tailândia, Ucrânia e Zâmbia.	2005
14.	Apoio ao Grupo de Cooperação Técnica em HIV/Aids da América Latina e Caribe (GCTH) : no período de atuação do Cict foram vários encontros e é importante ressaltar a revisão das estratégias e busca de alternativas para projetos do Fundo Global. Nela, foram identificados vários obstáculos para implementação de projetos de cooperação elaborados pelos países, assim como foram definidas as áreas temáticas que haveria maior necessidade do apoio técnico do Cict.	Países parte do Grupo de Cooperação Técnica Horizontal da AL e Caribe em DST/Aids (GCTH).	2005-2010
15.	Apoio à organização do 7º Encontro da ICW (Comunidade Internacional de Mulheres Vivendo com HIV/Aids) para América Latina e Caribe e 1º Congresso de Mulheres, Meninas e Adolescentes Vivendo com HIV.	Representantes de governos e de ONGs de diferentes países.	2006
16.	Realização de Oficina de trabalho sobre <i>advocacy</i> e participação política conduzida pelas ONGs brasileiras Gapa (Grupo de Apoio e Prevenção à Aids) e Gestos. Teve como objetivo promover o envolvimento da sociedade civil no âmbito da produção local de medicamentos e propriedade intelectual.	Representantes de governos e de ONGs de diferentes países.	2006

17.	Realização de Oficina de trabalho com líderes comunitários. Evento conduzido pela instituição credenciada LACASSO (<i>Latin American and Caribbean Council of Aids Service Organizations</i>) e a iniciativa “ <i>One World, One Fight</i> ”. Objetivo de promover o tema de direitos de propriedade intelectual e acesso à saúde.	Representantes de governos e de ONGs de diferentes países.	2006
18.	Realização de Oficina de Trabalho com líderes comunitários e representantes da sociedade civil. Evento conduzido pela instituição credenciada Abia, sobre o tema comércio internacional e direitos humanos – Acesso a Medicamentos.	Representantes de governos e de ONGs de diferentes países.	2006
19.	Oficina de Trabalho com líderes comunitários e representantes de homens gays e transgêneros da sociedade civil organizada. Evento conduzido pela ASICAL (<i>Asociación Salud Integral y Ciudadanía de América latina.</i>), com participação de duas instituições brasileiras credenciadas: Grupo Dignidade e Grupo Arco-Íris.	Representantes de governos e de ONGs de diferentes países.	2005

Apêndice 7.

DISTRIBUIÇÃO DAS PROPOSTAS DE COOPERAÇÃO SUL-SUL BI, TRI E MULTILATERAIS POR PAÍS (EM ORDEM ALFABÉTICA) E PERÍODO DE EXECUÇÃO.

N	PAÍS	PROJETOS/PROGRAMAS/PLANOS OPERATIVOS	PERÍODO DE EXECUÇÃO
1	África do Sul	BILATERAL. Atividades Pontuais. Duas missões de estudo e intercâmbio de experiências entre atores da resposta nacional brasileira (governo) e da África do Sul. A ida da delegação brasileira a Pretória em 2008 foi financiada pelo governo sul-africano. E o recebimento da missão sul-africana dois anos depois foi financiado pela ABC. O projeto de cooperação não foi assinado.	2008-2010
2	Argentina	MULTILATERAL. “Harmonização de Políticas para Educação Sexual, a prevenção do HIV/AIDS e drogas no ambiente escolar”.	2007-2009
		MULTILATERAL. “Fortalecimento dos programas de prevenção, vigilância, assistência integral e direitos humanos em DST/HIV/AIDS em cidades de fronteira do Mercosul”.	2006-2010
		MULTILATERAL. “Prevenção, Atenção e Apoio nos espaços fronteiriços dos países do Mercosul”. Termo de Cooperação entre países e a Opas (TCC Fronteiras Mercosul), executado através da Comissão Intergovernamental de AIDS do Mercosul .	2011-2013
		BILATERAL. Atividades Pontuais. Três missões de estudo e intercâmbio de experiências entre atores da resposta nacional brasileira (governo e sociedade civil) e da Argentina (quatro delegados).	2009
3	Barbados	BILATERAL Atividade Pontual. Missão de estudo e intercâmbio de experiências entre atores da resposta nacional brasileira (governo e sociedade civil) e de Barbados (quatro delegados).	2009-2010
4	Bolívia	BILATERAL. “Prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis, vírus de deficiência imunológica humana e a síndrome de imunodeficiência adquirida (DST/HIV/AIDS) na Bolívia”.	2003
		PCI - Fase I: Programa de Cooperação Internacional para Ações de Prevenção e Controle de HIV/AIDS para países em desenvolvimento.	2002
		PCI – Fase II: Programa de Cooperação Internacional para ações de prevenção e controle do HIV/AIDS para países em desenvolvimento – Rede Laços Sul-Sul	2004 (Em execução)
		BILATERAL. Plano Operativo com apoio do Dfid/Opas/GTZ	2006-2008
		MULTILATERAL. “Fortalecimento dos programas de prevenção, vigilância, assistência integral e	2006-2010

		direitos humanos em DST/HIV/AIDS em cidades de fronteira do Mercosul”.	
		MULTILATERAL. “Respondendo as vulnerabilidades de Jovens em Situação de Rua: a cooperação Sul-Sul como eixo de articulação”.	2008-2010
		BILATERAL. “Fortalecimento da Atenção integral e Vigilância Epidemiológica das DST/HIV-AIDS na Bolívia”.	2009-2013
5	Botswana	BILATERAL. “Fortalecimento da estrutura estratégica nacional para HIV/AIDS”	2009-2013
6	Burkina Fasso	PCI - Fase I: Programa de Cooperação Internacional para Ações de Prevenção e Controle de HIV/AIDS para países em desenvolvimento. OBS: Único projeto do PCI – Fase I que continuou com doações até 2012 e que tem como interlocutora das doações uma ONG (<i>Association Afrique Solidarité</i>).	2002-2012
7	Cabo Verde	PCI – Fase II: Programa de Cooperação Internacional para ações de prevenção e controle do HIV/AIDS para países em desenvolvimento – Rede Laços Sul-Sul	2004 (Em execução)
8	Cazaquistão	BILATERAL. Atividade Pontual. Missão de estudo e intercâmbio de experiências entre atores da resposta nacional brasileira (governo e sociedade civil) e do Cazaquistão (quatro delegados).	2010
9	Caricom Pancap	PCI – Fase II: Programa de Cooperação Internacional para ações de prevenção e controle do HIV/AIDS para países em desenvolvimento – Rede Laços Sul-Sul.	2007 (Em execução)
10	Chile	MULTILATERAL. “Harmonização de Políticas para Educação Sexual, a prevenção do HIV/AIDS e drogas no ambiente escolar.”	2007-2009
11	China	BILATERAL. Atividade Pontual. Duas Missões de estudo e intercâmbio de experiências entre atores da resposta nacional brasileira (governo e sociedade civil) e da China (11 delegados).	2009
		MULTILATERAL “Fortalecimento dos programas de prevenção, vigilância, assistência integral e direitos humanos em DST/HIV/AIDS em cidades de fronteira do Mercosul”.	2006-2010
		MULTILATERAL “Respondendo as vulnerabilidades de Jovens em Situação de Rua: a cooperação Sul-Sul como eixo de articulação”.	2008-2010
		PCI - Fase I: Programa de Cooperação Internacional para Ações de Prevenção e Controle de HIV/AIDS para países em desenvolvimento.	2002-2004
		BILATERAL. Continuidade das ações de Capacitação do PCI: “Fortalecimento das ações de Tratamento”.	2005-2006
13	Costa Rica	BILATERAL. Atividade Pontual. Missão de estudo e intercâmbio de experiências entre atores da	2009

		resposta nacional brasileira (governo) e da Costa Rica.	
14	Congo	BILATERAL. "Apoio ao Programa de Luta contra a AIDS na República do Congo"	2008
15	CPLP	MULTILATERAL. Plano Operativo para fortalecimento das respostas nacionais nas áreas de: combate à feminização da epidemia de AIDS, construção de capacidades do setor saúde e de outros setores; consolidação de um espaço de diálogo entre os países para definição das prioridades de cooperação entre os mesmos.	2008 (Em execução)
16	El Salvador	BILATERAL. Plano Operativo com apoio do DFID/OPAS/GTZ	2006-2008
		PCI - Fase I: Programa de Cooperação Internacional para Ações de Prevenção e Controle de HIV/AIDS para países em desenvolvimento.	2002-2004
17	Equador	BILATERAL. Plano Operativo com apoio do DFID/OPAS/GTZ	2006-2008
18	Gana	BILATERAL. "Fortalecimento das ações de combate ao HIV /AIDS em Gana".	2009-2014
19	Guatemala	BILATERAL. Plano Operativo com apoio do DFID/GTZ	2006-2008
20	Guiana Francesa	BILATERAL. Agenda de Cooperação bilateral executada no marco do Projeto Brasil-França	2009 (Em execução)
21	Guiné Bissau	PCI – Fase II: Programa de Cooperação Internacional para ações de prevenção e controle do HIV/AIDS para países em desenvolvimento – Rede Laços Sul-Sul	2004 (Em execução)
		BILATERAL. "Fortalecimento do combate ao HIV/AIDS na Guiné Bissau"	2012 (Em execução)
		BILATERAL. "Apoio na área de Diagnóstico e outras doenças infecciosas em Guiné-Bissau"	2011 (Em execução)
22	Honduras	BILATERAL. Plano Operativo com apoio do DFID/OPAS/GTZ	2006-2007
23	Libéria	BILATERAL. Atividade Pontual. Missão de prospecção e intercâmbio de experiências entre governo brasileiro e o governo da Libéria, para elaboração de projeto de cooperação em DST/AIDS. Participação da ABC. Projeto não assinado entre as contrapartes.	2009
24	Moçambique	PCI - Fase I: Programa de Cooperação Internacional para Ações de Prevenção e Controle de HIV/AIDS para países em desenvolvimento.	2002-2004
		BILATERAL. Projeto "Ntwanano"	2003-2005
		BILATERAL. Projeto "Estamos Juntos": políticas sociais, promoção da saúde sexual e reprodutiva e prevenção das DSTs /AIDS", fortalecimentos dos Programas "Saúde e Prevenção das Escolas", do Brasil, e "Geração Biz", de Moçambique.	2007-2008

		BILATERAL. Projeto “Consolidação Agência SIDA de notícias em Moçambique”.	2008
25	Nicarágua	PCI – Fase II: Programa de Cooperação Internacional para ações de prevenção e controle do HIV/AIDS para países em desenvolvimento – Rede Laços Sul-Sul	2005 (Em execução)
		BILATERAL. Plano Operativo com apoio do DFID/OPAS/GTZ	2006-2008
26	Paraguai	PCI - Fase I: Programa de Cooperação Internacional para Ações de Prevenção e Controle de HIV/AIDS para países em desenvolvimento.	2002-2004
		PCI – Fase II: Programa de Cooperação Internacional para ações de prevenção e controle do HIV/AIDS para países em desenvolvimento – Rede Laços Sul-Sul	2004 (Em execução)
		BILATERAL. Plano Operativo com apoio do DFID/OPAS/GTZ	2005-2007
		MULTILATERAL. “Harmonização de Políticas para Educação Sexual, a prevenção do HIV/AIDS e drogas no ambiente escolar”.	2007-2009
		MULTILATERAL. “Fortalecimento dos programas de prevenção, vigilância, assistência integral e direitos humanos em DST/HIV/AIDS em cidades de fronteira do Mercosul”.	2006-2010
		MULTILATERAL. “Prevenção, Atenção e Apoio nos espaços fronteiriços dos países do Mercosul”. Termo de Cooperação entre países e a Opas (TCC Fronteiras Mercosul), executado através da Comissão Intergovernamental de Aids do Mercosul.	2011-2013
27	Peru	BILATERAL. Plano Operativo com apoio do DFID/OPAS/GTZ	2006-2008
		MULTILATERAL. “Harmonização de Políticas para Educação Sexual, a prevenção do HIV/Aids e drogas no ambiente escolar”.	2007-2009
		MULTILATERAL. “Fortalecimento dos programas de prevenção, vigilância, assistência integral e direitos humanos em DST/HIV/Aids em cidades de fronteira do Mercosul”.	2006-2010
		MULTILATERAL. “Respondendo as vulnerabilidades de Jovens em Situação de Rua: a cooperação Sul-Sul como eixo de articulação”.	2008-2010
		BILATERAL. “Implementação e Adequação de Normas Técnicas da Estratégia Sanitária de DST/HIV/Aids”	2010
28	Quênia	BILATERAL. “Fortalecimento das ações de combate ao HIV/Aids no Quênia”	2009
29	Rep. Dominicana	PCI - Fase I: Programa de Cooperação Internacional para Ações de Prevenção e Controle de HIV/Aids para países em desenvolvimento.	2002-2004

		BILATERAL. Plano Operativo com apoio do DFID/OPAS/GTZ	2006-2008
30	São Tomé E Príncipe	PCI – Fase II: Programa de Cooperação Internacional para ações de prevenção e controle do HIV/Aids para países em desenvolvimento – Rede Laços Sul-Sul	2004 (Em execução)
31	Serra Leoa	BILATERAL. Atividade Pontual. Missão de grupo do Brasil a Porto Espanha e recebimento de delegados de Serra Leoa, em Brasília e em Belém, para intercâmbio de experiências com atores da resposta nacional brasileira (governo e sociedade civil).	2009-2010
32	Suriname	BILATERAL. “Fortalecimento da Resposta à Epidemia de HIV/AIDS no Suriname”.	2009-2013
		BILATERAL. “Uso, armazenamento e distribuição de materiais de DST/HIV/AIDS no Suriname.”	2009-2013
		BILATERAL. “Prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis e do HIV no Suriname”	2009-2013
33	Tailândia	BILATERAL. Atividade Pontual. Missão de estudo e intercâmbio de experiências entre atores da resposta nacional brasileira (governo e sociedade civil) e da Tailândia.	2009
34	Tanzânia	BILATERAL. “Fortalecimento do Combate ao HIV/AIDS na Tanzânia”	2009-2013
35	Timor Leste	PCI – Fase II: Programa de Cooperação Internacional para ações de prevenção e controle do HIV/AIDS para países em desenvolvimento – Rede Laços Sul-Sul	2004 (Em execução)
36	Trinidad e Tobago	BILATERAL. Atividade Pontual. Missão de grupo do Brasil a Porto Espanha e recebimento de delegados de Trinidad e Tobago, em Brasília e em Belém, para intercâmbio de experiências com atores da resposta nacional brasileira (governo e sociedade civil).	2010
37	Togo	BILATERAL. Atividade Pontual. Missão de estudo e intercâmbio de experiência entre organizações da sociedade civil do Brasil e de Togo. Realizada visitas em instituições de São Paulo.	2008
38	Ucrânia	BILATERAL. Atividade Pontual. Missão de estudo e intercâmbio de experiências entre atores da resposta nacional brasileira (governo) e da Ucrânia (quatro delegados).	2010
39	Uruguai	BILATERAL. Plano Operativo com apoio do DFID/OPAS/GTZ	2006-2008
		BILATERAL. “Fortalecimento das Políticas de enfrentamento à epidemia de DST/AIDS no Uruguai”	2009 (em execução)
		MULTILATERAL. “Harmonização de Políticas para Educação Sexual, a prevenção do HIV/AIDS e drogas no ambiente escolar”.	2007-2009
		MULTILATERAL. “Fortalecimento dos programas de prevenção, vigilância, assistência integral e	2006-2010

		direitos humanos em DST/HIV/AIDS em cidades de fronteira do Mercosul”.	
		Projeto TRILATERAL Brasil-Alemanha (Kfw)-Uruguai	2014 (Em execução)
		MULTILATERAL. “Prevenção, Atenção e Apoio nos espaços fronteiriços dos países do Mercosul”. Termo de Cooperação entre países e a Opas (TCC Fronteiras Mercosul), executado através da Comissão Intergovernamental de Aids do Mercosul.	2011-2013
40	Venezuela	MULTILATERAL. “Fortalecimento dos programas de prevenção, vigilância, assistência integral e direitos humanos em DST/HIV/Aids em cidades de fronteira do Mercosul”.	2006-2010
41	Zâmbia	BILATERAL. “Fortalecimento do Plano Estratégico Nacional de DST/HIV/Aids de Zâmbia”	2009-2013

Fonte: Elaboração própria a partir dos documentos encontrados