

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA
CURSO DE DOUTORADO

FABÍOLA FARO ELOY DUNDA

Brasil, doador ou parceiro de cooperação?
Análise da Cooperação Sul-Sul de combate ao HIV/AIDS (2002-2016)

Recife

2017

FABÍOLA FARO ELOY DUNDA

Brasil, doador ou parceiro de cooperação?

Análise da Cooperação Sul-Sul de combate ao HIV/AIDS (2002-2016)

Tese submetida ao Programa de Pós-graduação
em Ciência Política da Universidade Federal de
Pernambuco como requisito para obtenção do
Título de Doutora em Ciência Política

Área de Concentração: Relações Internacionais

Orientador: Prof. Dr. Marcelo de Almeida
Medeiros

Coorientador: Prof. Dr. Enivaldo Carvalho da
Rocha

Recife

2017

Catálogo na fonte
Bibliotecária Rodrigo Fernando Galvão de Siqueira, CRB4-1689

D914b Dunda, Fabíola Faro Eloy.
 Brasil, doador ou parceiro de cooperação? : análise da cooperação Sul-Sul de combate ao HIV/AIDS (2002-2016) / Fabíola Faro Eloy Dunda. – 2017.
 235 f. : il. ; 30 cm.

 Orientador : Prof. Dr. Marcelo de Almeida Medeiros.
 Coorientador : Prof. Dr. Enivaldo Carvalho da Rocha
 Tese (doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Recife, 2017.
 Inclui referências e anexos.

 1. Ciência política. 2. Ciência – Cooperação internacional. 3. Brasil – Relações exteriores. 4. AIDS (Doença). 5. HIV (Vírus). I. Medeiros, Marcelo de Almeida (Orientador). II. Rocha, Enivaldo Carvalho da (Coorientador). III. Título.

320 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2017-062)

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de Ciência Política
Programa de Pós Graduação em Ciência Política

**Brasil, doador ou parceiro de cooperação? Análise da cooperação Sul-Sul de
combate ao HIV/AIDS (2002-2016)**

Fabíola Faro Eloy Dunda

Tese aprovada em 02 de fevereiro de 2017

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Marcelo de Almeida Medeiros, UFPE (Orientador)

Profa. Dra. Andréa Quirino Steiner, UFPE (Examinadora interna)

Profa Dra. Deisy de Freitas Lima Ventura, USP (Examinadora externa)

Profa. Dra. Liliana Ramalho Fróio, UFPB (Examinadora externa)

Profa. Dra. Célia Maria de Almeida, Fundação Oswaldo Cruz (Examinadora externa)

Para meus pais

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que me ensinaram que “se as coisas são inatingíveis, ora! não é motivo para não querê-las, que tristes seriam os caminhos se não fora a presença distante das estrelas”. (Mário Quintana).

Ao meu orientador Prof. Dr. Marcelo de Almeida Medeiros por sua disponibilidade em discutir os caminhos da minha pesquisa, pelo incentivo e empenho na orientação.

Ao meu coorientador Prof. Dr. Enivaldo Carvalho Rocha, sempre disponível para as discussões sobre o meu banco de dados e para a análise pertinente sobre o que os números dizem.

Aos professores do Doutorado, que contribuíram para o meu aprofundamento no vasto campo das Relações Internacionais e da Ciência Política.

À Banca de Qualificação, Prof. Ernani Rodrigues de Carvalho Neto e Prof^a Deisy Ventura, pelas valorosas contribuições e críticas.

Aos meus colegas de Doutorado, especialmente Elia Mancine e Gills Villar que tornaram a minha viagem semanal à Recife mais proveitosa, agradável e divertida!

Aos professores Henrique Gil da Silva Nunesmaia e Maria das Mercês Santana Nunesmaia pela amizade, e pelo tempo disponível em me ajudar na fase final de análise da Tese.

*“[...] pero aquí abajo abajo
cerca de las raíces
es donde la memoria
ningún recuerdo omite
y hay quienes se desmueren
y hay quienes se desviven
y así entre todos logran
lo que era un imposible
que todo el mundo sepa
que el sur también existe”*

Mário Benedetti

DUNDA, F. F. E. **Brasil, doador ou parceiro de cooperação? Análise da Cooperação Sul-Sul de combate ao HIV/AIDS (2002-2016), 2017.** Tese (Doutorado). Programa de Pós Graduação em Ciência Política. Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

RESUMO

A AIDS (*acquired immune deficiency syndrome*), sigla em inglês para denominar a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, é considerada uma pandemia mundial, e estima-se que o número de pessoas infectadas pelo vírus HIV no mundo, atualmente, é de trinta e seis milhões de indivíduos, a maior parte delas vivendo no Continente Africano. Embora o número de mortes relacionadas ao vírus venha diminuindo ao longo do tempo, o número de pessoas contaminadas permanece elevado. Considerando que o combate à doença engloba estratégias variadas, o acesso ao tratamento com medicamentos antirretrovirais capazes de diminuir a mortalidade das pessoas infectadas pelo vírus, e aumentar a sobrevivência das mesmas, tem importância destacada nesse cenário, uma vez que ainda não existe a cura definitiva para a doença. A presente pesquisa analisa a Cooperação Sul-Sul brasileira para o combate de HIV/AIDS entre 2002 e 2016 por meio das estratégias e modalidades que o Brasil estabelece com países do entorno, e também de outros Continentes. Buscou-se verificar, qual o papel que o Brasil estabelece em ações de cooperação na área por meio do modelo Sul-Sul, com países que não estão em níveis de desenvolvimento socioeconômico semelhantes ao seu. Estaria o país assumindo o papel de doador, reproduzindo a lógica doador-receptor, típico do padrão Norte-Sul, ou ao contrário, mesmo mediante tais assimetrias, o Brasil conseguiria se manter alinhado aos princípios da Cooperação Sul-Sul, desempenhando o papel de parceiro nas iniciativas na área?. A análise dos dados e das modalidades de cooperação brasileira na área demonstrou que o Brasil é um país intermediário, e que utiliza a cooperação para o combate ao HIV/AIDS como diplomacia de nicho para atuação no Sistema Internacional. Os modelos estatísticos para análise da cooperação humanitária e da cooperação técnica demonstraram que houve motivações políticas, econômicas, éticas, morais e altruístas como determinantes de ações nestas áreas. A difusão de informação e multiplicação de conhecimento obtidos por meio da cooperação educacional e de Ciência e Tecnologia, bem como o impacto que a doação para Organismos Internacionais pode ter (aumentando os recursos para o desenvolvimento de ações na área), permitem concluir que a Cooperação Sul-Sul brasileira para o combate ao HIV/AIDS manteve o Brasil dentro dos princípios da Cooperação Sul-Sul, não reproduzindo, nesse sentido, a lógica doador-receptor existente nas iniciativas de cooperação no modelo tradicional ou Norte-Sul.

Palavras-Chaves: Cooperação Sul-Sul Brasileira em HIV/AIDS. País Intermediário. Diplomacia de Nicho. Doador. Parceiro.

DUNDA, F. F. E. **Brazil, donor or partner of cooperation? Analysis of South-South Cooperation to Combat HIV/AIDS (2002-2016), 2017.** Tese (Doutorado). Programa de Pós Graduação em Ciência Política. Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

ABSTRACT

AIDS (*acquired immune deficiency syndrome*), is the acronym in English to name this worldwide pandemic syndrome, and it is estimated that the number of people infected with the HIV virus in the world is about thirty six million inhabitants, most of them living in the African Continent. Although the deaths related to the virus have decreased over time, the number of infected people is still high. Taking into consideration that the combat to this illness encompasses various strategies, the access to the treatment with antiretroviral medications which are able to decrease the mortality of infected people and increase their survival, is of great importance in this context, once there is no permanent cure to this disease. This thesis aims at analyzing the South-South Brazilian Cooperation in the combat of the HIV/AIDS between 2002 and 2016 through the strategies and cooperation procedures that Brazil is established with neighboring countries, and with other Continents. We sought to verify the role Brazil has in cooperation actions in the area, by means of the South-South model with countries which do not have the same socioeconomic development as Brazil. Would this country take on the role of donor, by reproducing the logic donor-receptor typical of a North-South pattern, or either, even with such inequalities, would Brazil remain aligned to the principles of the South-South Cooperation playing the role of pattern in the actions of the area? The analysis of the data and the methods of the Brazilian cooperation in the area demonstrated that Brazil is an intermediary country that uses the cooperation to combat the HIV/AIDS as niche diplomacy to perform in the International System. The statistical models to the analysis of humanitarian and technical cooperation showed that there were political, economical, ethical, moral and altruist reasons as determinant actions in these areas. The dissemination of information and the propagation of knowledge obtained by means of educational, science and technological cooperation, as well as the impact that the donation to International Organizations may have (by increasing the resources to the development of actions in the area) allows us to conclude that the South-South cooperation to the combat to the HIV/AIDS has maintained Brazil among the principles of the South-South cooperation, and not reproducing in this sense, the logic donor-receptor that exists in the actions of the cooperation in the traditional North-South model.

Key-Words: Brazilian South-South Cooperation in HIV/AIDS. Intermediary Country. Niche Diplomacy. Donator. Partner.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Tipos de variáveis e denominação das variáveis utilizadas no modelo estatístico.....	60
Quadro 2 – Distribuição das áreas dos projetos de Cooperação brasileira em HIV/AIDS por natureza do projeto (2002-2016).....	118
Quadro 3 - Características das potências intermediárias, regional e emergente. Fonte: Cooper, Nossal e Higgot (1997); Nolte (2010) e Jordaan (2003).....	174

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Projetos brasileiros na área de combate ao HIV/AIDS discriminado por região, país, forma, ano e quantidade.....	119
Tabela 2 - Modelos estatísticos.....	141

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Acordos e Ajustes à Acordos de Cooperação na área de Saúde/HIV-AIDS distribuídos pelos governos dos Presidentes Fernando Henrique Cardoso, Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff.....	86
Gráfico 2 – Distribuição geográfica dos Acordos e Ajustes a Acordos de Cooperação na área de saúde durante o governo dos Presidentes Fernando Henrique Cardoso, Luiz Inácio Lula da Silva e da Presidente Dilma Rousseff (1995-2016).....	87
Gráfico 3 – Percentual de projetos de cooperação brasileira em saúde na América Latina e Caribe discriminados por área temática.....	90
Gráfico 4 – Percentual de Projetos de cooperação brasileira em saúde na América Latina e Caribe discriminados por área temática.....	91
Gráfico 5- Gasto do governo brasileiro (em milhões de Reais) com a doação de ARV entre os anos 2003 a 2015.....	101
Gráfico 6 - Quantidade de antirretrovirais (em número de comprimidos) doados entre os anos de 2003-2016.....	102
Gráfico 7 - Número de países que receberam ARV ano a ano (2003-2016).....	103
Gráfico 8- Número de países, distribuídos por região geográfica, que receberam doação de ARV no governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), incluindo o Organismo Internacional Caricom.....	104
Gráfico 9 – Número de países, distribuídos por região geográfica, que receberam doação de ARV no governo da Presidente Dilma Rousseff (2011-2016), incluindo o Organismo Internacional Caricom.....	104
Gráfico 10 – Número de ARV doados para países da América do Sul no primeiro governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006).....	105
Gráfico 11 – Número de ARV doados para países da América do Sul durante o segundo governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2007-2010).....	106
Gráfico 12 - Número de ARV doados para países da América Central durante o primeiro governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006).....	107
Gráfico 13 - Número de ARV doados para países da América Central e o Caricom, durante o segundo governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2007-2010).....	108
Gráfico 14 -- Número de ARV doados para países Africanos durante o primeiro governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006).....	109
Gráfico 15 - Número de ARV doados para países Africanos durante o segundo governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2007-2010).....	110

Gráfico 16 – Número de ARV doados para países da América do Sul durante o governo da Presidente Dilma Rousseff (2011-2016).....	112
Gráfico 17- Número de ARV doados para países da América Central e o Caricom, durante o governo da Presidente Dilma Rousseff (2011-2016).....	113
Gráfico 18 - Número de ARV doados para países Africanos durante o governo da Presidente Dilma Rousseff (2011-2016).....	114
Gráfico 19 - Percentual da doação de ARV dentro do percentual total da cooperação humanitária entre os anos 2005-2012.....	115
Gráfico 20 – Número de projetos concluídos, distribuídos por região geográfica e por período dos governos do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006 e 2007-2010) e da Presidente Dilma Rousseff (2011-2016).....	121
Gráfico 21 – Projetos na área de HIV/AIDS com países da América do Sul no período 2002-2016.....	122
Gráfico 22 – Projetos na área de HIV/AIDS com países da América Central (2003-2016).....	125
Gráfico 23 – Projetos na área de combate ao HIV/AIDS com países africanos (2003-2016).....	128
Gráfico 24 - Fluxos de exportações brasileiras para países da América do Sul em milhões de dólares (FOB) entre 2003-2016.....	144
Gráfico 25 – Fluxos de exportações brasileiras para Paraguai e Bolívia em milhões de dólares (FOB) entre 2003-2016.....	145
Gráfico 26 – Fluxos de exportações brasileiras para Colômbia, Chile, Peru em milhões de dólares (FOB) entre 2003-2016.....	145
Gráfico 27- Fluxos de exportações brasileiras para países da América Central em milhões de dólares (FOB) de 2003-2016.....	146
Gráfico 28 - Fluxos de exportações brasileiras para países Africanos em milhões de dólares (FOB) de 2003-2016.....	147
Gráfico 29 -Fluxos de exportações brasileiras para países Africanos que não receberam doação de antirretrovirais, em milhões de dólares (FOB) de 2003-2016.....	148
Gráfico 30: Fluxos de exportações brasileiras para países da América do Sul que participaram da cooperação técnica e humanitária na área de HIV/AIDS, em milhões de dólares (FOB) de 2003-2016.....	151
Gráfico 31- Fluxos de exportações brasileiras para países da América Central que participaram da cooperação técnica e humanitária na área de HIV/AIDS em milhões de dólares (FOB) de 2003-2016.....	152

Gráfico 32- Fluxos de exportações brasileiras para países Continente Africano que participaram da cooperação técnica e humanitária na área de HIV/AIDS em milhões de dólares (FOB) de 2003-2016.....	153
Gráfico 33 – Gasto brasileiro com doações para os Organismos Internacionais OMS/OPAS e OMS de 2007 a 2013.....	170
Gráfico 34 – Doações financeiras do Brasil para UNICEF e UNFPA de 2013 a 2015.....	171

LISTA DE SIGLAS

ABC	Agência Brasileira de Cooperação
AIDS	<i>Acquired immune deficiency syndrome</i>
AISA	Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde
ARV	Antirretrovirais
AOD	Ajuda Oficial ao Desenvolvimento
CAD	Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento
CARICOM	Comunidade do Caribe
CGFome	Coordenação Geral de Cooperação Humanitária Internacional e combate à fome
CNTA	Comissão Nacional de Assistência Técnica
CONTAP	Cooperação Técnica da Aliança para o Progresso
CTPD	Cooperação Técnica entre Países em desenvolvimento
BLH	Banco de Leite Humano
BRICS	Fórum de Diálogo Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul
C&T	Ciência e Tecnologia
CF	Cooperação Financeira
CNPQ	Conselho Nacional de desenvolvimento científico e tecnológico
CPLP	Comunidade de Países de Língua Portuguesa
CT	Cooperação Técnica
CTPD	Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento
DCT	Divisão de Cooperação Técnica
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EMBRAPA	Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
ESIC	Sistema eletrônico do serviço de informação ao cidadão
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GTI-AHI	Grupo de Trabalho Interministerial sobre Assistência Humanitária
G77	Grupo dos 77
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBAS	Fórum de Diálogo Índia, Brasil e África do Sul
IBSA	<i>India, Brazil, South Africa Dialogue Forum</i>
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LAÇOS SUL-SUL	Iniciativa de Cooperação entre o Brasil e outros países na Área de combate ao HIV/AIDS

MDIC	Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MRE	Ministério das Relações Exteriores
MS	Ministério da Saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OMC	Organização Mundial do Comércio
ONU	Organização das Nações Unidas
ONG	Organização Não-Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PALOP	Países de Língua Oficial Portuguesa
PEPFAR	Plano Presidencial de Emergência dos Estados Unidos de combate ao HIV/AIDS
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SAE/PR	Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República
SICD	Sistema Internacional de Cooperação ao Desenvolvimento
SISCOOP	Gestão de Projetos e Ações de Cooperação Internacional em Saúde
SIPRI	<i>Stockholm International Peace Research Institute</i>
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/AIDS
UNASUL	União das Nações Sul Americanas
UNCTAD	United Nations Conference on Trade and Development
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para as Crianças
UNITAID	Iniciativa Global para financiamento de ações no combate AIDS, Malária e Tuberculose
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para Populações
UNPD	<i>United Nations Development Programme</i>
ZOPACAS	Zona de Paz e Cooperação no Atlântico Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	30
2.1 Teoria dos <i>Middle Powers</i> : das origens às tentativas de conceituação do termo.....	30
2.2 Os <i>Middle Powers</i> no contexto do pós I e II Guerras Mundiais, da Guerra Fria e do pós Guerra Fria.....	37
2.3 Os <i>Middle Powers</i> no século XXI.....	43
2.4 O Brasil como <i>Middle Power</i> no contexto da cooperação em HIV/AIDS.....	49
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	53
3.1 Definição de Estudo de caso.....	53
3.2 Coleta de dados: quais as fontes de pesquisa utilizadas.....	54
3.3 Estruturação dos dados da Cooperação Sul-Sul no combate ao HIV/AIDS.....	57
3.4 As modalidades da cooperação e as variáveis escolhidas.....	58
4 DA ANÁLISE DOS MODELOS DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL À MATERIALIDADE DA COOPERAÇÃO BRASILEIRA EM HIV/AIDS.....	63
4.1 Cooperação para o Desenvolvimento Internacional: origem, motivações e visões teóricas no campo das Relações Internacionais	63
4.2 O modelo de cooperação Norte-Sul: origem, desenvolvimento e estrutura.....	69
4.3 O modelo de cooperação Sul-Sul: princípios, desenvolvimento e conceitos.....	76
4.4 O Brasil como ator de cooperação: a construção de um caminho.....	82
4.5 A saúde no contexto das linhas diretivas da Política Externa Brasileira de 1995-2016.....	92
4.6 Cooperação brasileira em HIV/AIDS: histórico e evolução.....	96
4.7 A materialidade da Cooperação brasileira Sul-Sul de combate ao HIV/AIDS: estrutura estratégias.....	99
4.7.1 Cooperação Humanitária.....	99
4.7.1.1 Doação de ARV durante o governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010).....	105
4.7.1.1.1 América do Sul.....	105
4.7.1.1.2 América Central.....	107
4.7.1.1.3 África.....	109
4.7.1.1.4 Ásia.....	111
4.7.2 Doação de medicamentos antirretrovirais durante o governo da Presidente Dilma Rousseff (2011-2016).....	111
4.7.2.1 América do Sul.....	111
4.7.2.2 América Central.....	112
4.7.2.3 África.....	113
4.7.2.4 Ásia.....	114

4.8 A doação de medicamentos antirretrovirais no contexto da Cooperação humanitária	114
4.9 Cooperação Técnica.....	117
4.9.1 Projetos técnicos desenvolvidos entre 2003-2016 e distribuídos por área geográfica.....	122
4.9.1.1 América do Sul.....	122
4.9.1.2 América Central	125
4.9.1.3 África.....	127
4.10 Projetos técnicos com Fóruns inter-regionais e Organismos Internacionais.....	134
4.11 Cooperação humanitária e Cooperação técnica Sul-Sul brasileira na área de combate ao HIV/AIDS: um modelo estatístico de análise.....	139
4.12 Cooperação Científico-Tecnológica.....	154
4.13 Cooperação Educacional.....	162
4.14 Doações para Organizações Internacionais.....	168
 5 VERTICALIDADE OU HORIZONTALIDADE DA COOPERAÇÃO SUL-SUL BRASILEIRA NO COMBATE AO HIV/AIDS?	 173
5.1 A cooperação Sul-Sul de combate ao HIV/AIDS como diplomacia de nicho.....	173
5.2 Brasil: doador ou parceiro de cooperação internacional?.....	193
5.3 A mudança no cenário político doméstico e as mudanças imediatas na área de pesquisa da Cooperação Sul-Sul em saúde.....	210
 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 213
 BIBLIOGRAFIA.....	 217

1 INTRODUÇÃO

Os primeiros casos de SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Humana) ou AIDS, sigla em inglês para denominar a doença, surgiram no mundo no início dos anos 1980. O período inicial da doença foi marcado pelo grande número de mortes, em sua maioria, jovens e homossexuais masculinos. O desconhecimento do agente transmissor, a forma de contágio e os meios de combate à doença geraram naqueles anos iniciais grande pânico na sociedade.

Ao longo dos últimos trinta anos o vírus HIV¹ foi identificado como o agente causador da doença, assim como a forma de seu contágio, e o desenvolvimento de medicamentos que pudessem controlar a infecção, que até os dias atuais ainda não tem cura. Ao longo desse tempo, o vírus HIV se espalhou para todos os continentes acometendo homens, mulheres e crianças, filhas de mães portadoras do vírus. Diante dessa realidade, a AIDS é hoje uma doença infecciosa que pode acometer qualquer indivíduo, em qualquer idade e em qualquer lugar do mundo.

As estatísticas do ano de 2001 demonstravam que o número de pessoas vivendo com o vírus HIV era de aproximadamente 29,8 milhões (UNAIDS, 2007, p.7). Em dados mais recentes, relativos ao ano de 2015, essa estimativa foi de 36,7 milhões de pessoas vivendo com o vírus no mundo (UNAIDS, 2016 p.1). Embora o número de pessoas contaminadas tenha aumentado ao longo dos anos, o número de novas infecções pelo vírus, assim como o número de mortes relacionadas à doença vem diminuindo ao longo desse período. A diminuição observada é um reflexo, em grande medida, do aumento do financiamento doméstico e internacional para o combate à AIDS, bem como do aumento da cobertura medicamentosa para o tratamento da doença (UNAIDS, 2014).

A África Subsaariana é a região com maior número de pessoas acometidas pela AIDS. Considerando as regiões sudeste, leste, oeste e centro da África, a estimativa atual é de que existam aproximadamente 25,6 milhões de pessoas infectadas pelo vírus nessas regiões, locais onde também se verificam maior número de mortes relacionadas à doença². Nesse sentido, quando se considera o número total de mortes no mundo, aproximadamente 1,1 milhão de pessoas em 2015, 72 % destas mortes ocorreram no Continente Africano.

¹ HIV: vírus da imunodeficiência Humana.

² O número de mortes relacionado à AIDS nas regiões sudeste e leste da África no ano de 2015 foi de 470.000, e nas regiões oeste e central o número foi de 330.000 (UNAIDS, 2016)

O combate à AIDS inclui diversidade de estratégias em vários níveis de atuação, englobando profissionais atuando diretamente na relação médico-paciente e na estrutura do Sistema de Saúde local (hospitais, ambulatorios, postos de saúde, gestão, capacitação), como também profissionais, médicos ou não, que desenvolvem funções em instâncias políticas nacionais e internacionais, como Ministérios da Saúde e de Relações Exteriores, ou ainda em áreas como logística, coordenação de cooperação entre os países, e em Organismos Internacionais tais como a ONU e a OMS³.

O interesse em desenvolver a presente pesquisa está ligado, principalmente, ao entendimento de que a saúde é uma temática relevante no contexto das Relações Internacionais, sendo ainda pouco explorada como área de estudo. O ponto de partida para se iniciar a pesquisa na área de Cooperação brasileira Sul-Sul em HIV/AIDS começou a ser trilhado ainda no Mestrado em Relações Internacionais, onde o tema da Cooperação Sul-Sul brasileira em Saúde foi desenvolvido (DUNDA, 2012)⁴, observando-se, na ocasião, que duas iniciativas se destacavam neste campo de atuação: bancos de leite humano e HIV/AIDS.

No tocante à cooperação brasileira em bancos de leite humano e em HIV/AIDS, chama a atenção um aspecto comum entre essas duas áreas de atuação do país: o *know-how* na área. O Brasil possui a maior e mais complexa rede de bancos de leite humano mundialmente conhecida (FIOCRUZ, 2016), estabelecendo cooperação na área com países Latino Americanos, Ibéricos e Africanos, e que representou 39% dos projetos brasileiros de cooperação em saúde, em 2010 (FIGUEIREDO, 2011)⁵. O reconhecimento da *expertise* do Brasil na área de HIV/AIDS está respaldado, em grande parte, na baixa prevalência da doença no país, reflexo, em grande medida, do Programa brasileiro de combate à AIDS. O Programa tem como um de seus pilares o acesso universal a medicamentos antirretrovirais⁶ e a não discriminação de pessoas ou grupo de pessoas portadoras da doença. Nos dados apresentados por Figueiredo (2011)⁷, a cooperação na área de combate ao HIV/AIDS correspondeu a 13% dos projetos de saúde brasileiros em 2010.

³ ONU: Organização das Nações Unidas; OMS: Organização Mundial da Saúde.

⁴ DUNDA, F. F. E. (2012). *Cooperação Sul-Sul Brasileira em Saúde como Soft Power* do governo Lula (2003-2010). Dissertação. Mestrado em Relações Internacionais pela Universidade Estadual da Paraíba, 2012.

⁵ FIGUEIREDO, M. (2011). *La Cooperación Horizontal de Salud desde Brasil*. Apresentação no I Fórum Sul Americano de Cooperação Internacional em Saúde, realizado no Rio de Janeiro, em 2011, e disponível no site do evento.

⁶ Antirretrovirais são os medicamentos utilizados para o tratamento da AIDS, doença causada pelo vírus HIV, que é classificado como retrovírus. Os medicamentos antirretrovirais são divididos em classes de acordo com seu mecanismo de ação, e são utilizados em combinação para o tratamento da doença, seguindo as orientações da Organização Mundial da Saúde.

⁷ loc. cit

A cooperação internacional de combate a AIDS tem nos Estados seus atores principais, mais vários entes não Estatais desempenham papel relevante e determinante para o estabelecimento de estratégias na área, destacando-se a UNITAID⁸, as várias agências da ONU envolvidas (UNFPA, UNICEF, UNAIDS, OMS)⁹, Organizações Internacionais tais como a OPAS; Organizações não governamentais a exemplo dos Médicos sem fronteiras, Cruz Vermelha Internacional e Fundação Bill & Melinda Gates; a Igreja Católica, que atua por meio da Rede Católica Mundial de combate à AIDS; a Sociedade Civil, e Fundos Multilaterais, tais como o PEPFAR¹⁰.

O Brasil está inserido no contexto da cooperação para o desenvolvimento internacional nos moldes que se conhece na atualidade desde o seu início, e que remonta ao período do imediato pós II Guerra Mundial, no contexto de um mundo destruído e devastado pela Guerra (LANCASTER, 2007, p. 28). O modelo de cooperação internacional que se inicia a partir desse período, chamado de tradicional ou Norte-Sul, estruturava-se e ainda se estrutura em ações que têm origem em países desenvolvidos, e se dirigem para países em desenvolvimento. O desenvolvimento e o aprofundamento de ações de cooperação ao longo dos anos fez emergir nos anos 1970 um novo modelo de cooperação conhecido como Sul-Sul, influenciado sobremaneira pelo contexto histórico-político mundial do período (CERVO, 1994, p. 44).

No modelo de cooperação Sul-Sul, os arranjos cooperativos são estruturados em ações e iniciativas em várias áreas, executadas, primordialmente, entre países em desenvolvimento. Em tempos mais contemporâneos novos arranjos híbridos entre esses modelos de cooperação têm se formado, sendo conhecidos como cooperação triangular, onde podem participar de iniciativas na área um país desenvolvido e dois países em desenvolvimento, três países em desenvolvimento, ou ainda um Organismo Internacional e dois países em desenvolvimento

⁸ UNITAID: Instituição criada por Brasil, Chile, França, Noruega e Inglaterra para aumentar a fonte de financiamento para o tratamento da AIDS, Malária e Tuberculose. A estratégia seria de taxar bilhetes aéreos no valor entre US\$1 e US\$ 40 dólar (es) (dependendo da classe do bilhete). O arrecadado é então transferido para o fundo, e utilizado para aumentar o financiamento para o tratamento de AIDS, Malária e Tuberculose.

⁹ UNFPA: Agência da ONU com ações na área de saúde reprodutiva e sexual, atuando para a diminuição da mortalidade materna e a prevenção de infecção do vírus da AIDS em grupos vulneráveis e marginalizado; UNAIDS: Agência da ONU com ações na área de prevenção, diagnóstico e tratamento da AIDS; UNICEF: estabelece ações para prevenção da transmissão do vírus da AIDS materno-fetal, além do diagnóstico e tratamento de crianças com AIDS; UNAIDS: Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/AIDS; OMS: Organização Mundial da Saúde criada em 1948, no contexto do pós II Guerra Mundial, e que tem como objetivo central construir um futuro mais saudável e melhor para todas as pessoas do mundo.

¹⁰ PEPFAR: Fundo de emergência do Presidente dos Estados Unidos para combate à AIDS; OPAS: Organização Pan Americana de Saúde que atua desenvolvendo ações de combate a doenças no continente americano, incluindo o combate à AIDS.

(ABC, 2014, p. 12). O Brasil está inserido no Sistema Internacional de Cooperação tanto como país receptor de cooperação, como país prestador de cooperação. Como prestador de cooperação, o país executa ações na área no modelo Sul-Sul de forma bilateral, ou em triangulação com países desenvolvidos, em desenvolvimento e/ou com Organismos Internacionais.

No contexto da Guerra Fria o Brasil era reconhecido e se reconhecia como país intermediário, continuando a se reconhecer como tal mesmo após o fim desse período. No campo acadêmico, o espectro de estudo sobre o país foi alargado, sendo o mesmo estudado, também, como potência regional e/ou potência emergente, dependendo do contexto em que está inserido. Os conceitos de país intermediário, potência regional e potência emergente ainda necessitam de consenso, uma vez que não existem critérios que definam com precisão o que são esse grupo de países, que países são considerados como tal, e quais ferramentas analíticas podem ser utilizadas para estudá-los.

Historicamente o Brasil se reconhece e é reconhecido no Sistema Internacional como um país intermediário¹¹ (HOLBRAAD, 1984, p.52), ou *Middle Power*, que caracteristicamente são considerados aqueles países que não são uma grande potência nesse Sistema, mas que também não podem ser caracterizados como Estados pequenos, no sentido de pequena potência, e potência significando Poder¹² (WIGHT, 2002.p.23-36). O *status* de país emergente como é reconhecido o Brasil e também outros países nesse Sistema em tempos mais contemporâneos, não o coloca no patamar de uma grande potência, continuando, nesse sentido, a ser um país intermediário emergente.

Estudos mais recentes sobre países intermediários, ou *Middle Powers*, incorporam a questão da estratégia que esses países utilizam para se inserir no Sistema Internacional, e a capacidade que os mesmos têm de influenciar esse Sistema. Nesse contexto se destaca a diplomacia de nicho, ferramenta analítica inicialmente descrita e estudada no contexto de

¹¹ Considera-se aqui o contexto das discussões iniciais para a formação do Conselho da Liga das Nações em 1919, entre os Estados considerados como grandes potências, França, Inglaterra, Itália, Japão e Estados Unidos, e outros países que não eram grandes potências, mas que reclamavam ter contribuído para a vitória desses países na I Guerra Mundial, tais como Espanha, Bélgica, Canadá e Brasil. A discussão sobre o estabelecimento das regras sobre quais países seriam elegíveis para os assentos rotativos no Conselho, acaba por criar uma categoria de membros semipermanentes, passando-se a se reconhecer a existência de uma classe de Estados que ocupava uma posição intermediária, os *Middle Powers*. (HOLBRAAD, 1984, p. 46-53).

¹² Em *A Política do Poder*, Wight (2002) descreve que o poder de uma potência é composto de muitos elementos, e considera que tanto aspectos objetivos como tamanho da população, posição estratégica e extensão geográfica, recursos econômicos e produção industrial, quanto aspectos subjetivos como educação, tecnologia e coesão moral, devem ser considerados nessa análise. O autor ressalta que o termo “política do poder” é a tradução da palavra alemã *Machtpolitik*, que significa política da força, e força no sentido de possuir recursos concretos para que a vontade e os interesses do Estado sejam aceitos por outros Estados no contexto das Relações Internacionais (WIGHT, 2002. p.9).

países intermediários tradicionais como Austrália e Canadá. A diplomacia de nicho é entendida como a capacidade que um país tem em utilizar área ou áreas de *expertise* para se inserir no sistema internacional, em busca da consecução de seus interesses (COOPER, 1997, p.5).

A cooperação brasileira na área de combate ao HIV/AIDS pode ser considerada como um nicho e área de *expertise* do país, e nesse sentido, um instrumento da política externa do Estado com capacidade de influenciar o Sistema Internacional. A demanda por projetos na área, destacando-se os governos do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva e da Presidente Dilma Rousseff, pode demonstrar que o *know-how* na área de combate ao HIV/AIDS e o reconhecimento internacional do Programa brasileiro de combate à doença no país foram fatores que levaram ao aumento do interesse de outros países em estabelecer cooperação na área com o Brasil.

A cooperação Sul-Sul brasileira no combate ao HIV/AIDS, como uma área de *expertise* brasileira, pode ser estudada no contexto da diplomacia de nicho, contribuindo, nesse sentido, para o aprofundamento do estudo dos países considerando intermediários ou *Middle Powers* no sistema internacional.

O Estado, atuando por meio da diplomacia de nicho, teria o potencial de exercer poder de atração em relação a outros Estados nesse sistema, bem como moldar preferências que satisfizessem seus interesses. A materialização desse processo é o que se entende por *Soft Power* (NYE, 2004, p.5-6). O Brasil ao empreender cooperação no modelo Sul-Sul na área de combate ao HIV/AIDS seria um *Middle Power*, que atuando por meio do *Soft Power* exerceria poder de atração sobre outros Estados, e estabeleceria preferências, influenciando, nesse contexto, o Sistema Internacional.

A cooperação brasileira na área se estabelece com vários países, principalmente países do Continente Africano e da América Latina, atuando por meio de estratégias diversas. As estratégias incluem projetos técnicos, científico-tecnológicos, doação de antirretrovirais, bolsas de estudos e doação para Organismos Internacionais, que podem ser analisados na forma de relações bilaterais, trilaterais e no contexto de Fóruns e blocos que o país participa (IPEA; ABC 2010).

Nos governos do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva e da Presidente Dilma Rousseff observa-se que houve cooperação na área de saúde, incluindo o combate ao HIV/AIDS, tema da política externa dos dois presidentes anteriormente citados (PUENTE, 2010, p.238). Pode-se inferir que a demanda por cooperação na área foi em grande parte respaldada pela baixa prevalência da doença no país, reflexo de políticas públicas instituídas desde o aparecimento

dos primeiros casos no Brasil, tais como o acesso universal aos antirretrovirais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014d).

A cooperação brasileira Sul-Sul de combate ao HIV/AIDS se estabelece por meio de estratégias diversas, dentre elas a doação de medicamentos antirretrovirais. Essa modalidade de cooperação contribui, nesse sentido, aumentando o acesso para tratamento de pessoas que vivem em regiões onde a cobertura de antirretroviral é baixa ou muito baixa, como ocorre em muitos países africanos gerando, nesse sentido, impacto positivo nessas sociedades.

As cooperações técnica, científico-tecnológica e educacional agregam outro conceito relacionado à saúde, que é de cooperação estruturante. A ideia de “ser estruturante” entende que ações na área devem levar ao desenvolvimento de capacidades, conceito previsto no relatório do PNUD¹³ publicado em 1997. Os projetos técnicos na área de combate ao HIV/AIDS com vários países do Continente Africano e da América Latina apresentam, no seu corpo descritivo, ações que têm características estruturantes. Os projetos na área científico-tecnológica e educacional são iniciativas que têm potencial de serem multiplicadas, bem como de gerarem difusão de conhecimento e troca de informações tanto no nível individual, quando no nível institucional.

O período da pesquisa está delimitado ao intervalo de tempo entre os anos 2002 a 2016. O ano de 2002 é considerado na análise, pois o Programa de Cooperação Internacional para ações de controle e prevenção do HIV foi criado nessa data, e a Coopex (Unidade ou Assessoria de cooperação externa) adstrita ao Programa Nacional de combate ao HIV/AIDS no Brasil, assumiu a partir desse período a execução das ações de cooperação do país (LIMA; CAMPOS, 2010). O ano de 2016 finaliza o horizonte temporal da pesquisa, tendo importância por representar o fim do ciclo dos mandatos de dois Presidentes pertencentes ao mesmo partido político, e que estabeleceram cooperação nessa área específica de forma distinta, permitindo a análise da cooperação como instrumento da política externa dos dois governantes que estiveram no poder, o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) e a Presidente Dilma Rousseff (2011-2016).

O estudo da cooperação Sul-Sul brasileira de combate ao HIV/AIDS contribui para o aumento do conhecimento em vários campos de estudo. No campo das Relações Internacionais, contribui para a difusão de conhecimento da saúde como tema de pesquisa na área, agregando o estudo da diplomacia de nicho como ferramenta analítica não apenas de

¹³ PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

países intermediários desenvolvidos, mas também em desenvolvimento, que no caso em questão será o Brasil.

Outra contribuição da pesquisa ocorre no campo do estudo da política externa brasileira. A cooperação na área fez parte de dois governos brasileiros, o do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva e da Presidente Dilma Rousseff, e embora o ano de 2002 represente o fim do mandato do Presidente Fernando Henrique Cardoso, ações de cooperação na área, como projetos e doação de antirretrovirais não foram registrados. A análise desse período de governo ficará restrita ao levantamento de Acordos e Ajustes a Acordos de Cooperação na área de saúde e HIV/AIDS, bem como a ênfase dada à temática da AIDS nas linhas diretrizes de seu mandato como Presidente.

Por fim, analisar a cooperação Sul-Sul brasileira de combate ao HIV/AIDS contribui para o aprofundamento do estudo de países intermediários não tradicionais, que também podem ser considerados potências regionais e/ou emergentes, como é o caso do Brasil. A análise de estratégias de ação desses países no sistema internacional permite que outros estudos possam verificar questões como eficácia e efetividade, não apenas das ações em si, mas também como lastro político que a diplomacia de nicho agrega a essa categoria de países.

No contexto da política externa brasileira correspondente aos governos anteriormente citados, a Cooperação Sul-Sul brasileira na área de combate ao HIV/AIDS seria um instrumento de inserção e consecução de interesses do país no sistema internacional. Os questionamentos iniciais da pesquisa partem exatamente deste ponto: a forma como o Brasil estabelece ações cooperação com outros países no Sistema Internacional. Nesse sentido pergunta-se: qual o papel que o Brasil desempenha ao estabelecer ações de cooperação na área? Seria um doador de cooperação, considerando que as assimetrias existentes entre ele e os países com os quais coopera desequilibram essa relação ou, apesar das assimetrias existentes, as ações de cooperação conseguem ser, e são estabelecidas em forma de parceria?

O discurso oficial brasileiro sobre a cooperação Sul-Sul afirma que a mesma se assenta sobre o fortalecimento institucional dos países parceiros, não tem fins lucrativos, e é desvinculada de interesses (ABC, 2016a). Afirma ainda que está baseada nos princípios de solidariedade, obedece a lógica da demanda, não é regida por condicionalidades (LEITE et al, 2013, p.1), e oferece vantagens comparativas para os países com os quais coopera em relação à cooperação no modelo Norte-Sul (CORRÊA, 2010, p. 91).

A problemática sobre o tema parte de dois pontos de observação. O primeiro considera o país que recebe a cooperação brasileira, e o segundo considera o próprio país, no caso o Brasil, que coopera. Em ações de cooperação entre países com diferentes níveis de

desenvolvimento podem existir limitações inerentes à cooperação estabelecidas entre os mesmos, tais como, deficiência institucional e de recursos humanos; falta de coordenação interna entre as entidades governamentais; falta de continuidade dos projetos, falta de cumprimento das contrapartidas pelos países receptores de cooperação, e a condição do país ter baixo ou muito baixo nível de desenvolvimento socioeconômico (PUENTE, 2010, p. 151-2). Considerando essas limitações, poder-se-ia pensar que países com menor nível de desenvolvimento teriam menos capacidades e, nesse sentido, menor possibilidade de compartilhar conhecimentos, informações e *expertise*.

Outro fator importante sobre a cooperação entre países em desenvolvimento se refere aos interesses do país prestador de cooperação, onde se questiona quais seriam as motivações envolvidas no estabelecimento de ações de cooperação entre o Brasil e os países em desenvolvimento. A cooperação brasileira para o combate ao HIV/AIDS desenvolvida no modelo Sul-Sul seria motivada, nesse sentido, apenas por questões altruístas, morais e éticas?

Autores como Leite et al (2013) questionam ainda a forma com que o país estabelece ações na área; ressaltam a necessidade de ampliação da publicação dos dados sobre a cooperação; refletem sobre o que realmente é ou deve ser considerado como Cooperação Sul-Sul, qual a logística da cooperação, quais os benefícios, e quem está sendo beneficiado no contexto dessas iniciativas.

Considerando que o objeto de pesquisa é a Cooperação Sul-Sul brasileira de combate ao HIV/AIDS, pretendeu-se verificar, por meio da análise de suas estratégias, se o país se manteve alinhado aos princípios da cooperação Sul-Sul, base em que se assenta o discurso oficial brasileiro sobre esse modelo de cooperação. Nesse sentido, a pesquisa propõe a seguinte hipótese:

- 1) A Cooperação Sul-Sul brasileira na área de combate ao HIV/AIDS mantém o país dentro dos princípios da Cooperação Sul-Sul, assumindo o papel de parceiro da cooperação entre países em desenvolvimento.

A Pesquisa tem como objetivo geral:

- a) Analisar as estratégias e a estrutura da Cooperação Sul-Sul brasileira em HIV/AIDS durante o período de 2002 até 2016.

Os objetivos específicos da pesquisa são:

- a) Avaliar a Cooperação Sul-Sul brasileira em HIV/AIDS no contexto da diplomacia de nicho, funcionando esta como um instrumento de inserção do país no sistema internacional;
- b) Analisar a Cooperação Sul-Sul na área de HIV/AIDS por meio das modalidades cooperação humanitária, cooperação técnica, cooperação científico-tecnológica, cooperação educacional e doação para organizações internacionais como parte da cooperação para o desenvolvimento internacional;
- c) Verificar se a cooperação brasileira na área mantém o país dentro dos princípios da Cooperação Sul-Sul, mantendo o discurso de que executa suas ações sem fins lucrativos, sem interesses, e assumindo o papel de parceiro de cooperação com países em desenvolvimento.

A metodologia utilizada será o método indutivo, com a análise de dados secundários qualitativos e quantitativos. Para a coleta de dados, os mesmos foram retirados de sítios oficiais como o Ministério da Saúde por meio da plataforma SISCOOP, Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Ciência e Tecnologia, Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços, Fiocruz, Agência Brasileira de Cooperação, Organização das Nações Unidas, Organização Mundial da Saúde, Organização Mundial do Comércio, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre a AIDS (UNAIDS), o sítio de serviço de informação ao cidadão, *e-SIC*, SIPRI¹⁴, Banco Mundial, Teses, Dissertações e Monografias na área, e literatura na área de Relações Internacionais.

A análise qualitativa exploratória, do tipo estudo de caso, utilizou como objeto a Cooperação Sul-Sul brasileira no combate ao HIV/AIDS. A cooperação foi analisada por meio das estratégias e da estrutura da mesma, no contexto das modalidades: cooperação humanitária, cooperação técnica, Cooperação Científico-Tecnológica, cooperação educacional e doação para Organizações Internacionais. Os dados foram coletados em sítios oficiais, tais como os referenciados anteriormente, entre os anos 2002 até 2016, bem como por meio de informações da literatura concernente à área de Política Externa Brasileira, Cooperação Sul-Sul, Cooperação brasileira em saúde, Cooperação brasileira em HIV/AIDS.

Foram analisados os projetos na área de HIV/AIDS estabelecidos pelo Brasil na forma bilateral, trilateral entre três ou mais países, e com Organismos Internacionais, representado pela CPLP, entre os períodos de 2002 a 2016. O estudo quantitativo baseou-se nas

¹⁴ SIPRI: *Stockholm International Peace Research Institute*

informações existentes no banco de dados construído para essa finalidade, sendo as informações analisadas por meio de modelo estatístico matemático no programa *Stata* 12.0.

O plano de pesquisa foi dividido nas etapas de coleta, onde se verificou quais as fontes de pesquisa iriam ser utilizadas; levantamento dos dados nas fontes selecionadas, e análise das informações coletadas. Procedeu-se ao levantamento inicial dos dados sobre projetos brasileiros na área e doação de antirretrovirais para a construção do banco de dados, e posteriormente foram coletados dados referentes as demais modalidades de cooperação mencionadas anteriormente.

A etapa de seleção dos dados qualitativos e quantitativos teve como objetivo verificar, como se estabelece a estratégia e a estrutura da cooperação brasileira em HIV/AIDS entre o Brasil e os países com os quais coopera nas diversas modalidades anteriormente apresentadas.

O período da pesquisa foi delimitado aos anos de 2002 até 2016, que corresponde ao marco inicial da cooperação brasileira na área e ao final do governo da Presidente Dilma Rousseff, que encerra treze anos de governo do partido dos trabalhadores. O período da pesquisa permite a análise, também, da expansão e aprofundamento das ações brasileiras estabelecidas na área, comparando-as ao governo anterior do Presidente Fernando Henrique Cardoso e o governo Dilma Rousseff que sucedeu o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva.

A coleta de dados, considerando o período de quinze anos, teve também a função de permitir melhor avaliação estatística por meio do aumento do número de observações, quando se considera o total de países com os quais o Brasil cooperou, bem como a quantidade de variáveis utilizadas na análise para o período em questão.

A pesquisa está organizada em cinco capítulos. O capítulo 1, a Introdução discorre sobre a questão da AIDS no Sistema Internacional, inserindo o tema como parte importante das Relações Internacionais; quais os interesses que motivaram o desenvolvimento da pesquisa na área; qual a relevância do tema e a justificativa da pesquisa; qual a teoria que irá embasar a análise, referindo-se a teoria das potências médias, ou *Middle Powers*. Faz-se uma breve referência às modalidades da Cooperação Sul-Sul brasileira na área de combate ao HIV/AIDS, destacando-se a ideia de cooperação estruturante em saúde como parte da análise das estratégias desenvolvidas na área. Na introdução justifica-se ainda a delimitação do tema, propõe-se a hipótese da pesquisa e se descreve quais são os objetivos gerais e específicos. Nesta seção expõe-se sumariamente a metodologia empregada, e como a pesquisa está estruturada.

O capítulo 2 apresenta a revisão da literatura sobre a teoria das potências médias, ou países intermediários, situando-a particularmente no século XX, e estendendo o estudo para o

início do século XXI, onde foram agregados ainda o conceito de potência regional e potência intermediária emergente. Descreve-se ainda como o Brasil se enquadra no conceito de *Middle Power* no sistema internacional, tomando-se como base de análise a cooperação na área de HIV/AIDS.

O capítulo 3 descreve a metodologia empregada na pesquisa, fazendo inicialmente referência ao método de estudo de caso, suas características e como a pesquisa se insere nesse referencial metodológico. Descreve-se ainda todo o processo da coleta de dados, especificando a finalidade de cada etapa.

O capítulo 4 analisou as estratégias e a estrutura da Cooperação brasileira Sul-Sul em HIV/AIDS, iniciando pela origem e estrutura do sistema internacional de cooperação, as modalidades que o compõe e quais as motivações da cooperação no contexto de algumas abordagens teóricas de Relações Internacionais. Após essa exposição inicial, a análise foi aprofundada e a cooperação foi analisada no contexto das modalidades consideradas como cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional, sendo estas: cooperação humanitária; cooperação técnica; cooperação científico-tecnológica, cooperação educacional e doação para Organizações Internacionais.

Embora a cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional ainda descreva como modalidades as missões de paz e proteção para refugiados, estas últimas não foram consideradas para análise, por não fazerem parte do escopo desta pesquisa. O capítulo analisa também a cooperação por meio de análise quantitativa, baseada no modelo linear generalizado.

O capítulo 5 conclui a pesquisa e analisa a Cooperação Sul-Sul brasileira de combate ao HIV/AIDS sob a ótica da diplomacia de nicho, verificando também, qual o papel desempenhado pelo Brasil nessa cooperação específica, se doador ou parceiro de cooperação. Um tópico final foi acrescentado em virtude da mudança no cenário político brasileiro devido à interrupção do governo da presidente Dilma Rousseff, e a observação de algumas mudanças iniciais para a coleta de informações decorrente dessa modificação.

A pesquisa se encerra com as considerações finais sobre o tema, fazendo uma análise final dos pontos que foram discutidos na pesquisa, quais as limitações encontradas sobre o estudo do tema e as contribuições da pesquisa para a área de estudo.

O campo da saúde no contexto das Relações Internacionais é um tema profícuo, e que necessita de mais trabalhos na área para que a dimensão da saúde em um contexto tão amplo e específico possa ser discutida e abordada. Pesquisas que abordam o tema da cooperação em AIDS contribuem para o estabelecimento de ações mais eficazes no campo da política pública

internacional em saúde, permitindo, nesse sentido, que populações mais desfavorecidas, particularmente de países africanos, tenham melhorias na estrutura do sistema de saúde de seus países, o que reflete diretamente, na melhoria das condições de vidas de seus nacionais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O conceito de país intermediário ou *Middle Power*, ainda não encontrou consenso entre os estudiosos sobre o tema. O desenvolvimento e o aprofundamento de estudos dessa categoria de países podem ser vistos ao longo do século XX, período em que as características atribuídas a esses países estiveram intimamente relacionadas ao contexto histórico-político mundial da época. Em tempos mais contemporâneos, características geográficas como a região a que o país pertence, bem como a velocidade de crescimento econômico, incorporaram mais complexidade aos estudos dos países intermediários, alguns deles também considerados potência regional e/ou potência emergente.

2.1 Teoria dos *Middle Powers*: das origens às tentativas de conceituação do termo

O conceito de poder intermediário ou *Middle Power* não encontra consenso que o defina de forma inteiramente adequada, e amplamente aceita entre os especialistas que estudam o tema (HOLBRAAD, 1984, p.1). Considerando o século XX e o início do século XXI, o termo *Middle Power* ou potência/poder intermediário (a) tem sido analisado sob perspectivas diferentes, sendo incorporado a esta análise, em tempos mais recentes, outros termos como potência regional e potência emergente.

Considerando abordagens para análise dos *Middle Powers* na literatura de relações internacionais, Chapnick (1999, p.74) faz referência à forma de entendimento do conceito. O autor discorre sobre abordagens utilizadas para explicar a teoria dos poderes intermediários ou *Middle Powers*, divididas em: abordagens funcional, hierárquica ou estrutural, e comportamental.

O autor refere que foi o diplomata canadense Hume Wrong, em 1942, que primeiro articulou a ideia do princípio funcional, ligando-o à participação do Canadá em assuntos internacionais. Chapnick (1999) refere que para o diplomata, a influência do Canadá no contexto das deliberações dos aliados sobre a II Guerra deveria estar baseada em “três critérios funcionais: a extensão de seu envolvimento, seus interesses e suas habilidades para contribuir para a situação em questão” (CHAPNICK, 1999, p. 74).

A ligação entre a ideia de capacidades funcionais e países que se consideravam como *Middle Powers* no contexto da II Guerra foi estabelecida por Lionel Gelber, quando este referendou que, se havia funções que diferenciavam as grandes potências do resto, o mesmo

critério deveria ser utilizado para os poderes intermediários, que também deveriam ser diferenciados dos poderes pequenos (GELBER, 1945 apud CHAPNICK, 1999, p. 74)¹⁵.

Segundo Chapnick (1999, p. 74), a abordagem funcional identifica “Estados que são capazes de exercer influencia nos assuntos internacionais em instâncias específicas, e assim se diferenciam do resto dos Estados”. O autor faz referência ainda à limitação da abordagem, explicando que a influência dos Estados intermediários é flutuante, ou seja, ela depende do contexto internacional onde suas capacidades políticas e econômicas estão inseridas.

O modelo comportamental considera as estratégias de ação dos países intermediários no sistema internacional. Nesse sentido, *Middle Powers* seriam aqueles países que utilizam o multilateralismo como meio de resolução para problemas internacionais, são assertivos, tendem a assumir posicionamento em disputas internacionais, além de exercer a ideia de “boa cidadania internacional” como fio condutor de sua diplomacia (COOPER, HIGGOT e NOSSAL, 1993, p. 19 apud CHAPNICK, 1999, p.75)¹⁶. Para Cooper, Higgot e Nossal (1993) as noções multilateralismo, gerenciamento de conflitos e poder moral representam a síntese de muitos trabalhos na literatura sobre o modelo comportamental.

O modelo hierárquico considera critérios para diferenciar países denominados como *Great*, *Middle* e *Small Powers*. Nesse sentido, indicadores como produto interno bruto, tamanho da população e/ou capacidades materiais foram utilizados para classificar os Estados. No período da Guerra Fria, com o sistema internacional fortemente influenciado pela questão da segurança internacional, os Estados intermediários foram diferenciados daqueles considerados como pequenos pela comunidade internacional (CHAPNICK, 1999, p. 79). Considerando o contexto internacional ao longo do século XX, com a eclosão das duas grandes Guerras Mundiais, e os períodos da Guerra Fria e pós Guerra Fria, a literatura que analisa os *Middle Powers* vai-se aproximar de um dos modelos inicialmente delineados por Chapnick (1999).

No sentido de sistematizar o pensamento, a análise do termo *Middle Power* se iniciará com a ideia de sistema de Estados, presente no estudo de Bull (2002), na ideia de potência, presente nos estudos de Wight (2002), e no contexto do pós I e II Guerras Mundiais, Guerra Fria e pós Guerra Fria, onde vários autores tais como Glazebrook (1947), Ridell (1947), Wood (1967), Keohane (1969), Holbraas (1984), Cooper, Nossal e Higgot (1993), Chapnick (1999), Hurrell (2000), Nolte (2010), Lima (2007) e Jordaan (2003), dentre outros também citados,

¹⁵ GELBER, L. (1945-6). “Canada New Stature” in *Foreign Affairs* 24 (October-July)

¹⁶ COOPER, A.; RICHARD, A. RIGGOTT; KIM, R. N. (1993). *Relocating Middle Powers Australia and Canada in a Changing World Order* (Vancouver. Ubc press)

vão discorrer sobre o tema, considerando para cada contexto em que estão inseridos, a análise de critérios ou ideias que ajudam a entender o termo, mesmo que controverso ainda nos tempos atuais.

Segundo Lima (2005, p. 1), países considerados como *Middle Powers* devem ter como característica pelo menos um dos seguintes fatores: “capacidades materiais, uma medida de auto percepção e o reconhecimento dos outros Estados, em especial das grandes potências”. Mas o que define uma potência no Sistema Internacional, e dentro desse universo e de forma mais específica, o que faz um Estado ser considerado grande, média ou pequena potência? Bull (2002), para desenvolver a ideia do que ele chama de Sociedade Internacional, inicia a argumentação determinando o que são Estados. O autor define Estados como unidades políticas independentes que possuem um governo soberano, o qual, no âmbito interno, seria reconhecido por meio da supremacia que exerce sobre todas as autoridades dentro do seu território. A afirmação da autoridade desse Estado também seria estabelecida no âmbito externo, mas não pela supremacia sobre outros países, e sim, pela independência do mesmo em relação às outras comunidades políticas que compõem esse Sistema (BULL, 2002, p.13).

Um sistema de Estados, sendo sinônimo de um Sistema Internacional, é estabelecido quando ocorre interação entre países, e quando o comportamento de um tem capacidade, concreta ou não, de afetar o modo de atuação do outro, sejam eles pertencentes à mesma região geográfica ou não (BULL, 2002, p.15). Nesse sentido, nos choques do petróleo nos anos 1970, os países que formam a OPEP (Organização de Países Exportadores de Petróleo), ao aumentarem o preço do barril na época, produziram impactos econômicos em todo o Sistema Internacional.

Quando um grupo de Estados, conscientes de certos valores e interesses os compartilham no seio de Instituições multilaterais, entendendo-se neste sentido que estão vinculados, Bull (2002, p. 19) considera que se forma então uma Sociedade de Estados, ou Sociedade Internacional.

Os Estados compartilhando certos valores e interesses, que podem e são discutidos no seio de Instituições Multilaterais, tais como a ONU, OMC e OMS, dentre outras, formam dentro do Sistema Internacional, uma Sociedade. Para a preservação do próprio Sistema, objetivos que estão incluídos na sobrevivência dos países no contexto internacional, bem como dessa Sociedade, podem ser referidos como: a manutenção da independência ou da soberania externa dos Estados individuais, e a manutenção da paz (BULL, 2002, p. 23).

No entendimento de Bull (2002, p. 24), a preservação da soberania dos Estados está subordinada a quatro objetivos: “a manutenção da própria Sociedade Internacional; da

soberania dos Estados individuais; da paz e a limitação da violência”. Considerando que existem Estados com poder¹⁷ diferente no Sistema Internacional, as grandes potências ou *Great Powers* seriam os protagonistas na formação dessa Sociedade, por se considerarem dela guardiães. Nesse sentido, e em nome do equilíbrio de poder, Estados menos poderosos foram repartidos e/ou absorvidos por potências mais poderosas nesse Sistema.

Wight (2002, p.5) entende que para ser considerada uma potência, o Estado deve ser composto de elementos cujos componentes básicos são: tamanho da população, posição estratégica e extensão geográfica, recursos econômicos, produção industrial, eficiência administrativa e financeira, aprimoramento educacional e tecnológico e coesão moral. O autor destaca que o termo grande potência foi referenciado em escritos do século XV na Itália, onde Veneza, Milão, Florença, o Estado Papal e Nápoles eram considerados *Great Powers* (WIGHT, p. 23-4). A aquiescência do termo só se tornou regularmente reconhecido no Congresso de Viena, onde Grã-Bretanha, Rússia, Áustria e Prússia, Estados aliados na Guerra contra Napoleão, selaram um acordo para restabelecer a paz e a estabilidade na região na condição de grandes potências vencedoras.

A Conferência de Paris, em 1919, coloca Estados Unidos, Grã-Bretanha, França e Itália como potências aliadas, e com poder de tomar as principais decisões políticas, impondo essas decisões aos Estados não considerados como tal. A imposição de normas não ocorreu sem protestos das potências menores, considerando tanto o contexto do pós I Guerra, quanto o do pós II Guerra Mundial (WIGHT, 2002, p.25).

As potências menores questionavam sob que autoridade esses Estados tinham o poder de decisão sobre todo o Sistema Internacional. O argumento das grandes potências, no contexto dessa discussão, considerou a quantidade de homens que cada uma delas tinha no *front* ao final da I Guerra. O significado dessa ação na Guerra demonstrava a presença e o poder militar que as mesmas detinham, e esta condição lhes concedia, nesse sentido, poder de

¹⁷ Poder é um conceito contestado, e que encontra entendimentos diferentes quanto ao seu significado. Em *A Política de Poder* (2002), Wight discorre sobre poder com o significado de potência, sendo esta caracterizada por capacidades materiais e imateriais, que sejam capazes de quantificar o poder de um Estado no Sistema Internacional. Em *Estado, Governo e Sociedade* (1987), Bobbio vai explicitar o significado de Poder no contexto de três Teorias fundamentais do Poder: a substancialista, a subjetivista e a relacional. Na primeira, poder é entendido como “uma coisa que se possui e se usa como um outro bem qualquer” (BOBBIO, 1987, p.77); na segunda, poder “é a capacidade do sujeito alcançar certos efeitos” (BOBBIO, 1987, p.77) e a terceira, que entende poder como “uma relação entre dois sujeitos, dos quais o primeiro obtém do segundo, um comportamento, que, em caso contrário, não ocorreria” (BOBBIO, 1987, p. 78). Considerando a teoria relacional do poder, em *Soft Power, The Means to Success in World Politics* (2004) Nye define poder como a habilidade de influenciar o comportamento dos outros para conseguir o (s) resultado (s) desejado(s), atuando por meio da coerção, da indução ou da atração. O trabalho de Nye discorre de forma abrangente sobre o conceito de *Soft Power*, entendido como a capacidade que um Estado tem em atrair outros Estados utilizando estratégias para se alcançar esse fim (NYE, 2004, p. 1-5).

decisão em relação aos outros Estados. No contexto da II Guerra, apenas as grandes potências ou *Great Powers* se consideravam aptas a ocupar e ter assento permanente no Conselho de Segurança das Nações Unidas, o que lhes permitia poder de veto, não sendo esse direito extensivo aos demais Estados (WIGHT, 2002, p.25-7).

A condição de grande potência de um Estado é determinada, em parte, pelo reconhecimento dos outros Estados sobre essa condição. Wight (2002, p.28) acrescenta ainda outro fator para esse reconhecimento, a autorevelação. A autorevelação significa para o autor, que “a existência daquilo que é reconhecido determina o ato de reconhecimento, e não vice-versa”. Nesse sentido, as Guerras pela conquista de territórios funcionam como revelação da pujança de um Estado vencedor sobre outro que perde ou é conquistado.

Além do contexto histórico e/ou os atributos de um Estado, a questão dos interesses do país, sendo estes qualificados como gerais e limitado, também devem ser considerados para que este seja percebido ou definido como uma grande potência. As grandes potências, nesse sentido, teriam interesses gerais, ou seja, a força política que possuem seria capaz de produzir efeito sobre todas as regiões do mundo (WIGHT, 2002, p.33). No entanto, todos os Estados que não se enquadram dentro desse conceito devem ser classificados como pequenas potências, ou existiria uma classe intermediária?

Wight (2002) fazendo referência ao termo potência média, ressalta que o mesmo tem sido usado a partir do fim da II Guerra Mundial. No entanto, ao fazer um levantamento histórico sobre a referência do termo antes desse período, o autor remonta a Tomás de Aquino (1225-1274) e o pensamento do mesmo ao tentar formular o próprio conceito de Estado. Utilizando a ideia de unidades políticas, Tomás de Aquino faz referência à presença de unidades políticas que estariam na posição intermediária de poder. No entanto, o autor encontra nessa tentativa de categorização, dificuldade de explicação e formulação do conceito (WIGHT, 2002, p. 312).

Na ideia de Botero (1544-1617)¹⁸ três séculos depois, Estados seriam domínios e seriam classificados como de tamanhos pequeno, grande ou intermediário quando comparados entre si. Para o autor, um domínio pequeno não teria condições de se manter sozinho, e necessitaria ser apoiado e protegido por outros Estados; um domínio intermediário, por outro lado, teria condições de se manter sem necessitar da ajuda de outros domínios, pois teria força e autoridade suficientes para se proteger. Os grandes domínios seriam superiores em relação

¹⁸ BOTERO, G. (1589). *Ragion di stato*.

aos pequenos e intermediários, independente de estes serem ou não os seus vizinhos (BOTERO, 1589 apud WIGHT, 2002, p.314-5).

A distinção entre potências grandes, médias e pequenas ao longo da história se mostrou difícil, assim como quais seriam, e como se identificariam essas potências. A categoria de potência intermediária no Sistema Internacional passou a ser mais discutida, nesse sentido, a partir do Congresso de Viena (WIGHT, 2002, p.318).

Em oposição aos grandes Estados, ou *Great Powers*, estão os Estados pequenos, ou *Small Powers*, conceituados como aqueles que, “reconhecendo que não podem obter segurança inicialmente pelo uso de suas capacidades, devem-se apoiar na ajuda de outros Estados e instituições para conseguir seus interesses” (ROTHSTEIN apud KEOHANE, 1969, p.293)¹⁹. Nesse sentido, necessitar de ajuda externa, ter um tempo limitado para corrigir ações políticas equivocadas no Sistema Internacional e a consciência dos poucos recursos de poder que possuem são características que não se alteram neste Sistema, e assim caracterizariam um Estado como *Small Power*²⁰. As definições aqui ressaltadas inserem-se no contexto da Guerra Fria, em que a questão da segurança internacional se sobrepunha às demais questões de interesses no Sistema Internacional.

Considerando como os Estados influenciam o Sistema Internacional, *Small Power* seria classificado como *system-ineffectual states*, ou seja, não tendo poder suficiente para transformar o Sistema sozinho, ajustar-se-iam ao contexto internacional em que estão inseridos (KEOHANE, 1969, p. 296). É no âmbito das instituições internacionais que Estados menos empoderados buscam alcançar seus interesses, agindo para esse intuito de forma coletiva. A balança de poder político seria outra forma dos Estados pequenos atuarem nesse Sistema, e nesse contexto, Grandes potências podem estabelecer ações cooperativas com potências consideradas pequenas, tendo como finalidade alcançar seus interesses (KEOHANE, 1969, p.297).

A recente epidemia do vírus Ebola no Continente Africano ilustra esta assertiva. A probabilidade de disseminação de um vírus que tem elevada letalidade como o Ebola, colocou a comunidade internacional em alerta. Vários países se comprometeram a contribuir financeiramente com recursos humanos e logísticos, participando e empreendendo ações por meio de instituições como a OMS, ou entre países, em nível local, nacional e internacional para tentar conter a epidemia, evitando que ela se espalhasse para outros continentes. Nesse

¹⁹ ROTHSTEIN, R. L.(1968). *Alliances and American Foreign Policy*. Baltimore, Md: John Hopkins Press, 1968. X+ 171pp.

²⁰ idem

contexto, um consórcio internacional de países (TULLY et al, 2015, p. 1) passou a intensificar pesquisas para o desenvolvimento de vacinas e drogas contra o vírus Ebola, que seriam e foram utilizadas nas populações afetadas, mesmo que ainda em fase de experimentação na época.

Entre os *Great* e os *Small Powers* estariam os *Middle Powers*. É no contexto do pós Guerra que a discussão sobre *Middle Powers* emerge no Sistema Internacional, considerando-se, particularmente, as negociações entre grandes potências e as demais potências. No caso da I Guerra, a discussão sobre países intermediários ocorreu no contexto da Liga das Nações, e no pós II Guerra, no contexto do Conselho de Segurança das Nações Unidas. Nesses dois momentos históricos, um grupo de Estados, não reclamando para a si a categoria de *Great Powers*, mas se considerando diferentes das pequenas potências, entenderiam que tinham força e capacidade de influência no Sistema Internacional. Estes Estados seriam reconhecidos como potências intermediárias ou *Middle Power* neste Sistema (GLAZEBOOK, 1947, p.307).

Segundo Riddel (1974), tamanho (extensão territorial), capacidades materiais, desejo e habilidade em aceitar responsabilidade, capacidade de influência e o grau de estabilidade no Sistema Internacional seriam características que identificariam Estados como *Middle Powers*, colocando-os em uma posição mais próxima aos *Great Powers* (RIDDEL 1974 apud WOOD, 1967, p. 4)²¹.

A presença de grandes potências (*Great Powers*) que sobrepujaram as pequenas (*Small Powers*) em contextos como Guerras e disputas por territórios são condições que se encontram descritas na história da humanidade, desde o período antigo (WOOD, 1967, p. 4). A discussão sobre potências no Sistema Internacional, e estando implícito neste contexto potência como poder, tem em trabalhos como o de Wight (2002) a discussão sobre características que identificariam e classificariam potências neste Sistema. Segundo Wight (2002), as potências pertenceriam a uma das seguintes categorias: dominantes, grandes, mundiais e menores, estando estas últimas divididas em potências médias e grandes potências regionais, no contexto do Sistema Internacional. Para Wight (2002):

Com mais precisão, pode ser argumentado que uma potência média é uma potência com poderio militar, recursos e posição estratégica de tal ordem, que em tempos de paz, as grandes potências desejam ter seu apoio. Em tempos de guerra, contudo, mesmo não tendo chance de sair vitoriosa, ela pode esperar infligir a uma grande

²¹ RIDDEL, R. G (1947). “*The Role of the Middle Powers in the United Nations System*” in *International Organization*, vol. 1, nº. 2 (June 1947)

potência, danos bem maiores do que esta última pode esperar causar, caso ataque a potência média (WIGHT, 2002, p.49).

E dentro deste escopo, Canadá, Austrália e Brasil se enquadrariam na categoria de potência média. O contexto internacional durante todo o século XX influenciou os estudos sobre os países intermediários, que incluiu o papel desempenhado pelos países, a influência, o poder e as estratégias que utilizavam para se inserir e atuar no sistema internacional. Nesse sentido, o desenvolvimento e o aprofundamento do estudo dos países intermediários estão intimamente relacionados ao contexto político da história mundial.

2.2 Os *Middle Powers* no contexto do pós I e II Guerras Mundiais, da Guerra Fria e do pós Guerra Fria

O período pós Guerra (I Guerra e II Guerra Mundiais) imediato demonstra a emergência das reivindicações dos *Middle Powers* no Sistema Internacional, particularmente no contexto das negociações da Liga das Nações e das Nações Unidas. O posicionamento de Estados que se reconhecem como *Middle Powers*, a exemplo de Canadá, Espanha, Austrália e Brasil era de que os mesmos deveriam ter maior participação nas instituições decisórias, particularmente, no Conselho da Liga das Nações, após a I Guerra Mundial, e no Conselho Segurança das Nações Unidas, após a II Guerra Mundial. Estes Estados alegavam, de forma geral, que a participação dos mesmos nos esforços de guerra, bem como suas localizações estratégicas, os credenciariam a ser reconhecidos como capazes de utilizar o seu poder para a manutenção da paz e segurança internacional, junto com os *Great Powers* (HOLBRAAD, 1984, p.58).

Trabalhos desses períodos (HOWARD-ELLIS, 1928; WEBSTER & HERBERT, 1933; STEPHENS, 1939 apud HOLBRAAD, 1984)²² chamaram a atenção para um grupo de países que, não sendo classificados como *Great Powers*, apresentavam importância suficiente para não serem classificados como *Small Powers*, e que pareciam pertencer a uma classe intermediária de poderes (HOLBRAAD, 1984, p.55).

As reivindicações de países como Brasil, Canadá, Austrália, Bélgica, Espanha entre outros, sobre um assento permanente no Conselho das Ligas das Nações, no pós I Guerra Mundial, e no Conselho de Segurança das Nações Unidas, ao final da II Guerra, não foram aceitas. A entrada no período da Guerra fria com a polarização do mundo entre duas

²² HOWARD-ELLIS (1928). “*The Origin, Structure, and Working of the League of Nations*”; WEBSTER, C. K. e HERBERT, S. (1933). “*The League of Nations in Theory and Practice*” (London: Allen & Unwin, 1933); STEPHENS (1939). “*Revisions*”.

Superpotências, as quais enfatizaram as questões relativas à segurança internacional, enfraqueceu as demandas de Estados que se reconheciam como *Middle Powers* (HOLBRAAD 1984, p.69).

O período da *détente* permitiu o alargamento das relações diplomáticas entre países pertencentes a blocos antagônicos, e destes com os países não alinhados. Este período facilitou, nesse contexto, que países considerados como *Middle Powers* ampliassem seu escopo de ação no cenário político internacional (HOLBRAAD, 1984, p.1; WOOD, 1987, p.4).

Exemplo da ampliação de relações entre países pertencentes a blocos ideológicos distintos é a relação entre Brasil e União Soviética no período da *détente*, inicialmente por meio de relações comerciais, e posteriormente, diplomáticas. As relações comerciais entre esses países remontam aos anos 1950, no contexto de alguns acordos de pagamento que permitiram o estabelecimento de comércio direto entre os países antes mesmo do restabelecimento das relações diplomáticas. Em 1962 foi criada a Coleste (Comissão de Comércio com a Europa Oriental), órgão ministerial sediado no Itamaraty, e que tinha por finalidade aumentar as relações econômicas entre o Brasil e os países daquela região. A Comissão reuniu-se em 1969 cinco vezes. Em dezembro do mesmo ano foi assinado um Protocolo de Intenções com a União Soviética para o fornecimento de máquinas e equipamentos, com financiamento soviético de US\$ 100 milhões de dólares entre os anos 1970-1974 (CERVO, 2011, p.444).

Distinto do período inicial do pós Guerra, a discussão sobre o papel dos *Middle Powers* no Sistema Internacional no período da *détente* mudou de foco. O papel de Estados considerados como *Middle Powers*, passa a ser visto como de mediação nesse Sistema (HOLBRAAD, 1984, p. 71), entendendo mediação como a capacidade do Estado em contribuir para desenvolvimento das Relações Internacionais (WOOD 1987, p.7).

No mesmo período, outra linha de estudo sobre *Middle Powers* emergiu tentando entender não necessariamente o papel que os mesmos exercem no Sistema Internacional, ou o que identifica países como *Middle Power*, mas sim, qual o poder relativo que esses Estados exerceriam dentro desse Sistema (HOLBRAAD, 1984, p.73).

Pesquisas que tentavam determinar o poder relativo de Estados considerados como *Middle Powers* encontraram limitações sobre os critérios que deveriam ser utilizados. Nesse sentido, extensão territorial e população foram usados por Vital (1980), o Produto Interno Bruto (PIB) foi utilizado por Hanson (1966), Burton (1965) utilizou a capacidade de produzir armas nucleares (VITAL, 1967; HANSON, 1966; BURTON, 1965 apud HOLBRAAD,

1984)²³. No entanto, a utilização desses critérios, em si arbitrária, produzia discrepâncias na análise, tornando a avaliação desse grupo de Estados bastante heterogênea (HOLBRAAD, 1984, p.75).

Avanço no pensamento sobre *Middle Powers* no Sistema Internacional é feito por Keohane (1969), ao inserir a ideia do papel sistêmico que os Estados líderes desempenham nesse cenário. O embasamento de seu pensamento se assenta na ideia de que, se para alguns analistas, sistemas podem ser classificados como sistema-dominante e subsistema dominante, dependendo da extensão que o sistema determina o comportamento do Estado, a mesma analogia poderia ser utilizada para Estados.

Nesse sentido, o autor desenvolve uma categoria de análise que tenta avaliar como os Estados afetam o Sistema Internacional. Na sua categorização, *system-determining states* são “Estados que teriam um papel crucial em moldar o Sistema Internacional”; *system-influencing states* são “Estados que, não sendo capazes de dominar o Sistema individualmente, podem ser capazes de exercer influência no Sistema por meio de ações unilaterais, bem como multilaterais”; *system-affecting states* são “Estados que não têm capacidade de afetar o Sistema Internacional agindo sozinhos, mas, por meio de alianças ou de coalizões no contexto de organizações internacionais e regionais, podem interferir no Sistema”, e por fim, os *system-ineffectual states*, que são “Estados que teriam menor capacidade de reagir à influência de poderes sistêmicos, exceto se em grandes grupos”. Estados *system-ineffectual* exerceriam pequena influência individualmente, e poderiam ser dominados por grandes potências²⁴ (KEOHANE, 1969, p.295-6).

O período pós Guerra Fria transformando um mundo bipolar em multipolar com uma grande potência dominante, os Estados Unidos, inseriu novamente reflexões sobre qual o papel que Estados que se consideram e são considerados como *Middle Powers* exercem nesse contexto. A reorganização de forças políticas nesse Sistema, com a emergência de novas potências, complexificou as relações entre países nesse novo contexto internacional.

²³ VITAL, D (1967). “*The Inequality of States. A Study of the Small Power in International Relations*”. Oxford: Clarendon Press; HANSON, E. (1966). “*The Economic Policies of a Middle Power*” in Gordon, Canada’s Role as a Middle Power; BURTON, J. W (1965). “*International Relations. A general Theory*”. Cambridge University Press.

²⁴ No original: A *system-determining state* plays a critical role shaping the system; *system-influencing* are states which cannot expect individually to dominate a system but may nevertheless be able significantly to influence its nature through unilateral as well as multilateral actions; *system-affecting states* cannot hope to affect the system acting alone but can nevertheless exert significant impact on the system by working through small groups or alliances or through universal or regional international organizations; *system-ineffectual* can do little to influence the system-wide force that affect them, except in groups which are so large that each state has minimal influence and which may themselves be dominated by larger powers; for the *system-ineffectual states*, foreign policy is adjustment to reality, not rearranged of it (KEOHANE, 1969).

Cooper, Higgot e Nossal (1993) identificaram quatro categorias de *Middle Powers*, utilizando para isso critérios classificados como: geográficos, normativos, posicional e comportamental. O critério geográfico identifica um Estado que se localiza entre duas grandes potências ou blocos, como a Turquia, país dividido em uma porção europeia e outra oriental. (COOPER, HIGGOT E NOSSAL, 1993 apud PATIENT, 2013, p.214).

O aspecto normativo identifica aqueles Estados intermediários que atuam como mediadores de crises globais dentro do Sistema Internacional, como por exemplo, os países que mandam observadores e efetivos para missões de *peacekeeping*. O Brasil nesse contexto participou, e ainda participa de várias missões de paz no mundo, sendo a mais recente a MINUSTAH, no Haiti.

O aspecto posicional identifica países que exercem um poder relativo entre grandes e pequenas potências, como por exemplo, países em posições estratégicas, como é o caso de Israel no Oriente Médio. No que tange ao critério comportamental, um Estado intermediário (*Middle Power*) no Sistema Internacional:

É aquele que age como um catalisador um empreendedor em assuntos regionais e globais, e assume a liderança de conseguir seguidores em torno de si; pode agir como um facilitador, planejando, convocando e sendo sede de encontros (Cúpulas, Seminários, Fóruns, etc.) para debates de assuntos e determinações de atividades futuras, podendo agir também como negociador com forte ênfase na construção de instituições (COOPER, HIGGOT E NOSSAL, 1993 apud PATIENT, 2013, p.214).

Pensando o Brasil como ator regional, pode-se destacar a formalização dos blocos MERCOSUL e UNASUL, em que o país teve ativa participação. No âmbito internacional, o país tem participado ativamente de questões de interesse global, como o clima e a epidemia de AIDS. Nesse contexto, o Brasil sediou a Rio 92 e a Rio +20 para debater as questões das mudanças climáticas, participou ativamente na organização do Fundo Global contra AIDS, Malária e Tuberculose, no início dos anos 2000, para garantir que durante as negociações houvesse igualdade de administração dos recursos tanto por representantes de países desenvolvidos, quanto de países em desenvolvimento (MELLO E SOUZA, 2011, p.25).

O Brasil foi um dos idealizadores da UNITAID, instituição criada em 2006 para aumentar as fontes de financiamento para o combate às doenças: Malária, Tuberculose e o HIV/AIDS. Na atualidade, a Instituição conta com outros países e organizações não governamentais tais como Bill & Melinda Gates (UNITAID, 2014).

Autores como Cooper (1997) argumentam que “*Middle Powers* têm mais necessidade e maior oportunidade de agir de forma hábil a rápida, e em conjunto com uma larga gama de

atores e instituições”²⁵(tradução da autora) (COOPER, 1997 apud PATIENT, 2013,p.220)²⁶, ressaltando ainda o mesmo, que:

A classificação de *Middle Powers*, como uma classe separada de países dentro de uma hierarquia de nações, está amparada não necessariamente em uma característica subjetiva, mas no fato de que esse tipo de país tem se engajado em algum tipo de atividade distinta²⁷ (COOPER, 1997 apud PATIENT, 2013, p.220).

Cooper et al (1997) utilizam o conceito de diplomacia de nicho para explicar o *modus operandi* de países considerados intermediários ou *Middle Powers*, mais especificamente Canadá e Austrália no sistema internacional. A diplomacia de nicho envolve “concentrar recursos em áreas específicas que são capazes de gerar ganhos importantes, ao contrário de tentar atuar em muitas áreas”²⁸ (tradução da autora) (EVANS apud COOPER, 1997, p.5)²⁹. Nossal e Stubbs descrevem quais são as características dessa diplomacia, que estariam divididas em: escopo, estilo, foco, forma e fórum (NOSSAL e STUBBS, 1997, p. 149).

O escopo da diplomacia de países intermediários consiste em ações que ultrapassariam os limites da região em que os mesmos estão localizados geograficamente, dando a ideia de que essa ação diplomática não seria estratégia exclusiva de grandes potências ou *Great Powers*. Nesse sentido, a noção de agir em prol do interesse internacional ou como um “bom cidadão internacional” baliza o papel de *Middle Powers* nesse sistema³⁰.

O estilo adotado por países intermediários como estratégia diplomática, “tende a assumir um papel de ativista, cujo intuito seria promover maior inserção dos mesmos em assuntos de interesse internacional”. Para isso, esses países geralmente atuam por meio de iniciativas internacionais elaborando planos de ação em determinadas áreas que têm, geralmente, *expertise* técnica; atuam procurando o suporte de outros Estados para suas ideias/ações. A finalidade desta última iniciativa é poder mostrar/demonstrar para as grandes potências, um *pool* de sugestões que envolvem soluções para problemas internacionais nos quais estão interessados/envolvidos em solucionar³¹.

²⁵ No original: “*Middle Powers have a great necessity and greater opportunities to act skillfully and quickly, and to do so together with a wide range of actors and institutions*”

²⁶ COOPER, A (1997). *Niche Diplomacy. Middle Powers after the Cold War*. Macmillan Press LTD. Great Britain.

²⁷ No original: “*The classification of middle powers as a separate class of countries in the hierarchy of nations stands or fall not on their subjective identification but on the fact that this category of actors engages in some kind of distinctive form of activity*”

²⁸ No original: “*Concentrating resources in specific areas best able to generate returns worth having, rather than trying to cover the field*”

²⁹ Cooper cita Gareth Evans, ex primeiro Ministro australiano, referindo os escritos dos anos 1980 do Instituto de Estudos Estratégicos da Universidade de Pretória.

³⁰ *idem*

³¹ *Ibidem*, p. 150.

O foco na redução de conflitos internacionais é a terceira característica da diplomacia dos *Middle Powers*. A ideia da ação do país, nesse contexto, é atuar para reduzir conflitos em zonas de Guerra, bem como empreender ações entre adversários para diminuir a tensão dos conflitos, agindo nesse sentido como mediadores (NOSSAL e STUBBS, 1997, p. 150). As características forma e foco fazem referência ao modo de ação dos países intermediários. No que se refere à forma, o multilateralismo é uma forma de ação que se sobressai mais do que o bilateralismo na atuação internacional dos *Middle Powers* no contexto das Instituições Internacionais³².

Na mesma linha de pensamento, Marque (2011) ressalta que *Middle Powers* têm “a tendência em encontrar soluções multilaterais para problemas internacionais, e de se comprometer e se posicionar em disputas internacionais, além de se comprometer com noções de boa cidadania internacional na condução da sua diplomacia”³³(tradução da autora) (COOPER, 1993 apud MARQUE, 2011, p.13)³⁴.

Outra linha de pensamento que aprofunda a análise sobre países considerados potências intermediárias ou *Middle Powers*, encontra-se no estudo de Hurrel et al (2000), que destaca as estratégias de política externa que esses países desenvolvem no sistema internacional. Os autores discutem sobre o poder dos Estados no seio das Instituições Internacionais, ressaltando que as mesmas funcionam como sítios de poder e discussão de interesses dos Estados, e não apenas um lugar para solução de problemas e compartilhamento de valores comuns dos mesmos, como defendido nas ideias liberais. Para os autores, as estratégias dos países nas instituições ajudam a explicar, “como novas normas emergem e são difundidas no sistema internacional, e como os interesses dos Estados mudam e se desenvolvem” nesse sistema (HURREL et al. 2000, p. 5).

Para Hurrel et al (2000), os interesses dos Estados Intermediários vêm mudando ao longo dos anos, e as Instituições Internacionais desempenharam e desempenham papel relevante nessa questão. Nesse tocante, os autores ressaltam que nas discussões de interesses no seio das Instituições Internacionais, países como Brasil, México ou Índia, por exemplo, são agentes ativos e passivos da implementação e difusão de normas. No contexto das Instituições, esses países estão expostos a novas normas, podem agir como canais de difusão

³² Ibidem, p. 151

³³ No original: “ *The tendency to pursue multilateral solutions to international problems, the tendency to embrace compromise positions in international disputes, and the tendency to embrace notions of “good international citizenship” to guide diplomacy*”

³⁴ passim

das mesmas, ou ainda podem forçar mudanças que já foram implementadas³⁵. Nesse último ponto, pode ser ressaltado o papel do Brasil nas discussões sobre questões ambientais sediando a Rio 92 e a Rio +20, bem como no contexto de ser um país signatário do Protocolo de Kioto e atuar ativamente na implementação de medidas que diminuem a emissão de gases carbônicos na atmosfera.

2.3 Os *Middle Powers* no século XXI

O início do século XXI incorpora outros termos na discussão sobre os países intermediários ou *Middle Powers*: potência regional, termo já existente e que também é referido no trabalho de Wight (2002) e potência emergente. Wight (2002, p. 47) divide as potências menores em potências regionais e potências médias. O autor refere que um Estado para ser considerado como grande potência regional teria interesses gerais limitados à região, seria um país com capacidade de agir por si só, o que lhe conferiria, nesse sentido, a aparência de grande potência local.

Nolte (2010), analisando a questão dos poderes regionais, faz a ressalva de que não existem critérios consensuais para esta análise, uma vez que não se teria respostas para perguntas que envolvem a diferenciação entre potências regionais e *Middle Powers* ou *Great Powers*, pois existem países que podem ser incluídos em mais de uma categoria. Outra questão que se coloca é: como comparar potências regionais? O autor tenta responder esses questionamentos em seu trabalho³⁶, ressaltando que um dos motivos que torna a análise complexa é a junção dos critérios poder e região (NOLTE, 2010, p. 884).

Baseando-se no arsenal teórico conceitual das relações internacionais, o autor discorre sobre o significado de poder para a escola realista. Na visão Realista, poder se refere a controle sobre recursos, principalmente militares, pode ser entendido também como produto da relação entre dois ou mais atores, no caso, Estados, como presente no pensamento de Nye Jr (2004) ao discutir sobre *Soft Power*, ou ainda, poder significando autoridade (LAKE, apud NOLTE, 2010, p. 885)³⁷. Mas como diferenciar potências regionais de *Middle Powers*?

³⁵ Idem

³⁶ Para Lemke, segundo Nolte (2010) no lugar de uma hierarquia de poder internacional haveria uma série de hierarquias de poder paralelas e superpostas, ou seja, o sistema internacional estaria subdividido em sistemas regional e sub-regional, havendo em cada região um Estado dominante, e este estaria subordinado à hierarquia do poder global, representada pelo poder dominante.

³⁷ LAKE, D. A (2007). “*Escape from the State of Nature. Authority and Hierarchy in World Politics*” in *International Security*, 32:1, p. 47-79.

Compilando dados da literatura, Nolte (2010) refere que grande potência regional poderia ser definida como:

Um Estado que é geograficamente parte de uma região; que é capaz de se posicionar contra qualquer coalizão de outros Estados na região a que pertence; que é altamente influente nos assuntos da região; um Estado que, ao contrário dos *Middle Powers*, pode ser também considerado um *Great Powers* em escala mundial além do seu papel regional (NOLTE, 2010, p. 889).

O autor destaca, ainda, que em literatura mais recente existem trabalhos que diferenciam países entre *Middle Powers* tradicionais, como Canadá, Austrália, Nova Zelândia (dentre outros), e novas potências regionais emergentes ou potências intermediárias emergentes ou *Middle Powers* emergentes, categorias nas quais o Brasil estaria também inserido (NOLTE, 2010, p. 890). Para discussão desse contexto, o autor ressalta fatores que podem ser utilizados para a análise dessa diferenciação. Nesse sentido, o autor faz referência ao papel que o país desempenha no sistema internacional³⁸; a capacidade de liderança que o Estado tem na região, que inclui a discussão sobre recursos de poder e autoconcepção³⁹, além da questão da segurança regional, em que o Estado “teria e/ou seria responsável” pela segurança regional e manutenção da ordem na região (NOLTE, 2010, p.890).

Nolte (2010, p. 891) ressalta ainda a questão da estratégia como categoria de análise das potências regionais. Nesse contexto, países considerados potências regionais usariam como estratégia para alcançar seus interesses no sistema internacional a formação de coalizões nas negociações no seio das instituições internacionais e/ou regionais, bem como ações de cooperação regional. Nessa mesma linha de pensamento, Hurrell (2013, p.208), discutindo sobre narrativas da emergência no contexto do aparecimento e crescimento de potências emergentes destaca, também, o papel das instituições como Fóruns de atuação das potências regionais, e as estratégias utilizadas pelas mesmas a fim de alcançar seus interesses.

Para Nolte (2010), o uso do termo potência regional, média, intermediária ou *Middle Power* não são mutuamente excludentes, uma vez que podem ser complementares. Para o autor, países considerados como potências regionais podem também ser considerados como potência média ou *Midde Power*. Nolte (2010) destaca a definição de poder regional de um Estado quando:

³⁸ Para o autor os tradicionais *Middle Powers* são definidos por seu papel na política internacional, e os novos *Middle Powers* são inicialmente, potências regionais.

³⁹ Considerando a ideia de autoconcepção, o Estado que se reconhece como potência regional ou *Middle Power*, implica dizer que este auto reconhecimento depende do reconhecimento do status de potência regional ou *Middle Power* por outros países da região (NOLTE, 2010, 892).

Articula a pretensão de ser liderança regional considerando os aspectos geográfico, econômico e político-ideacional; Dispõe de recursos materiais (militares, econômicos, demográficos) e ideológicos para projeção de seu poder regional; tem grande influência nos assuntos regionais; é econômica, política e culturalmente interconectado com a região; influencia de maneira significativa a delimitação geopolítica e a construção político-ideacional da região; exerce influência por meio de estruturas de governança regional; define e articula uma identidade e um projeto regional comum, provê bens coletivos para a região ou participa de maneira significativa na provisão de bens coletivos; define a agenda de segurança regional de modo significativo; a posição de liderança regional é reconhecida ou ao menos respeitada por outros Estados dentro ou fora da região; está integrado em Fóruns inter-regionais e globais, e instituições onde se articulam não apenas seus próprios interesses mas age também, ao menos de forma rudimentar, como representante dos interesses regionais⁴⁰ (tradução da autora) (NOLTE, 2010, p. 893).

Considerando a definição de poder regional construída por Nolte (2010), as ideias de liderança e autopercepção, bem como as estratégias utilizadas em nichos da política externa brasileira, permitem categorizar o Brasil como potência regional, não o excluindo do seu papel histórico como *Middle Power*, nem limitando, nesse sentido, outras possíveis categorizações a ele também atribuídas, como o de potência emergente.

Aprofundando a discussão sobre *Middle Power* em tempos mais recentes, particularmente o início do século XXI, e ideia de “emergência”, já ressaltada por Hurrell (2013), ganhou força principalmente com a observação do economista chefe da Goldman Sachs⁴¹, que chamou a atenção, à época, sobre um grupo de países com rápido crescimento econômico entre o fim dos anos 1990 e início dos anos 2000 (O’Neil, 2001). Na época, o prognóstico de O’Neil (2001) era de que, a continuar naquele ritmo de crescimento, este grupo de países chamados de BRIC, acrônimo de Brasil, Rússia, Índia e China, superariam as economias de países industrializados ao final daquela década (LIMA, 2013, p. 169).

Lima (2007, p. 169), discorrendo sobre a imprecisão conceitual do termo “país intermediário ou país emergente”, ressalta que essas categorizações têm sido utilizadas com

⁴⁰ No Original: “which articulates the pretension (self-conception) of a leading position in a region that is geographically, economically and political-ideationally delimited; + which displays the material (military, economic, demographic), organizational (political) and ideological resources for regional power projection; + which truly has great influence in regional affairs (activities and results). In addition, it is expected that a regional power is a state + which is economically, politically and culturally interconnected with the region; + which influences in a significant way the geopolitical delimitation and the political-ideational construction of the region; + which exerts this influence by means of regional governance structures; + which defines and articulates a common regional identity or project; + which provides a collective good for the region or participates in a significant way in the provision of such a collective good; + which defines the regional security agenda in a significant way; + whose leading position in the region is recognized or at least respected by other states inside and outside of the region, especially by other regional powers; + which is integrated in interregional and global forums and institutions where it articulates not only its own interests but acts as well, at least in a rudimentary way, as a representative of regional interests”

⁴¹ A Goldman Sachs é uma firma de gestão de investimentos e banco de investimento, que fornece uma ampla gama de serviços financeiros para uma base de clientes substancial e diversificada que inclui corporações, instituições financeiras, governos e indivíduos. Disponível em : <http://www.goldmansachs.com/who-we-are/at-a-glance/index.html>. Acesso em 20/12/2016

ao menos três significados diferentes: objetivo, subjetivo e social. Lima (2007) ressalta ainda, que estes significados possuem, também, uma “forte analogia com as três definições clássicas de poder”: poder decorrente da posse de recursos tangíveis; poder relacional ou significando influência, e poder sobre resultados.

Correlacionando significados e significantes, Lima (2007, p.170) descreve que o poder com significado objetivo, implica na posse de recursos e capacidade materiais convencionais tais como, produto interno bruto, tamanho da população, do território e gastos militares.

Poder com significado subjetivo implica na autopercepção, ou na aspiração do país em ser/ter reconhecido como um país emergente ou intermediário no cenário internacional (LIMA, 2007, p. 171). Para tanto, países que se entendem nessas condições tentariam demonstrar que possuem poder, e utilizariam como estratégias construir capacidades materiais tais como poderio militar, bem como agir por meio de ativa participação em arenas multilaterais, chamadas de “meta-poder”⁴².

A dimensão social entende que o papel desempenhado pelos países intermediários no contexto da Guerra Fria, conferiu-lhes um *status* diferenciado no contexto de países pertencentes ao Terceiro Mundo. Com o fim da Guerra Fria, outros dois papéis surgiram para os países que se consideram intermediários: “a ativa participação nas operações humanitárias e de paz das Nações Unidas, e o papel não institucionalizado e *ad hoc* de potência regional, que tem a capacidade de exercer forte influência na estabilidade da região ao qual pertence”. (LIMA, 2007, p. 174).

Jordaan (2003, p.168), na tentativa de distinguir entre países intermediários tradicionais e países intermediários emergentes utilizou características que podem ser atribuídas a essas duas categorias conceituais, diferenciando-as. Nesse sentido, separando as diferenças entre constitutivas e comportamentais, o autor destaca que os critérios constitutivos seriam: i) tradição democrática, onde os emergentes seriam relativamente instáveis ou recentemente democratizados, ao contrário dos *Middle Powers* tradicionais; ii) o período da Guerra Fria e pós Guerra Fria como determinante da emergência dos *Middle Powers* tradicionais na primeira, e dos emergentes, na segunda; iii) a região onde se localizam os *Middle Powers*, sendo os tradicionais no centro industrializado, e os emergentes na semiperiferia em desenvolvimento; iv) o tipo de distribuição de riqueza doméstica, que no

⁴² A expressão meta-poder aparece nos escritos de Krasner (1985), onde o autor conceitua o termo como “o exercício de uma ativa diplomacia parlamentar nestes Fóruns”. KRASNER, S.D. *Structural Conflict: Third World Against Global Liberalization*. Los Angeles: University of California Press. 1985.

caso dos emergentes é muito desigual, contrastando com os tradicionais *Middle Powers*, que se mostra altamente equilibrada; v) a capacidade e influência regional, onde os emergentes *Middle Powers* têm elevada influência, enquanto os tradicionais, baixa; vi) e a percepção de neutralidade regional, que no caso dos países intermediários tradicionais se mostra ambivalente e com baixa importância, contrastando com os emergentes, que demonstram uma auto associação regional e elevada significância.

No que se refere aos critérios comportamentais, Jordaan (2003, p. 168) refere que a orientação regional dos emergentes é moderadamente importante, com ações para integração e cooperação regional, enquanto que para os *Middle Powers* tradicionais, essa orientação se mostra ambivalente. No que se refere às ações que podem mudar a ordem global, os emergentes têm uma postura reformista e em busca de legitimidade de suas ações, enquanto os tradicionais, de apaziguamento e legitimidade. O autor cita por último, a proposta por uma construção de identidade internacional, que no caso dos emergentes, mantém distância dos Estados mais fracos, e os tradicionais, mantém distância dos Estados mais fortes da região.

Considerando os vários conceitos de países intermediários ou *Middle Powers* descritos anteriormente, observa-se um crescente em termos de conhecimento sobre os mesmos, e a tentativa de encontrar um “lugar comum” para países que se enquadrariam nessa categoria, no universo das relações internacionais. A grande diversidade de países que se consideram e são considerados como países intermediários impossibilita em grande parte, uma visão mais homogênea desse grupo de Estados, que trazem histórias e perpassam pelo século XX com características próprias, muitas vezes, incomparáveis.

O entendimento do que é um país intermediário, seja ele tradicional ou emergente, ou ainda regional não são excludentes, e características observadas em determinados países intermediários, considerados como tradicionais, podem ser visualizadas em outros países intermediários considerados como emergentes, ou potências regionais, como é o caso da diplomacia de nicho, presente nos estudos de Cooper, Higgot e Nossal (1997) ao detalhar o Canadá e a Austrália como *Middle Powers* no sistema internacional.

O Brasil é um dos países que se enquadraria em várias definições de país intermediário, podendo ser estudado, ainda, como uma potência média regional, ou como uma potência emergente. Embora o Brasil não seja considerado um país intermediário tradicional, a forma como atua nas ações para o combate ao HIV/AIDS pode ser considerada um nicho de *expertise* da política externa brasileira, e nesse sentido, poderia ser enquadrado como diplomacia de nicho, e ter suas características analisadas por meio desse escopo teórico.

A cooperação em saúde estabelecida pelo Brasil no sistema internacional enquadra-se, também, no que se entende como *Soft Power*. Diferenciando-se do conceito de *Hard Power*, que se baseia em características como comando e/ou coerção para que os interesses do Estado sejam alcançados, o poder brando ou *Soft Power* utiliza instrumentos como persuasão e atração (NYE, 2004, p. 2).

Soft Power segundo Nye (2004, p.5-6) é “a habilidade de um Estado em moldar as preferências dos outros Estados” e essa capacidade de estabelecer preferências “tende a ser associada com características intangíveis tais como a personalidade de um líder, a cultura, os valores políticos e as instituições, e políticas que são vistas como legítimas, ou que têm autoridade moral para serem instituídas”⁴³ (tradução da autora). As políticas empreendidas pelo país podem ser vistas como legítimas, ou tendo autoridade moral para serem implementadas, e nesse sentido, *Soft Power* não seria simplesmente influenciar o Sistema, mas também, o quanto e como um Estado conseguiria exercer seu poder de atração no intuito de alcançar o interesse desejado (NYE, 2004, p.5-6).

Trazendo o entendimento de diplomacia de nicho para o contexto da Cooperação Sul-Sul brasileira de combate ao HIV/AIDS, a experiência do Estado brasileiro na área do combate à epidemia, e consequente desenvolvimento de expertise sobre o assunto, contribuíram para respaldar suas ações no sistema internacional. O escopo, estilo, o foco a forma e os Fóruns de atuação do Brasil, no que se refere ao combate à epidemia de HIV/AIDS, possuem características relacionadas à diplomacia desenvolvida por países intermediários ou *Middle Powers*. Somado a isso pode ser observado, também, que a cooperação na área de combate à epidemia de HIV/AIDS no mundo corresponde a uma área específica da cooperação em saúde desenvolvida pelo Brasil. A cooperação na área é um nicho de *expertise* técnica brasileira, que inserida no contexto da política externa, pode ser considerada como estratégia do país para a consecução de seus interesses no sistema internacional.

A expertise do Estado brasileiro na área de combate à epidemia de HIV/AIDS contribuiu para respaldar suas ações no sistema internacional. O *know-how* brasileiro na área, a baixa prevalência da doença no país, bem como a importância que a temática recebeu durante o governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva são fatores que permitem a análise de como o país pode influenciar o Sistema Internacional. Retomando as categorias destacadas

⁴³ No original: “*Soft Power rests on the ability to shape the preferences of the others*”, “*the ability to establish preferences tend to be associated with intangible assets such as attractive personality, culture, political values and institutions, and policies that are seen as legitimate or having moral authority*”.

por Keohane (1969, p. 236), no que se refere à forma como os Estados influenciam o Sistema Internacional, o Brasil seria um *system-influencing state*, ou seja, um país que tem capacidade de influenciar o Sistema por meio do *soft power* estabelecido pela Cooperação Sul-Sul de combate ao HIV/AIDS.

2.4 O Brasil como *Middle Power* no contexto da cooperação em HIV/AIDS

Reflexões sobre países considerados *Middle Powers* no Sistema Internacional estiveram e ainda estão fortemente associados ao contexto político internacional. Nesse sentido, este grupo de países esteve inserido em vários contextos, tais como nas disputas de poder no seio de Organizações e de Instituições decisórias no pós Guerra (Liga das Nações e Conselho de Segurança das Nações Unidas); na capacidade de articulação com outros países nesse Sistema, desempenhando o papel de mediador entre polos opostos de poder; na avaliação do poder que exerciam entre grandes e pequenos Estados, e mais recentemente, no contexto da (s) estratégia (s) de atuação e inserção que os *Middle Powers* utilizam no Sistema Internacional.

O Brasil caminhou se considerando e sendo considerado como *Middle Power* em todas essas fases do contexto político internacional. Podendo ser classificado como um *system-influential state* (KEOHANE, 1969, p.236), o país vem tentando exercer influência no Sistema tanto por meio de ações unilaterais, bilaterais, quanto por iniciativas multilaterais.

O enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no país por meio da participação da sociedade, movimentos sociais, profissionais de saúde, governos, ONGs, setores público e privados e Universidades, determinou que houvesse uma resposta rápida no que se refere à doença, sendo instituídas ações em prol das pessoas e grupos de pessoas atingidas inicialmente pela doença, e que, diante do avançar da epidemia, foi ampliado para todos os segmentos da sociedade.

A instituição do Programa Nacional de combate ao HIV/AIDS, tendo como uma de suas principais ações o acesso universal ao tratamento antirretroviral, permitiu que o Brasil estruturasse seu conhecimento e ampliasse sua experiência no manejo da epidemia ao longo dos anos. A baixa prevalência da doença na população geral, atualmente entre 0,4 e 0,7% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a) no contexto de duzentos milhões de habitantes, credita ao país *know-how* na área, sendo objeto de demanda por cooperação sobre o tema.

O Brasil tem participado ativamente em Fóruns Internacionais para discussão sobre a epidemia de HIV/AIDS, podendo ser citado a aprovação das propostas brasileiras sobre a

disponibilidade de medicamentos antirretrovirais, em 2001, e o acesso a medicamentos antirretrovirais, como um direito humano básico, por meio da Resolução 33/2001 aprovada na 57ª Sessão da Comissão das Nações Unidas para Direitos Humanos. Ressalta-se também a ativa participação nas discussões para a confecção da Declaração de Compromisso sobre AIDS/HIV, “onde se reconhece a necessidade de adoção de uma abordagem integral entre prevenção, tratamento e proteção dos Direitos Humanos como único caminho de conter de forma efetiva a disseminação da doença” (LIMA; CAMPOS, 2010, p.124).

A participação do país nas negociações sobre direito à saúde e direito de patentes foi essencial para a aprovação da Declaração de Doha sobre TRIPS e saúde pública na Organização Mundial do Comercio, em 2001, colocando o Brasil no centro das discussões sobre a epidemia de AIDS no contexto do Sistema Internacional (LIMA; CAMPOS, 2010, p.124). A articulação entre países em desenvolvimento no âmbito de Fóruns multilaterais tais como a ONU e OMS, ocorre por um alinhamento de pensamento, fortalecendo o posicionamento dos mesmos sobre questões que esses países se propõem a discutir nesses organismos internacionais. Pode-se citar como exemplo mais recente desse contexto, os encontros dos Ministros da Saúde dos BRICS às margens da Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde para discutir temas de interesses dos cinco países do Fórum no contexto da Organização.

A temática da AIDS faz parte da política externa brasileira, podendo ser destacada a sua presença por meio dos Acordos e Ajustes Complementares a Acordos de Cooperação presentes tanto no governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, como no governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva. No governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva observa-se, na comparação com o governo anterior, o aprofundamento e a ampliação do combate à epidemia de AIDS, quando se observa o aumento do número de Acordos e Ajustes Complementares a Acordos de cooperação Técnica na área, e a instituição efetiva de ações de cooperação internacional.

Retomando a ideia de diplomacia de nicho como estratégia de países intermediários para a consecução de seus interesses no Sistema Internacional, Marque (2011) destaca que essa estratégia é entendida como a habilidade que um Estado tem em aumentar a sua influência internacional, por meio de suas capacidades específicas (COOPER, 1997 apud MARQUE, 2011, p.19).

Cooper (1993) vai ressaltar que a diplomacia de nicho pode ser traduzida como os ganhos político, econômico, comercial, etc, que o país pode obter de forma mais rápida, ao empreender ações em determinadas áreas, utilizando como estratégia a concentração de

recursos em áreas específicas, ao invés de tentar atuar em várias áreas ao mesmo tempo (Cooper, 1993, p. 25-6). Grandes, médias e pequenas potências no Sistema Internacional podem utilizar a diplomacia de nicho a fim de alcançar seus interesses, no entanto, o que diferencia o estabelecimento dessa estratégia entre essas categorias de potências, é a vontade e a necessidade de a implementar.

Middle Powers e *Small Powers*, nesse contexto, são países que para alcançar seus interesses no Sistema Internacional são compelidos a adotar estratégias por vontade ou necessidade, e nesse sentido, a diplomacia de nicho se enquadra nessa visão. Países como os Estados Unidos, considerados como *Great Powers* por seu poderio econômico e militar, têm a capacidade de exercer influência e poder em várias regiões do mundo. A vontade e a necessidade de agir e/ou atuar em áreas específicas, neste caso, coloca-se de forma diferente, podendo ser atribuída à manutenção do *status quo*.

Middle e *Small Powers* são incentivados e/ou sentem a necessidade de atuar em áreas específicas (saúde, meio ambiente, comercio, etc) no sentido de diminuir a dependência em relação a grandes potências, buscando, nesse sentido, por mais autonomia em assuntos de seus interesses nesse Sistema.

O que se observa no contexto da cooperação brasileira Sul-Sul na área de combate ao HIV/AIDS é que o país, estruturando seu programa nacional de combate à epidemia, construiu os alicerces de sustentação para a ampliação da iniciativa por meio do estabelecimento de ações na área com outros países. O combate à epidemia de HIV/AIDS no Brasil engloba ações de prevenção, diagnóstico, tratamento, assistência às pessoas com HIV/AIDS, além da ideia de não discriminação de pessoas portadoras/doentes do/com o vírus da AIDS, orientações que também estão presentes no contexto dos projetos técnicos estabelecidos pelo país nas ações de cooperação internacional.

Partindo-se da premissa que o Brasil é um *Middle Power* no Sistema Internacional, podendo ser caracterizado como um *system-influencing state* (KEOHANE, 1969, p. 236), a cooperação em HIV/AIDS empreendida pelo mesmo é capaz de exercer influência nesse Sistema, ao se considerar as estratégias e a estrutura da mesma, no contexto das ações que estabelece.

A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS, que dentre suas várias estratégias tem como um de seus resultados mais positivos a baixa prevalência da doença no país, respalda o *know-how* brasileiro na área, e funciona como poder de atração em relação a outros países que demandaram, a partir dessa visão, cooperação para o combate à epidemia em seus países.

A cooperação brasileira em HIV/AIDS seria um instrumento do país capaz de influenciar debates, ações e articulações bilaterais, trilaterais ou multilaterais sobre o tema no Sistema Internacional, funcionando sob esta perspectiva, como ferramenta de inserção política do país nesse Sistema, ao agir de forma estratégica, utilizando como meio de consecução de seus interesses, o *Soft Power*.

Considerando a cooperação brasileira na área como uma estratégia de atuação do país no Sistema Internacional, esta ocorre no contexto da *expertise* do país sobre o tema, podendo esta ser analisada dentro do escopo da diplomacia de nicho. Nesse sentido, o Brasil ao cooperar na área de combate ao HIV/AIDS, pode ser analisado como um país intermediário que utiliza uma estratégia, inicialmente atribuída a países intermediários tradicionais, como meio de inserção e consecução de seus interesses nesse sistema, procurando, ademais, exercer influência sobre essa temática no contexto internacional.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa é um estudo de caso, cujo objeto de análise é a Cooperação Sul-Sul brasileira no combate ao HIV/AIDS, que foi estudada por meio de análise qualitativa e quantitativa. As análises qualitativa e quantitativa foram realizadas por meio de dados secundários coletados através de pesquisa bibliográfica, análise documental e eletrônica. Os dados quantitativos utilizados para construir o banco de dados foram analisados por meio de modelo estatístico. A técnica utilizada para avaliar os dados qualitativos ocorreu pela análise de conteúdo por meio de análise temática dos projetos. Por se tratar de uma pesquisa que pretendeu conhecer mais e compreender mais sobre o fenômeno, a mesma se caracteriza como exploratória.

3.1 Definição de Estudo de caso

Um estudo de caso, conceitualmente, pode ser atribuído a uma família ou qualquer outro grupo social, um pequeno grupo, uma organização, um conjunto de relações, um papel social, um processo social, uma comunidade, uma nação ou mesmo toda uma cultura (GIL, 2002, p. 137). Para Yin (2001, p. 19), estudos de caso são estratégias de pesquisa quando surgem perguntas do tipo “como” e “por que”, “quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos, e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real”.

Para Gerring (2004, p.342) um estudo de caso é aquele onde ocorre um estudo intensivo de uma unidade de análise simples com a proposta de entender um número maior de unidades similares. A unidade de análise pode ser um país, um partido político, um processo eleitoral, um indivíduo, etc., que pode ser estudada em um ponto específico do tempo, ou durante um período.

Yin (2001, p.32) refere que estudo de caso é “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. Gil (2002) ressalta que um estudo de caso pode ser uma pesquisa com apenas uma unidade de análise ou formada por mais de uma unidade, identificado como caso (s). Para o autor, o estudo de caso com apenas um caso pode ser devido à dificuldade de acesso a múltiplos casos, tendo o pesquisador, nesse contexto, a oportunidade de investigar apenas um deles.

Como metodologia de pesquisa, o estudo de caso não está livre de críticas, sendo as mais comumente citadas: a falta de rigor da pesquisa e a limitação da metodologia em fornecer pouca base para propor uma generalização científica (GIL, 2002; YIN, 2001).

3.2 Coleta de dados: quais as fontes de pesquisa utilizadas

A pesquisa inicial dos dados da cooperação brasileira na área de combate ao HIV/AIDS partiu da observação de informações coletadas na dissertação de mestrado (DUNDA, 2012), onde se observou que havia iniciativas na área no âmbito do MERCOSUL, do Fundo IBAS, e da UNITAID.

Outro ponto de partida foi um artigo publicado por Lima e Campos (2010), analisando o perfil da cooperação técnica em AIDS no mundo, que fazia referência aos primeiros países para os quais o Brasil tinha doado antirretrovirais, dando início assim à cooperação na área.

Procedeu-se inicialmente à pesquisa da cooperação no combate ao HIV/AIDS nos sítios da Agência Brasileira de Cooperação (ABC) e do Ministério da Saúde, no subsetor Relações Internacionais. No sítio da ABC não constava a informação sobre a doação de antirretrovirais, mas havia informações sobre os projetos brasileiros na área. No sítio do Ministério da Saúde por meio da plataforma SISCOOP, que estava inserida no subsetor Relações Internacionais, havia a discriminação da cooperação brasileira exercida país a país, constando, também, as informações sobre projetos, e a ajuda humanitária efetuada por meio de doação de medicamentos, além do resumo executivo da cooperação com o país, e o resumo de todos os projetos estabelecidos entre o Brasil e o país pesquisado.

A análise inicial feita no sítio da ABC procurou por projetos brasileiros no modelo Sul-Sul na área de saúde estabelecidos na forma bilateral e trilateral com países em desenvolvimento. A coleta de dados excluiu ações cooperativas em que o país constava como receptor, uma vez que o objetivo da pesquisa considera a modalidade Sul-Sul como um meio de inserção do Brasil no Sistema Internacional, e as práticas desse modelo de cooperação estão de acordo com os princípios dessa ação. A cooperação recebida pelo país, nesse sentido, foge ao escopo dos objetivos desta pesquisa, e por isso não foi considerada.

O levantamento de dados no sítio da ABC seguiu a seguinte lógica:

- 1) pesquisa de projetos;
- 2) tipo de cooperação: procurando inicialmente por projetos na modalidade Sul-Sul;
- 3) na pesquisa por área geográfica foram incluídas todas as regiões;

- 4) Setor de atividade: saúde;
- 5) Situação do projeto: concluído.

Mediante as informações apresentadas, fez-se a análise de conteúdo dos projetos, selecionando aqueles em que apareciam os descritores HIV/AIDS, AIDS e/ou antirretrovirais no enunciado do texto e/ou no corpo descritivo do mesmo, sendo incluídas, também, descrições de ações cooperativas onde os termos referidos anteriormente não apareciam no enunciado, tampouco no texto, mas constavam na especificação do setor ou subsetor da cooperação.

A pesquisa no sítio do Ministério da Saúde seguiu a mesma lógica da coleta de dados da ABC, uma vez que a página disponibilizava a visualização da cooperação brasileira na área abrindo a “aba: O Ministério” onde se podia visualizar a referência: Relações Internacionais. Nesse sentido, a abertura da referência “Relações Internacionais” direcionava para a subseção Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA), e dentro desta poderia ser acessado a plataforma SISCOOP (Gestão de Projetos e Ações de Cooperação Internacional em Saúde), o que permitia o levantamento de todas as ações cooperativas do Brasil na área de saúde, país a país.

Ao utilizar a plataforma SISCOOP, verificava-se inicialmente se havia a existência de projeto (s) na área com o país pesquisado, procedendo-se então à análise da descrição do mesmo. No resumo executivo do projeto era observado se tinha havido a doação de antirretrovirais para o país, sua quantidade, e em que período se deu tal doação. A doação de medicamentos se inseria no tópico Ajuda Humanitária, que fazia parte do resumo executivo da cooperação, e informava sobre a doação prestada pelo Brasil na área. A pesquisa pela doação de medicamentos e por projetos executados se orientou pelo conhecimento de que essas duas iniciativas são consideradas como modalidades da cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional.

No levantamento no SISCOOP foi verificado, também, qual a situação (em andamento, em negociação, concluído, suspenso) do projeto, quais as instituições participantes e quais os gastos totais, discriminando os mesmos de acordo com as instituições envolvidas na iniciativa. Foram considerados para análise apenas os projetos concluídos.

Outra fonte de informação documental pesquisada foi o relatório publicado, em 2010, pela Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA), órgão adstrito ao Ministério da Saúde. O referido Relatório continha informações e dados concernentes à cooperação brasileira em saúde, incluindo diversas áreas temáticas, e dentre elas, o combate à epidemia de HIV/AIDS. O relatório acrescentou informações e dados referentes à capacitação em recursos

humanos por meio de programas de pós-graduação em saúde pública com países africanos, informação não presente nas outras fontes de informações pesquisadas.

Foram considerados também como fonte de dados, artigos, Monografias, Dissertações, Teses e Relatórios de institutos de pesquisa nacional e internacional que versavam sobre o tema, com o intuito de coletar dados, bem como de utilizar os mesmos como referência para pesquisa de outras fontes documentais.

A cooperação humanitária em saúde foi representada pela doação de antirretrovirais, no entanto, os dados não estavam disponibilizados no sítio da ABC. No sítio do Ministério da Saúde, na plataforma SISCOOP, as informações estavam presentes no resumo executivo das ações cooperativas do Brasil, mas sem o detalhamento necessário para a análise entre os anos de 2002 e 2016. Nesse sentido, procedeu-se à solicitação dos dados referentes à doação país a país, por meio do sítio *e-SIC*⁴⁴.

Foram solicitadas, por meio do *e-SIC*, informações ao Ministério das Relações Exteriores, Ministério do Planejamento, Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). À Fiocruz foram solicitadas informações sobre a doação de medicamentos antirretrovirais efetuada pelo Brasil, bem como os nomes dos alunos egressos nos cursos de pós-graduação em Saúde Pública e Epidemiologia da Saúde Pública, para candidatos da UNASUL e da CPLP, entre os anos de 2008 e 2014. Ao Ministério das Relações Exteriores foi solicitada a quantidade de projetos brasileiros na área de HIV/AIDS estabelecida entre os anos 2002 e 2016, discriminando os mesmos por país, duração, gastos e instituições participantes.

Ao Ministério da Saúde foi solicitado o gasto brasileiro na cooperação em HIV/AIDS entre os anos 2002 e 2016, e para quais países o Brasil doou medicamentos antirretrovirais neste período, discriminando os mesmos pelo nome, e a quantidade doada. As informações levantadas por meio de diversas fontes foram cruzadas no sentido de complementar dados incompletos ou insuficientes para análise, e que estavam presentes nas diferentes fontes de pesquisa. A resposta às solicitações feitas aos Ministérios e Instituições, e recebidas por meio do *e-SIC* foram comparadas com as informações coletadas nos sítios da ABC e Ministério da Saúde, e do Relatório de Gestão da AISA, no sentido de construir o banco de dados sobre os projetos de cooperação e doações de antirretrovirais entre os anos de 2002 e 2016.

⁴⁴ O Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão, *e-SIC* é uma ferramenta disponibilizada para a busca de informação pública por qualquer pessoa física ou jurídica em Órgãos governamentais.

Ao Ministério do Planejamento foi solicitado o gasto referente às doações para Organismos Internacionais, informação complementada pelo Ministério das Relações Exteriores. Os dados relativos à cooperação educacional foram fornecidos pela Fiocruz, com o nome dos alunos egressos nos cursos de pós-graduação mencionados anteriormente, no sentido de cruzar os dados com o nome dos alunos aprovados para a PEC-PG⁴⁵ em cursos da Instituição, verificando posteriormente se tinha havido pesquisas ou dissertações defendidas que versaram sobre o tema do HIV/AIDS.

No que concerne às informações sobre a doação de antirretrovirais foram consideradas apenas as informações fornecidas pelo Ministério da Saúde, por meio do *e-SIC*, uma vez que essa informação não estava disponibilizada no sítio da ABC, e no sítio do SISCOOP, essa informação encontrava-se insuficiente para análise e construção do banco de dados.

3.3 Estruturação dos dados da Cooperação Sul-Sul no combate ao HIV/AIDS

Após o levantamento de todas essas informações, e considerando a divisão da Cooperação Sul-Sul brasileira em saúde presente na página da ABC (países discriminados por regiões), a fase de coleta de dados foi aprofundada no sentido de incluir a pesquisa de como o Brasil estabelece cooperação na área de saúde, e particularmente, na área de HIV/AIDS no contexto dos blocos MERCOSUL e UNASUL, Fóruns IBAS e BRICS, e Organismos Internacionais, representado pela CPLP. A proposição do levantamento teve o intuito de verificar se ocorria também, o estabelecimento de projetos e doação de medicamentos antirretrovirais no contexto trilateral com três ou mais países em desenvolvimento, bem como se havia outras formas de cooperação no contexto dos referidos Fóruns e Organismos Internacionais.

Utilizou-se como fontes de pesquisa para a coleta de dados no contexto dos blocos, Fóruns e Organismo Internacional, referidos anteriormente, as declarações das Cúpulas dos BRICS, informações disponíveis no sítio do IBAS, textos acadêmicos que analisam a cooperação na área de saúde no MERCOSUL, UNASUL, IBAS, BRICS e CPLP, bem como relatórios publicados pela UNAIDS, ONU, OMS e outras agências tais como UNICEF,

⁴⁵ PEC-PG: é o Programa de Estudantes-Convênio de Pós-Graduação administrado conjuntamente pelo Departamento Cultural (DC) do Ministério das Relações Exteriores (MRE), pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Constitui-se como atividade de cooperação educacional exercida entre países em desenvolvimento com os quais o Brasil mantém Acordo de Cooperação Educacional, Cultural ou de Ciência e Tecnologia.

UNFPA, e iniciativas como UNITAID que abordam a temática no campo da epidemia de HIV/AIDS.

Diante da quantidade de dados coletados, observou-se que a cooperação brasileira Sul-Sul em HIV/AIDS é multifacetada, e se estabelece por meio de várias frentes de atuação. Partindo-se dessa observação, passou-se a correlacionar atividades e modelos de cooperação. Nesse sentido, a doação de medicamentos antirretrovirais foi inserida na modalidade cooperação humanitária em saúde, os projetos, na modalidade cooperação técnica; os projetos específicos na área de tecnologia, na modalidade cooperação em Ciência e Tecnologia, as bolsas de estudos, na modalidade cooperação educacional e as doações para Organismos Internacionais, no modelo com o mesmo nome.

3.4 As modalidades da cooperação e as variáveis escolhidas

Os dados levantados foram analisados por partes, ou seja, em um primeiro momento foram avaliadas as informações dos projetos brasileiros na área de HIV/AIDS, para verificar a área em que o projeto se enquadrava, e nesse sentido, construir uma tabela de análise. Para a construção da tabela sobre os projetos foram utilizadas todas as informações coletadas nos sítios descritos anteriormente, e obtidas a partir de diferentes fontes de pesquisa.

Na descrição dos projetos, fez-se o detalhamento das ações referentes a cada atividade desenvolvida, observando-se que, diante da diversidade de informação, não era possível agrupar as ações nas categorias prevenção, diagnóstico, tratamento e assistência na área de HIV/AIDS⁴⁶. Na descrição das iniciativas desenvolvidas nos projetos, observou-se que algumas delas se enquadravam em mais de uma categoria, enquanto outras não se enquadravam em nenhuma delas, dificultando, nesse sentido, a análise por meio do agrupamento anteriormente referido. Optou-se, por esse motivo, em agrupar, de forma arbitrária, as ações estabelecidas nos projetos, dividindo-as em três níveis: micro (indivíduo), intermediário (Sistema de saúde) e macro (técnico institucional governamental), que serão descritas quando da análise dos projetos na área, em tópico específico.

A quantidade de comprimidos antirretrovirais doados pelo Brasil, ano a ano e país a país, foi considerada como informação principal para a construção do banco de dados. Foram

⁴⁶ Na relação saúde-doença o escopo de atuação médica inclui desde ações que podem prevenir a doença, ações que permitem que a doença seja diagnosticada, ações que permitam que encontrando a causa, a doença seja tratada e por fim, ações que atuem direta e indiretamente em outros níveis dessa relação, como por exemplo, a assistência de advogados e/ou pessoas que trabalham em ONGs que defendem os direitos das pessoas ou grupo de pessoas portadoras do vírus HIV.

excluídas as doações de antirretrovirais efetuadas por meio de solução injetável e solução oral, por estas serem em pequena quantidade quando comparadas à doação de comprimidos, bem como pela dificuldade da utilização da forma de uso de medicação como unidade de medida.

O número de comprimidos antirretrovirais doados ano a ano de acordo com o país, e o gasto brasileiro (em dólar) com os projetos de cooperação foram as variáveis dependentes escolhidas para a avaliação quantitativa da Cooperação Sul-Sul brasileira de combate ao HIV/AIDS, por meio de modelo estatístico.

As variáveis independentes utilizadas no modelo foram: o percentual de prevalência de HIV/AIDS na população entre 15-49 anos, ou seja, uma população em idade produtiva; o Produto Interno Bruto dividido pela renda per capita (PIB/per capita); o fluxo de exportações do Brasil para os países que receberam doação de ARV e/ou projetos na área de combate ao HIV/AIDS; as regiões geográficas América do Sul, América Central, África e Ásia. A região da América do Norte foi excluída, uma vez que não houve cooperação no modelo Sul-Sul com países dessas áreas. Destaca-se que há a descrição de um projeto em triangulação entre Brasil, Alemanha e Uruguai na área de HIV/AIDS executado no período entre 2007-2009, no entanto não foram obtidas maiores informações sobre o mesmo, como gasto e atividades específicas, e por isso o projeto não foi utilizado na análise do banco de dados.

Outra variável independente utilizada foi se o país pertencia ou não ao bloco político MERCOSUL, ou ao Organismo Internacional, CPLP. O fato de o país ter recebido cooperação humanitária e cooperação técnica também foi utilizado como variável independente.

O fato de o país ter aberto embaixada durante o período da pesquisa foi também uma variável considerada. Por fim, a variável controle utilizada foi o percentual do PIB do país utilizado com o gasto militar. A análise quantitativa foi feita por meio de estatística descritiva e por meio de modelo linear generalizado no programa Stata 12.0⁴⁷. A denominação das variáveis está listada no quadro a seguir:

⁴⁷ O programa Stata 12.0 é um programa de gerenciamento de dados estatísticos criado pela StataCorp em 1985, e que permite análise de dados, desde tarefas mais simples como o cálculo de médias, até o uso de modelos matemáticos complexos.

Quadro 1- Tipos de variáveis e denominação das variáveis utilizadas no modelo estatístico

Tipos de Variáveis	Denominação das variáveis
Variáveis Dependentes	a) Doação de medicamentos antirretrovirais b) Gasto (dólar) com projetos na área de combate ao HIV/AIDS
Variáveis independentes	a) Região geográfica (África, América do Sul América Central e Ásia) b) PIB/Per capita c) (%) Prevalência HIV/AIDS de 15-49 anos d) Exportação e) (%) PIB gasto militar f) Abertura de embaixada no governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva g) Pertencer ou não a um bloco político MERCOSUL ou Organismo Internacional, CPLP l) Ter recebido cooperação humanitária+ cooperação técnica

Elaborado pela autora

Para a análise da cooperação científica e tecnológica foram utilizados dados relativos a projetos específicos da área, particularmente os existentes no contexto do Fórum IBAS. Foram utilizados também dados relacionados à pesquisa na área de vacinas antirretrovirais, e biotecnologia em saúde quando a temática era sobre a AIDS. Os dados foram coletados no sítio do Ministério da Educação, do CNPq⁴⁸ e em relatórios publicados pelo fórum IBAS.

No que se refere à cooperação educacional, foi solicitado ao Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS) da Fiocruz os títulos das Teses e Dissertações que versavam sobre a temática do HIV/AIDS. A resposta à demanda feita à Fiocruz foi negativa, referindo o setor da Instituição que os dados eram muito específicos, e que seria necessário a presença da pesquisadora na Biblioteca da Fiocruz, para ter acesso à base de dados bibliográficos da Instituição.

Diante da resposta recebida, foi solicitado à Fiocruz, por meio do sistema *e-Sic*, as listas de candidatos da UNASUL e da CPLP aprovados para o Mestrado e Doutorado em Saúde Pública e Epidemiologia em Saúde Pública, mediante edital específico da Instituição para os referidos cursos. A finalidade da solicitação era verificar se os candidatos selecionados defenderam Dissertação ou Tese versando sobre a temática do HIV/AIDS.

⁴⁸ CNPq: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

Enquanto se aguardava a resposta da Fiocruz, fez-se o levantamento dos candidatos aprovados nos editais da PEC-PG entre os anos 2006 e 2014⁴⁹ para todas as instituições de ensino brasileiras. Considerou-se como dado relevante para a pesquisa, o candidato que foi aprovado para algum curso de pós-graduação na Fiocruz. A partir dessa observação, foram cruzados os dados entre o candidato estrangeiro aprovado para PEC-PG e o banco de Teses e Dissertações da Fiocruz, para verificar se para algum desses candidatos havia uma defesa de Tese ou Dissertação cujo tema versasse sobre HIV/AIDS.

Recebida a resposta da Fiocruz por meio do *e-Sic*⁵⁰, a Instituição informou todos os alunos egressos dos cursos de Mestrado e Doutorado em Saúde Pública e Epidemiologia em Saúde Pública para os anos 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 e 2015. A solicitação considerou o ano inicial de 2009 uma vez que o estabelecimento formal da UNASUL ocorreu por meio de Tratado constitutivo do Organismo no ano de 2008⁵¹.

No que concerne à última modalidade de cooperação brasileira internacional para o desenvolvimento internacional, as doações para Organismos Internacionais, foram considerados como Organismos: a Organização Mundial de Saúde, a Organização Pan-Americana de Saúde, o programa das Nações Unidas de combate à epidemia de HIV/AIDS, a UNAIDS; a UNITAID, Organismo Internacional que o Brasil participa, e tem ações voltadas especificamente para a área de HIV/AIDS, Malária e Tuberculose.

O levantamento dos dados sobre as doações brasileiras para organismos internacionais foi retirado dos relatórios do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), que junto com a Agência Brasileira de Cooperação e o Ministério das Relações Exteriores publicou o primeiro relatório, em 2010. O primeiro relatório publicado pelo IPEA junto com a ABC, em 2010, demonstrou dados referentes à cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional entre os anos de 2005-2009. Dois outros relatórios foram publicados recentemente, um referente ao ano de 2010, e o outro ao período de 2011 a 2013. Outras fontes de dados sobre a doação para Organismos Internacionais utilizadas foram os relatórios da UNITAID, que incluía o montante que cada país doou para a Instituição, bem como artigos

⁴⁹ Foram considerados os anos entre 2006 e 2014 devido à disponibilidade de dados no sítio da CAPES e Cnpq relativos à lista de candidatos estrangeiros aprovados para instituições brasileiras

⁵⁰ A resposta à demanda foi recebida em maio de 2016, não sendo incluídos os alunos egressos no ano de 2016.

⁵¹ Para a formação do banco de dados sobre as bolsas de estudos para candidatos estrangeiros em instituições brasileiras, particularmente aqueles candidatos selecionados para os cursos de pós-graduação referidos no texto por meio de editais específicos para candidatos da UNASUL e CPLP, foram considerados os anos entre 2009 e 2015 para análise das bolsas da UNASUL, e os anos entre 2006 e 2015 agrupando-se os dados da PEC-PG a partir de 2006, e os dados fornecidos pela FIOCRUZ para os alunos egressos a partir de 2009.

que versavam sobre o tema, e que utilizaram dados relativos ao montante gasto pelos países em desenvolvimento em doações para organismos multilaterais⁵².

Após a coleta e a organização dos dados, passou-se a análise dos mesmos como estratégias da Cooperação Sul-Sul brasileira em HIV/AIDS. Considerou-se como estratégias na área a doação de antirretrovirais, os projetos técnicos, os projetos em ciência e tecnologia na área de HIV/AIDS, as bolsas de estudo e as doações para Organizações Internacionais.

As modalidades da cooperação foram analisadas tanto de forma qualitativa, quanto quantitativa, sendo construído um banco de dados para a análise das informações disponíveis por meio de modelo estatístico, descrito em tópico próprio.

⁵² GOLD et al (2012) “*Shifting paradigm: How the BRICS are reshaping international health*”.

4 DA ANÁLISE DOS MODELOS DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL À MATERIALIDADE DA COOPERAÇÃO BRASILEIRA DE COMBATE AO HIV/AIDS

O Brasil participa do sistema internacional de cooperação internacional desde o seu aparecimento no pós II Guerra Mundial. Inicialmente como receptor de cooperação até o fim dos anos 1960, no âmbito da cooperação Norte-Sul, passou a prestar cooperação no início dos anos 1970 por meio do modelo Sul-Sul, permanecendo até os dias atuais como país receptor e doador de cooperação internacional.

Ações de cooperação internacional ocorrem na atualidade entre vários atores que incluem Estados, Instituições, Organizações não-Governamentais, entes privados, dentre outros. Considerando essa multiplicidade de atores, a cooperação internacional ainda contempla modelos diferentes na execução de suas ações, tais como os modelos Norte-Sul e Sul-Sul, que segundo Esteves et al (2012, p. 54) podem ser considerados complementares, e não necessariamente, opostos.

Considerando que atores distintos podem cooperar por meio de modelos diferentes, o que definiria o Sistema Internacional de cooperação onde essas ações estão inseridas? Segundo Ayllon (2006), o Sistema Internacional de Cooperação para o desenvolvimento (SICD) é formado por:

Redes de instituições públicas e da sociedade civil que promovem ações de Cooperação Internacional ao desenvolvimento. O SICD está formado por muitas organizações de diferentes naturezas, orientações e funções, dentre as quais se encontram organismos internacionais, governos e instituições públicas dos países doadores e receptores de ajuda, organizações não-Governamentais, empresas e outras entidades da sociedade civil. Estas organizações compõem uma rede que de forma mais ou menos articulada configura o SICD (GALÁN e SANAHUJA apud AYLLÓN, 2006, p.7).

Nesse sistema estariam inseridos os modelos de cooperação Norte-Sul, conhecida como tradicional, e o modelo de cooperação Sul-Sul, ou horizontal. Novos arranjos, como a cooperação triangular, são produtos do aprofundamento de ações de cooperação na área, possibilitando que países desenvolvidos e em desenvolvimento prestem cooperação conjuntamente para países menos desenvolvidos socioeconomicamente.

4.1 Cooperação para o Desenvolvimento Internacional: origem, motivações e visões teóricas no campo das Relações Internacionais

A cooperação Internacional nos moldes como é conhecida na atualidade teve o seu início no pós II Guerra Mundial, porém no século XIX, e durante a primeira metade do século XX, a ideia de cooperação esteve atrelada à ajuda humanitária, sendo esta executada em caráter temporário⁵³. A iniciativa de um ou mais Estados, voluntariamente, transferirem recursos para outro(s) Estado(s), Organizações governamentais ou não governamentais durante período de tempo definido ou não, entendendo-se que ações estabelecidas nesse contexto teriam como objetivo melhorar as condições de vida das populações que receberiam ajuda, não tem registros antes do período em questão (LANCASTER, 2007, p.1).

Lancaster (2007) ressalta que três fatores podem ser considerados como antecedentes da ajuda internacional: a ajuda humanitária, a relação metrópole(s)-colônia(s), no contexto da assistência dada pela(s) primeira(s) à(s) segunda(s) no período entre Guerras, e a assistência técnica fornecida pelos Estados Unidos à América Latina no período da II Guerra Mundial.

Exemplo da assistência dos Estados Unidos à América Latina no período da II Guerra Mundial foi a criação do Serviço Especial de Saúde Pública no Brasil, resultado de um convênio entre o Ministério de Educação e Saúde e o Instituto de Assuntos Interamericanos, ainda no governo Vargas (1937-1945). A iniciativa tinha como objetivo inicial controlar a Malária na região do Vale do Rio Doce e da Amazônia, áreas produtoras de borracha e ferro e que, no contexto da II Guerra, produziam matéria-prima de grande interesse para aquele país (FONSECA, 2010, p.144).

Cervo e Bueno (2011, p. 182) mencionam também a venda de material estratégico do Brasil para os Estados Unidos, principalmente borracha e minerais, a partir dos acordos de natureza militar, estratégica e econômica firmados em 1942, o que permitiu no contexto da II Guerra Mundial, o início da colaboração e cooperação entre os dois países.

Uma questão central que precede as ações de cooperação tanto antes da II Guerra, como após, período considerado como marco de ações cooperativas nos modelos que se conhecem na atualidade, é por que os Estados cooperam? (MILNER, 1997, p. 5). Keohane (1994) vai utilizar a ideia de que, se existe interesses entre os Estados e a possibilidade de que existirão benefícios para os mesmos, a cooperação pode ser estabelecida de forma mais “fácil” (KEOHANE, 1984, p. 6).

⁵³Lancaster (2007) faz referência ao período após o fim da I Guerra Mundial, onde ajuda humanitária foi estabelecida para que as pessoas que tiveram que deixar suas casas para fugir do conflito não morressem de fome. Nesse contexto, Estados Unidos e países Europeus deram ajuda humanitária para a Rússia, durante e Guerra Civil do país em 1921, no sentido de reduzir a mortalidade, devido á fome no país. A Cruz Vermelha Internacional também é outro exemplo de ajuda humanitária durante o período das Guerras Cívicas e Mundiais entre os séculos XIX e XX.

Ayllón (2007), referindo-se às razões que levam um Estado a cooperar, destaca que o compartilhamento de interesses, necessidades, custos e benefícios entre as partes levariam os Estados a cooperar, e estariam assentadas em questões como a confiança mútua e a reciprocidade entre as nações (AYLLÓN, 2007, p. 26).

Partindo do pensamento inicial por que os Estados cooperam, Milner (1997) elabora vários questionamentos: 1) quando e sob que condições os países são capazes de coordenar suas políticas em uma área específica? 2) Por que ações de cooperação variam tanto no período do tempo e de acordo com as áreas de cooperação? 3) Por que certos países têm mais capacidade de cooperar em certos períodos de tempo? (MILNER, 1997, p. 6).

Para responder a essas questões, Milner (1997, p. 7) segue inicialmente a definição de cooperação de Keohane, quando o mesmo afirma que a cooperação ocorre quando “atores ajustam seus comportamentos para as preferências atuais ou antecipadas de outros atores, através de um processo de coordenação de políticas” (KEOHANE, 1984, p. 51-2, apud MILNER, 1997, p.7). A autora refere ainda que a “coordenação de políticas implica, por seu turno, que a política de cada Estado seja ajustada para que as consequências negativas para outros Estados sejam reduzidas”⁵⁴ (MILNER, 1997, p.7).

Keohane (1984, p. 9) argumentando sobre quais condições os Estados cooperam, refere que ações na área ocorreriam quando existem interesses complementares, e que Instituições afetam padrões de cooperação. Quando se utiliza a ideia de coordenação de políticas como fundamento para os Estados cooperarem, Milner (1997, p.7) ressalta que existem dois objetivos embutidos nessa definição: o primeiro é que o comportamento dos atores envolvidos na cooperação está direcionado a alcançar algum (s) objetivo (s); o segundo é que, os atores ao cooperar obtêm ganhos ou recompensas. Nesse sentido, a cooperação seria um processo de troca, e dependeria da presença de dois elementos: o primeiro, um comportamento direcionado pelos objetivos a serem alcançados, e o segundo, a presença de ganhos mútuos em decorrência do ajustamento de políticas entre os Estados (MILNER, 1997, p. 9).

O ajustamento de políticas estabelecido por meio de coordenação política pode ser categorizado, separando a coordenação em níveis: 1) troca de informações; 2) negociação de políticas específicas; 3) o estabelecimento de regras que orientam as escolhas políticas;; 4) e a submissão aos instrumentos nacionais que organizam e formam uma grande política comunitária (FISCHER, 1988, 35-8 apud MILNER, 1997, p. 9).

⁵⁴ No original: “[...] scholars have defined cooperation as occurring when actors adjust their behavior to the actual or anticipated preferences of others, through a process of policy coordination”

No contexto das ações de cooperação empreendidas a partir do Fim da II Guerra Mundial, insere-se a discussão sobre as motivações dos Estados em empreender estas ações, que inicialmente foram estabelecidas através do modelo tradicional, ou Norte-Sul. Entender as motivações para cooperação tem a função de “explicar a forma, as características, o *modus operandi* e o impacto dessas ações” (PUENTE, 2010).

Milani et al (2013, p.5) ressaltam que as motivações dos Estados em cooperar podem variar “desde a necessidade de formação de alianças, alinhamentos ideológicos, benefícios políticos, relevância estratégica e militar, busca de influência multilateral, abertura de mercados, valores humanitários, dentre outros”. Puente (2010) destaca que as motivações poderiam estar relacionadas a questões morais, altruístas e humanitárias, que, de forma geral, fazem parte do discurso oficial das razões que determinam ações na área.

Para Puente (2010), o caráter moral e humanitário da cooperação tem raízes filosóficas (presentes no idealismo kantiano) e religiosas, uma vez que existe a convicção de que indivíduos, e no caso em questão, Estados social e economicamente mais desenvolvidos, têm a obrigação moral de ajudar Estados menos desenvolvidos. No caso da motivação ser o altruísmo do país doador, a questão ética emerge como principal fundamento para que essa ajuda ou assistência seja implementada, ao se considerar que: “uma repartição mais equilibrada dos recursos globais entre países desenvolvidos e em desenvolvimento seria a longo prazo, do próprio interesse do país doador” (PUENTE, 2010, p. 52-3).

No que se refere às motivações políticas e geoestratégicas, o período da Guerra Fria demonstrou como esses determinantes se correlacionaram com a ajuda externa dos países desenvolvidos para os países subdesenvolvidos⁵⁵, e que estivessem, preferencialmente, dentro da zona de influência de uma das superpotências. No pós Guerra Fria e com os atentados de 11/09 nos Estados Unidos, os motivos político-estratégicos emergiram, agora influenciados por questões como o terrorismo internacional, passando a influenciar sob outro ângulo, ações de cooperação internacional (PUENTE, 2010, p. 54-5).

Os motivos econômico-comerciais, segundo Puente (2010), possuem uma característica diferencial para o estabelecimento de suas ações conhecida como concessionalidade, determinando o que se entende como “cooperação atada”. A partir desse tipo de critério, os países em desenvolvimento que recebem a ajuda, comprometem-se a utilizar uma parte dos recursos transferidos para adquirir produtos e serviços do país doador.

⁵⁵ O termo “subdesenvolvido” está presente no discurso “*Inaugural Address*” do Presidente Harry S. Truman de 1949, quando ele cita (no original): “[...] *for the improvement and grow of underdeveloped áreas*”.

Laços históricos e culturais também funcionam como motivadores da cooperação internacional, como por exemplo, as ações que ocorrem entre países que foram metrópole-colônia, ou entre aqueles que compartilham uma mesma região. Segundo Puente (2010, p. 56-7) esses fatores podem reforçar as relações entre os países e/ou facilitar a tentativa pacífica de resolução de problemas, se existirem.

Lancaster (2007), analisando motivações da cooperação sob a ótica das teorias das relações internacionais, ressalta que em um sistema internacional anárquico, a cooperação estabelecida baseada em pressupostos de segurança, poder e sobrevivência dos Estados como determinantes das ações destes nesse sistema estão assentadas no pensamento da escola Realista, que vê a cooperação como um efeito incidental ou instrumental, pois a finalidade última dos Estados é aumentar a sua segurança nesse Sistema (LANCASTER, 2007, p.3-5).

Ainda sobre a ótica das teorias das relações internacionais, ações de cooperação na visão Realista das Relações Internacionais, segundo Milner (1997, p. 6), têm em sua essência o elemento “balança de poder”, característica relacionada à autosobrevivência de um Estado no Sistema Internacional. A ideia de coordenação de políticas, nesse contexto, permitiria que um ou mais Estados pudessem “balançar” contra as ameaças e o poder de um terceiro Estado. Além desse contexto de segurança, ações de cooperação para os Realistas parecem menos prováveis. Essa visão responderia, a princípio, aos questionamentos da autora sobre porque alguns países cooperam sob certas condições, sob certos assuntos e determinados períodos de tempo.

A visão liberal reconhece que além de Estados, outros entes como, por exemplo, as Instituições, atuam também como atores no sistema internacional (VAN DER VEEN, 2011, p.26). A cooperação, sob esse ponto de vista, seria empreendida como meio para tentar solucionar problemas de interdependência e globalização (LANCASTER, 2007, p. 4). A cooperação recente entre os países no combate à epidemia de Ebola na África Ocidental, iniciada em 2013, sob a coordenação da Organização Mundial da Saúde e outros atores, constitui-se como um exemplo dessa assertiva.

O debate entre teóricos do neorrealismo e neoliberalismo incorpora, também, a questão da cooperação como um dos pontos focais que polariza o pensamento dos partidários dessas linhas de pensamento. Baldwin (1993) vai ressaltar que tanto neoliberais, quanto neorrealistas, concordam que a cooperação é possível, divergindo apenas quanto à facilidade e probabilidade dela ocorrer no contexto de um sistema internacional anárquico. Para os neorrealistas, a cooperação internacional é “difícil de ser alcançada, mais difícil de manter, e mais dependente do poder do Estado”, no que discordam os neoliberais, que vêm em

processos de integração, como a União Europeia⁵⁶, um contrapeso àqueles pressupostos (GRIECO, 1988 apud BALDWIN, 1993, p.5)⁵⁷.

Outro ponto focal importante no debate neorrealismo *versus* neoliberalismo é sobre ganhos absolutos e ganhos relativos no contexto da cooperação internacional. Para os neoliberais a cooperação traz ganhos absolutos, enquanto os neorrealistas enfatizam que na cooperação os ganhos são relativos. Concernente a essa questão, a visão realista de Waltz (1979) reflete:

Quando deparado com a possibilidade de cooperar por ganhos mútuos, Estados que se sentem inseguros devem se perguntar como esse ganho será dividido. Eles não são compelidos a se questionar sobre “ambos os Estados irão ganhar?” mas “quem irá ganhar mais?”. Se um ganho esperado vai ser dividido em uma proporção de dois para um, um dos Estados pode usar esse ganho desproporcional para implementar uma política que pode prejudicar ou destruir o outro Estado. Mesmo a perspectiva de grandes ganhos absolutos para ambas as partes não determina que a cooperação sempre ocorrerá, pois um Estado sentirá medo de como o outro irá utilizar suas capacidades⁵⁸ (WALTZ, 1979, p. 105 apud BALDWIN, 1993, p. 6)⁵⁹.

Contrariando a visão realista, neoliberais entendem que apesar Estado ser autointeressado em suas ações no sistema internacional, atores com interesses comuns tentarão maximizar seus ganhos absolutos, enquanto atores que tentam maximizar ganhos relativos não teriam interesses comuns ao cooperarem (STEIN, 1982, p.318 apud BALDWIN, 1993, p. 6)⁶⁰.

Para o Construtivismo, ações de cooperação internacional estariam baseadas na ideia de que Estados mais desenvolvidos e ricos economicamente deveriam ajudar Estados menos desenvolvidos e pobres, no sentido de melhorar a qualidade de vida de pessoas menos favorecidas, sob os aspectos social e econômico, e isso poderia ser instituído por ações de cooperação (LANCASTER, 2007, p. 4).

Para os Construtivistas as ideias determinam os objetivos da cooperação internacional, ou seja, normas e ideias existentes na consciência coletiva das nações estariam associadas à concepção de identidade nacional. Para os críticos desta abordagem, o principal desafio do

⁵⁶ À época em que o texto foi publicado, no ano 1993, a União Europeia acabava de ser criada e seu futuro ainda era incerto. Por isso os neoliberais consideravam que o aprofundamento e o desenvolvimento do bloco regional poderiam contradizer os pressupostos neorrealistas sobre cooperação postos naquele momento.

⁵⁷ GRIECO, J. M (1988). “*Anarchy and the limits of Cooperation: A Realist Critique of the Newest Liberal Institutionalism*” in International Organization 42(August): 485-507.

⁵⁸ No original: “*When faced with the possibility of cooperating for mutual gain, states that feel insecure must ask how the gain will be divided. They are compelled to ask not “will both of us gain?” but who will gain more?”. If an expected gain is to be divided, say, in the ratio of two to one, one state may use its disproportionate gain to implement a policy intended to damage or destroy the other. Even the prospect of large absolute gains for both parties does not elicit their cooperation so long as each fears how the other will use its increased capabilities*”.

⁵⁹ WALTZ, K. (1979). “*Theory of International Politics*”. Reading, Mass: Assison-Wesley.

⁶⁰ STEIN, A. A (1981). “*Coordination and Collaboration Regimes in an Anarchic World*” in International Organization 36 (Spring): 299-324.

Construtivismo estaria em prover uma estrutura analítica coerente sobre o papel das ideias na formação, e na evolução das preferências dos Estados em empreender cooperação ou ajuda internacional (VAN DER VEEM, 2011, p. 26).

Referindo-se à matriz estruturalista, Puente (2010, p. 91) ressalta que esta teoria teria como base a conscientização dos países do Sul diante da sua realidade periférica, e as motivações para cooperação seriam de cunho utilitarista, ou seja, os países agiriam em prol da sua própria transformação, tentando maximizar seu poder no sistema internacional.

Embora o estudo da cooperação internacional possa ser analisado sobre vários prismas teóricos, Lancaster (2007, p.4) ressalta que nenhuma das teorias ou abordagens teóricas como as anteriormente referidas, consegue explicar completamente as reais motivações que um Estado tem em cooperar⁶¹.

4.2 O modelo de cooperação Norte-Sul: origem, desenvolvimento e estrutura

Considerando o fim da II Guerra Mundial como ponto de partida para iniciativas de cooperação internacional nos moldes como se conhece atualmente, o contexto no qual se inserem ações de cooperação tem como pano de fundo um mundo destruído e devastado pela Guerra. A ideia de cooperação que surge a partir desse período traz consigo a proposição de desenvolvimento⁶², característica que não existia quando se faz referência às iniciativas anteriores a esse evento histórico (LANCASTER, 2007, p.1).

Lancaster (2007) refere que a ajuda econômica que os Estados Unidos forneceram à Grécia e à Turquia em 1947, no sentido de evitar a expansão da influência Soviética na região⁶³ foi uma das primeiras iniciativas de ajuda internacional nesse período, e que

⁶¹ Embora se tenha feito a referência de que vários atores podem empreender cooperação internacional, para fins de análise da pesquisa e da contextualização da análise teórica sobre o tema, foram considerados apenas os Estados como atores de cooperação.

⁶² Ressalta-se nesse contexto, que a ideia de cooperação internacional nesse período se pautava em uma relação de verticalidade, ou seja, havia uma relação desigual no fornecimento da ajuda onde existia um ou mais países que forneciam ajuda internacional, e um ou mais países, à princípio, de menor desenvolvimento econômico, ou em dificuldades econômicas por causa da Guerra, como era o caso dos países Europeus, que recebiam a ajuda. Essa forma de cooperação ficou conhecida como modelo Norte-Sul.

⁶³ No fim da II Guerra Mundial, e no contexto do início da Guerra Fria, o mundo passou a se polarizar entre suas superpotências, Estados Unidos e União Soviética. Preocupado com o avanço da influência comunista em regiões (parte oriental da Alemanha) e nos países da Europa Oriental (Polônia, Hungria, Romênia, dentre outros) que iam sendo absorvidos pelo bloco comunista, os Estados Unidos forneceram ajuda à Grécia e à Turquia, quando a Inglaterra anunciou que retiraria o suporte econômico que vinha dando a esses países. A ajuda financeira dada pelos Estados Unidos a esses países tinha o intuito de estabilizar a região e impedir o avanço da influência da União Soviética (LANCASTER, 2007, p.8)

antecedeu o Plano Marshall⁶⁴, iniciativa de ajuda financeira promovida pelos Estados Unidos para a reconstrução da Europa entre os anos de 1948-1952 (LANCASTER, 2007, p. 8).

Discorrendo sobre a evolução histórica da cooperação para o desenvolvimento a partir do fim da II Guerra, Milani (2014a, p. 33) ressalta que a forma como a cooperação se desenvolveu, incorporando normas, práticas e agendas, influenciando direta e indiretamente o comportamento dos autores, contribuiu sobremaneira para a institucionalização da ajuda internacional.

A análise do início, estabelecimento e desenvolvimento da cooperação para o desenvolvimento internacional (CDI), não pode ser desvinculada do contexto histórico do pós II Guerra Mundial. Nesse tocante, Ayllón (2007, p.11) traz a ideia de dinâmicas, e utiliza como parâmetros de análise os conflitos Leste/Oeste, o processo de descolonização dos países africanos e asiáticos, os conflitos Norte/Sul, o aprofundamento da globalização e a integração progressiva da economia mundial.

Considerando a dinâmica do conflito Leste-Oeste, o autor concorda com Lancaster (2007) sobre a ideia de que o fornecimento de ajuda financeira pelos Estados Unidos para a reconstrução da Europa foi uma estratégia para tentar conter o avanço da influência Soviética na região (AYLLÓN, 2007, p.34).

Milani (2014a) ressalta que o contexto da Guerra Fria, palco das rivalidades Leste-Oeste, deve também ser considerado como um dos fatores determinantes para o início de ações de cooperação internacional entre os países, que no ideário do pensamento liberal ocidental, seriam partilhadas entre nações do “mundo livre”. É nesse período da história política mundial que se insere a reconstrução da Europa pós II Guerra com o Plano Marshall, e o processo de descolonização dos países africanos e asiáticos, e em cujo contexto, o destino do fluxo da ajuda e o desenvolvimento de cooperação na área foram influenciados (MILANI, 2014a, p. 34).

A dicotomia Norte/Sul, segunda dinâmica ressaltada por Ayllón (2007) tem como pano de fundo o movimento da descolonização dos países africanos e asiáticos. A partir dos anos 1950, a configuração internacional muda ao se considerar que maior número de países independentes passou a fazer parte do sistema internacional, aumentando, por conseguinte, suas demandas em prol de maior desenvolvimento. A constatação por grande parte desses

⁶⁴ O Plano Marshall recebeu esse nome por ter sido o secretário de Estado americano George Marshall quem primeiro o propôs, proporcionou recursos para a reconstrução da indústria da Europa Ocidental, tendo por finalidade recuperar economicamente seus concorrentes, pensamento que estava inserido na lógica de que a reconstrução da região diminuiria a probabilidade da mesma sucumbir à influência comunista da União Soviética. Nesse contexto, os Estados Unidos iniciavam a cooperação internacional, substituindo, em parte, a competição pela cooperação (SIMON, 2011, p. 34).

novos países de que o nível de desenvolvimento esperado não foi alcançado na década posterior (anos 1970), contribuiu para que a partir desse período houvesse maior aproximação dos países subdesenvolvidos, o que facilitou, posteriormente, a intensificação de ações de cooperação entre países em desenvolvimento pertencentes ao Sul global (AYLLÓN, 2007, p.35).

Embora haja uma ampla menção da cooperação internacional iniciada e estabelecida por países pertencentes ao bloco capitalista, no mundo dividido ideologicamente entre duas Superpotências, Lancaster (2007) faz menção à cooperação estabelecida por países do bloco socialista. Nesse tocante, União Soviética e China forneceram ajuda para países que se encontravam em suas zonas de influência, como por exemplo, o financiamento da República Popular da China para a construção da ferrovia Tanzânia-Zâmbia, com 1300 milhas de extensão, desembocando a mesma no porto de Dar es Salaam⁶⁵ no Oceano Índico, nos anos 1970 (LANCASTER, 2007, p.31).

A terceira dinâmica referida por Ayllón (2007) está relacionada ao movimento e aprofundamento da globalização e da interconexão da economia mundial. O surgimento e a participação de novos atores nas iniciativas de cooperação internacional, incluindo entes privados, levantam o questionamento sobre a necessidade de discussão de assuntos pertinentes ao tema, tais como a regulação da ajuda internacional e a governança no campo da cooperação. O autor observa que a participação e a diversidade cada vez maior dos atores que atuam nesse campo não é proporcional a adaptação dos mecanismos relacionados aos padrões de cooperação tradicional existentes, uma vez que Estados e Instituições permanecem com os principais agentes de iniciativas na área (AYLLÓN, 2007, p. 12).

O período inicial da cooperação para o desenvolvimento internacional é referido como um período de “incubação do desenvolvimento” (RIST 1996 apud MILANI, 2014a, p. 34), que está relacionado ao tempo em que foram criadas as primeiras organizações internacionais. Nesse sentido foram criadas a OECE (Organização da Cooperação Econômica Europeia), a ONU (Organização das Nações Unidas) e a OMS (Organização Mundial da Saúde), em 1948, a UNESCO (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura) em 1945, a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) em 1946, e a FAO (Fundo das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura) em 1945, dentre outras Organizações (MILANI, 2014a, p.34).

⁶⁵ Dar es Salaam é a maior e mais populosa cidade da Tanzânia

Nesse período de “incubação do desenvolvimento” ressalta-se também o início de cooperação internacional de países europeus, marcadamente França e Inglaterra no final dos anos 1950, no esteio da independência progressiva de suas colônias além-mar, considerando a manutenção da influência sobre, agora, suas ex-colônias (RIST 1996 apud MILANI, 2014a, p. 34). A criação, posteriormente, de agências de cooperação internacional em vários países europeus no início dos anos 1960⁶⁶ coincide com a criação da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e do Comitê de Assistência para o Desenvolvimento (CAD), órgãos internacionais que contribuíram marcadamente para o aprofundamento da institucionalização da cooperação internacional a partir desse período (MILANI, 2014a, p. 35).

As raízes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) remontam à Organização para a Cooperação Econômica Europeia (OCEC) criada, em 1948, para executar o Plano Marshall de reconstrução e estabilização da Europa. No início dos anos 1960 com a Europa totalmente reconstruída, e com programas de ajuda internacional para o desenvolvimento sendo estabelecidos por outros países europeus, Canadá e Estados Unidos se juntaram a outros vinte países⁶⁷ para assinar a Convenção que criou a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), e que entrou em vigor em 1961. O Grupo de Assistência para o Desenvolvimento foi criado em 1960 no contexto da Organização para a Cooperação Econômica Europeia, e transformou-se em CAD (Comitê de Assistência para o Desenvolvimento) com a criação da OCDE (OCDE, 2016a).

A Organização (OCDE) é composta atualmente por trinta e quatro países, e seu *modus operandi* inclui a coleta e a análise de informações. As informações são discutidas pelos membros do Comitê, e as decisões aprovadas são levadas para análise no Conselho da Organização. As decisões discutidas e aprovadas pelos membros são encaminhadas como recomendações para que os Estados as implementem. As ações de cooperação da OCDE têm por finalidade ajudar os governos a aumentar a prosperidade e combater a pobreza por meio do crescimento econômico e estabilidade financeira dos países (OCDE, 2016a).

⁶⁶ No processo de institucionalização da cooperação internacional, e no contexto da Europa já reconstruída, outros países europeus passaram a participar da cooperação internacional, com ações na área, observando-se no início dos anos 1960, a criação de agência de cooperação. Nesse sentido, a França criou o Ministério da Cooperação em 1961, a Alemanha criou o Ministério da Cooperação Econômica no mesmo ano, assim como a Suécia, que criou a Agência para Assistência Internacional. A Inglaterra criou o Ministério de Desenvolvimento Exterior em 1965 (LANCASTER, 2007, p.28-0).

⁶⁷ Áustria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, França, Alemanha, Grécia, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça, Turquia, Inglaterra e Estados Unidos.

O CAD (Comitê de Assistência ao Desenvolvimento) tornou-se parte da OCDE por meio de Resolução Ministerial em 1961, e é um fórum de discussão que engloba países doadores e Organizações Internacionais multilaterais, tais como o Fundo Monetário Internacional, as Nações Unidas e o Banco Mundial, e tem como um dos alvos principais o combate à pobreza (OCDE, 2016b).

O Comitê tem em seu corpo técnico *policemakers* cuja função é comparar, melhorar e coordenar políticas públicas de seus respectivos Estados. Os fundos disponibilizados pelos países doadores são designados para aumentar o desenvolvimento econômico, social e político dos países recipiendários da cooperação. O CAD publica anualmente estatísticas sobre a ajuda oficial para o desenvolvimento prestada pelos países que compõem o Comitê, que na visão da Organização, tem como função servir de guia de políticas de cooperação para o desenvolvimento e boas práticas de cooperação no Sistema Internacional (OCDE, 2016b).

O CAD é formado atualmente por vinte e quatro membros⁶⁸, e as Nações Unidas, o Fundo Monetário Internacional e o PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) participam como observadores permanentes. O funcionamento do Comitê ocorre em vários níveis, tais como encontros anuais (*High Level Meeting* e *Senior Level Meeting*) onde se discute a efetividade das políticas implementadas pelos países; encontro de delegados que coordenam o trabalho do Comitê em vários assuntos, tais como comércio, instituições multilaterais e planejamento dos níveis de ajuda alocadas pelos países (OCDE, 2016b).

O Fundo Global de Desenvolvimento da OCDE e o Programa de Trabalho para a Diretoria da OCDE são também outros níveis de atuação do CAD. O Programa de Trabalho e a Diretoria da OCDE têm como algumas de suas funções, reunir dados para a análise estatística do Comitê, bem como fazer a avaliação de políticas de boa governança, da efetividade da ajuda estabelecida pelos países (OCDE, 2016b).

O CAD tem medido o fluxo de recursos para os países em desenvolvimento desde o ano de 1969. A parte oficial e concessional desses recursos é considerada como “ajuda oficial para o desenvolvimento” (AOD) ou OAD na sua sigla em inglês. A definição de AOD foi estabelecida inicialmente em 1969, e ajustada conceitualmente em 1972 (OCDE, 2016c). A definição atual da AOD estabelece que a mesma é compreendida por:

⁶⁸ Membros que compõem o CAD: Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Irlanda, Itália, Japão, Coreia, Luxemburgo, Holanda, Nova Zelândia, Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça, Inglaterra, Estados Unidos e Comissão Europeia.

Fluxos financeiros remetidos aos países e territórios que constam na lista de beneficiários do CAD da OCDE e às instituições multilaterais de desenvolvimento (grupo Banco Mundial, PNUD, UNICEF, bancos regionais, etc.) desde que sejam oficiais, e destinados à promoção do desenvolvimento econômico e do bem estar das sociedades dos países em desenvolvimento, e concedidos a fundo perdido, em pelo menos 25% do total enviado. Nesse sentido, não podem ser contabilizados como AOD gastos militares, operações relativas à manutenção ou ao esforço de paz desenvolvido pelas Nações Unidas, serviços de treinamento que estejam exercendo funções paramilitares, programas sociais e culturais de natureza pontual, gastos com aplicações não pacíficas de energia nuclear, gastos com pesquisa (somente os relevantes para a realidade dos países em desenvolvimento) e gastos com programas e medidas de combate ao terrorismo (MILANI, 2014a, p. 113-4).

No que se refere ao que não pode ser contabilizado como AOD (ajuda militar, ações de *peacekeeping*, uso de energia nuclear e programas de cultura), o CAD tem detalhado constantemente a finalidade da AOD⁶⁹. No que tange ao financiamento para a ajuda, os países membros do CAD acordaram em 1970 em destinar 0,7% do PIB (produto interno bruto) para ajuda oficial para o desenvolvimento internacional. No ano de 1993, uma revisão do Sistema de Contas Nacionais substituiu o PIB pela medida do Rendimento Nacional Bruto⁷⁰ dos países como referência para o percentual de ajuda a ser contabilizado pelo Estado doador. Este percentual tem sido confirmado pelos membros do CAD nos Encontros (*High Level Meeting*) e Conferências para o desenvolvimento desde então (OCDE, 2016c).

Segundo Ayllón (2006) a literatura americana especializada na área de cooperação internacional utiliza o termo ajuda externa como sinônimo de assistência ao desenvolvimento. Ajuda externa sob esta ótica significa tanto assistência militar, quanto ao desenvolvimento. Quando um país empreende ações entendidas como assistência ao desenvolvimento em outro país, a ideia implícita é a de desenvolver capacidades como finalidade última. Nesse sentido, Lancaster (2007, p. 9) destaca que a definição de “ajuda internacional” é:

Uma transferência voluntária de recursos públicos, de um governo para outro governo independente, para ONGs, ou Organizações Internacionais (como banco Mundial ou Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas), com pelo menos 25% que seja a fundo perdido, visando, entre outras coisas, melhorar a condição humana no país beneficiário do auxílio (LANCASTER, 2007, p. 9 apud MILANI, 2014a, p. 115).

⁶⁹ O que é contabilizado como ajuda militar inclui o custo das forças armadas dos Estados para ações de ajuda humanitária. Equipamentos, serviços militares ou ações antiterroristas não são contabilizados como ajuda oficial para o desenvolvimento (OAD). No caso de ações de *peacekeeping*, apenas algumas ações são incluídas como OAD, como por exemplo, a reabilitação de soldados desmobilizados, eliminação de armas e minas terrestres. Se o uso de energia nuclear for para fins civis, esta pode ser considerada como OAD, como por exemplo, a construção de usinas nucleares para fornecimento de energia, desenvolvimento de energia nuclear para fins médicos. Programas culturais podem ser considerados como OAD se estes forem implementados para a construção de capacidades relativa à cultura nos países recipientes da ajuda, como por exemplo, a promoção de museus, bibliotecas, escolas de arte e música. Disponível em: <http://www.oecd.org/dac/stats/34086975.pdf>

⁷⁰ Rendimento Nacional Bruto é um conceito equivalente ao PIB, e adotado pelos membros do CAD.

Nesse sentido, a partir da ideia de assistência, o significado de cooperação e ajuda internacional têm significados diferentes. O Conceito de cooperação para o desenvolvimento internacional é definido como:

Conjunto de atuações de caráter internacional realizadas pelos atores públicos e privados, entre países de diferentes níveis de renda, para promover o progresso econômico e social dos Países em vias de desenvolvimento (PVD) e conseguir um progresso mais justo e equilibrado no mundo, com o objetivo de construir um planeta mais seguro e pacífico. Estas atuações se situam no quadro das relações internacionais, das quais constituem um âmbito específico e perseguem metas comuns baseadas em critérios de solidariedade, equidade, eficácia, interesse mútuo, sustentabilidade e corresponsabilidade. A finalidade primordial da Cooperação ao Desenvolvimento deve ser a erradicação da pobreza e da exclusão social e o incremento permanente dos níveis de desenvolvimento político, social, econômico e cultural nos países do Sul (GALÁN e SANAHUJA apud AYLLÓN, 2006, p. 7)⁷¹.

Considerando a definição anterior, enquanto a Ajuda Oficial para o Desenvolvimento inclui condicionalidades para o seu estabelecimento, a Cooperação para o desenvolvimento internacional não faz menção ao caráter concessional para as ações internacionais estabelecidas entre os países. Segundo Ayllón (2006, p. 7), no caso de a ajuda internacional ser uma doação, o elemento de concessionalidade é de 100%, mas se a ajuda se configura como crédito, a concessionalidade é de no mínimo 25% para países em vias de desenvolvimento e de 50% para países menos adiantados, com condições especiais nas taxas de juros, período de carência e amortização.

Os atores que estabelecem ações de cooperação internacional as executam de formas distintas, conhecidas como modelos de cooperação. Nesse sentido, e diante do exposto anteriormente, o modelo tradicional de cooperação conhecido como modelo Norte-Sul, executa ações ajuda internacional baseado na transferência de fluxos de recursos (que englobam diversas áreas e finalidades) de países desenvolvidos (doadores) para países em desenvolvimento (receptores), tendo os fluxos de ajuda caráter concessional e um elemento de doação de ao menos 25%⁷², chamada também de “ajuda atada”.

No aprofundamento da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, pautada no seu início na relação entre países desenvolvidos (doadores), e em desenvolvimento (receptores da ajuda), surge outras formas de relações cooperativas entre os países. A Cooperação Técnica entre países em Desenvolvimento (CTPD) também chamada de cooperação técnica horizontal, ou ainda Cooperação Sul-Sul, desenvolveu-se no contexto da maior interação entre esses países.

⁷¹ GALÁN, M.; SANAHUJA, J.A. (1999). “El sistema internacional de cooperación al desarrollo”. Madrid: Cideal.

⁷² idem

4.3 O modelo de cooperação Sul-Sul: princípios, desenvolvimento e conceitos

Enquanto no modelo Norte-Sul as ações de cooperação se estabelecem primordialmente entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento, no modelo Sul-Sul as ações se estabelecem, primordialmente, entre países de mesmo nível de desenvolvimento (CORRÊA, 2010, p. 87). Nesse modelo de cooperação a ajuda é não atada, ou seja, a condicionalidade não é um pré-requisito para que ações de cooperação sejam estabelecidas.

O modelo de Cooperação Sul-Sul, diferente do modelo Norte-Sul, não encontrou ainda concordância de conceito entre estudiosos do tema, mas tem nos princípios que a regem consenso de entendimento. Nesse sentido, os princípios da Cooperação Sul-Sul estão baseados:

No respeito à soberania dos países em desenvolvimento; na não ingerência nos assuntos internos dos países parceiros; e em vantagens comparativas frente à cooperação dos países desenvolvidos, como por exemplo, custos operacionais menores e a disponibilização de tecnologias, experiências e boas práticas desenvolvidas em condições específicas de países em desenvolvimento, facilitando sua adaptação, disseminação e assimilação junto a outras nações com características semelhantes (CORRÊA, 2010, p. 91).

Pertinente à discussão sobre modelos de cooperação internacional, necessário se faz destacar a existência da ideia de que na cooperação tradicional ou conhecida como Norte-Sul, a relação de cooperação se estabelece de maneira vertical. Nesse tipo de relação, para um ou mais doadores, reconhecido(s) como país(es) industrializado(s) existe um ou mais país (es) receptor(es) da ajuda, sendo ele(s) reconhecidamente um país ou países em desenvolvimento.

No contexto da Cooperação Sul-Sul a ideia é de horizontalidade, e nesse sentido, contrapõe-se ao modelo Norte-Sul de cooperação, uma vez que esta se estabelece primordialmente entre países com níveis de desenvolvimento semelhantes. Nessa relação, a ideia é de parceria nas ações de cooperação, existência de vantagens mútuas, e benefícios para ambas as partes (CORRÊA, 2010, p. 91).

Embora admitindo ter um *modus operandi* diferente no estabelecimento da cooperação, os modelos Norte-Sul e Sul-Sul não são excludentes, e no aprofundamento de ações na área, novos arranjos “híbridos” vão se conformando, como é o caso da cooperação trilateral onde países desenvolvidos, países em desenvolvimento e Organizações Internacionais constroem novas combinações, como por exemplo, a cooperação entre a

Alemanha, o Brasil e Uruguai na área de combate à epidemia de HIV/AIDS entre os anos de 2007-2009⁷³.

A Conferência de Bandung, em 1955, é considerada como o marco do início da Cooperação Sul-Sul, e nesse tocante, Oliveira (2011, p. 75) destaca que a referida Conferência significou “mais que um movimento de apoio aos processos de descolonização da Ásia e África”, mas “o início da aproximação e cooperação política dos países do Terceiro Mundo”.

No contexto de fatores relacionados à aproximação de países em desenvolvimento que antecede Bandung, Ayllón (2014) faz referência ao “processo de consciência do Sul e de suas manifestações nas relações internacionais da segunda metade do século XX”. Nesse sentido, o autor destaca os armistícios das guerras da Coreia e da Indochina e a aproximação entre Índia e China, em 1954, com o intuito de negociar a resolução de conflito bilateral do Tibet, e onde foram estabelecidos os cinco princípios da coexistência pacífica⁷⁴, debatidos posteriormente na Conferência de Bandung (AYLLÓN, 2014, p.60).

A Conferência de Bandung, em 1955, contou com a participação de vinte e nove países africanos e asiáticos, e cerca de trinta movimentos de libertação nacional. Para Leite (2011), o encontro funcionou como “um despertar das populações dominadas para a plena consciência de sua força e possibilidades”, passando os países a agir menos como “objeto”, e mais como “atores coletivos da política internacional” (LEITE, 2011, p.56) em busca de seus interesses, que foram expressos como os princípios de Bandung:

Respeito aos direitos humanos fundamentais e aos propósitos e princípios da Carta das Nações Unidas; respeito á soberania e à integridade territorial de todas as nações; reconhecimento da igualdade de todas as raças e de todas as nações, grandes ou pequenas; abstenção da intervenção ou interferência nos assuntos internos de outros países; respeito ao direito de cada nação de defender-se individual ou coletivamente, em conformidade com a Carta das Nações Unidas; abstenção do uso de arranjos de defesa coletiva destinados a servir a interesses particulares de quaisquer grandes potencias; abstenção por parte de qualquer país de exercer pressões sobre os demais países; abstenção de atos ou ameaças de agressão ou uso da força contra a integridade territorial ou independência política de qualquer país; resolução de todas as disputas internacionais por meios pacíficos, com a negociação, conciliação, arbitramento ou decisão judicial assim como outros meios pacíficos escolhidos pelas partes, em conformidade com a Carta das Nações Unidas; a promoção de interesses mútuos e da cooperação e por fim, respeito à justiça e as obrigações internacionais (LEITE, 2011,p.5-6).

⁷³ A cooperação triangular estabelecida entre Brasil, Alemanha e Uruguai foi representada pela Agência Brasileira de Cooperação, a GIZ, Agência Alemã de Cooperação e o Ministério da Saúde Pública e a *Administración de los Servicios de Salud del Estado* no Uruguai. O objetivo da cooperação foi garantir acesso a serviços de saúde de qualidade a populações com menos de 5000 habitantes com temas transversais (HIV e outros); dar apoio ao sistema de saúde uruguaio baseado nas experiências da implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil (HERLT, 2011).

⁷⁴ Os cinco princípios da coexistência pacífica são: i) respeito mútuo da integridade territorial e da soberania; ii) a não agressão mútua; iii) a não ingerência mútua; iv) a igualdade e o benefício mútuo; v) a coexistência pacífica (Ayllón, 2014, p. 60).

Os princípios de Bandung mostram-se alinhados ao que, no aprofundamento da cooperação entre países em desenvolvimento, passará a ser considerado como os princípios da Cooperação Sul-Sul. A Conferência de Bandung, tendo um peso iminentemente político, não negligenciou a importância da cooperação econômica como ação para o desenvolvimento das regiões africanas e asiáticas. O aprofundamento das relações políticas entre esses países incorporou os países latino-americanos, passando estes a aumentar suas demandas econômicas no Sistema Internacional, ao reivindicar maior desenvolvimento econômico (LEITE, 2011, p. 59; AYLLÓN, 2004, p.62). Enquanto a articulação política se expressava por meio do Movimento de Países não Alinhados, criado em 1961, a pauta econômica se aprofundava, levando os países subdesenvolvidos a se mobilizarem em ações coordenadas a partir do fim dos anos 1950 (LEITE, 2011, p.59).

O Programa da Primeira Década das Nações Unidas, entre 1960 e 1962, reconhecia o aumento do *gap* existente entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos, sendo decidido pela comunidade internacional que os países do sul deveriam crescer 5% até 1970. A temática do comércio era defendida pelos países subdesenvolvidos como instrumento de desenvolvimento econômico destes no Sistema Internacional (LEITE, 2011, p.62-4).

No período entre os anos 1960-1970, a percepção dos países em desenvolvimento de que as relações Norte-Sul não os levariam ao desenvolvimento almejado, determinou que maior concertação entre estes fosse estabelecida no sentido de se fortalecerem em prol da consecução de seus interesses, particularmente no campo econômico. Fazendo coro no âmbito das Nações Unidas (ONU), os países subdesenvolvidos conseguiram a convocação de uma Conferência das Nações Unidas para o Comércio e o Desenvolvimento, a I UNCTAD, instalada em 1964 (CERVO, 2011, p.398).

A Conferência teve como principais eixos de discussão as exportações de produtos primários, o sistema de preferências, e o aporte de recursos internacionais aos países em desenvolvimento. Na I UNCTAD formou-se o G-77, grupo de 77 países em desenvolvimento que defendia um novo quadro de comércio internacional compatível com as necessidades de industrialização acelerada (LEITE, 2011, p.62-4).

As discussões no contexto da I UNCTAD incluíam as preocupações dos países subdesenvolvidos com o comércio internacional, particularmente por serem grande parte deles produtores de matéria-prima. Nesse contexto, comércio e desenvolvimento estavam atrelados. A partir da referida Conferência, Puente (2010) considera que o próprio modelo de cooperação estabelecido pelos países desenvolvidos (doador-receptor) passou a ser criticado por alguns países em desenvolvimento, que consideravam o mesmo assistencialista, e onde

prevaleciam os interesses dos países industrializados. Esses interesses estavam atados (em sua maioria) a determinantes político-estratégicos (PUENTE, 2010, p.76).

Inserido nesse contexto é que ocorre o nascimento da Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento, como movimento cooperativo alternativo/complementar ao modelo de cooperação Norte-Sul. A criação no âmbito do PNUD da unidade especial para CTPD, em 1974, tem o intuito de iniciar estudos para o fomento de ações na área (ABC, 2014c), e antecede a concretização do estabelecimento da Cooperação. A Conferência das Nações Unidas sobre Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento⁷⁵, em 1978, em Buenos Aires reconhece nesse sentido, que relações estabelecidas entre os países neste modelo cooperativo devem ser fomentadas, desenvolvidas e aprofundadas (ABC, 2014c).

O Plano de Ação de Buenos Aires consagrou, como ressalta Ayllón (2014), um “novo conceito de cooperação técnica baseado na horizontalidade e no intercâmbio de informações e perícia entre países em desenvolvimento, em áreas como saúde, educação e agricultura”. O Plano traz para o contexto da Cooperação Sul-Sul (CSS) a elaboração de conceitos a serem adotados de maneira conjunta pelos países em desenvolvimento, bem como assinala para a existência de perspectivas inovadoras, no intuito de melhorar o funcionamento da cooperação técnica entre os países em desenvolvimento (AYLLÓN, 2014, p. 66).

Entraves iniciais à implementação das medidas previstas no Plano de Ação de Buenos Aires foram relativos ao grau de desenvolvimento dos países em desenvolvimento, e na capacidade de financiamento da mesma. Para que ações cooperativas ocorressem nesse contexto, seria necessário que ao menos um país em desenvolvimento fosse um país com nível de desenvolvimento intermediário, ou de renda média, e que tivesse recursos técnicos e capacidade institucional para poder transferir e/ou compartilhar os mesmos entre dois ou mais países em desenvolvimento (PUENTE, 2010, p.80).

Nesse sentido, países como Brasil, Índia, China e Cuba, enquadravam-se dentro desses requisitos, sendo considerados países pivôs, mais tarde identificados como países estratégicos, e que seriam capazes de assumir a liderança em ações de cooperação entre países em desenvolvimento. À época das recomendações previstas no Plano de Ação de Buenos Aires, o

⁷⁵A Conferência das Nações Unidas sobre Cooperação Técnica entre países em Desenvolvimento produziu ao seu final o Plano de Ação de Buenos Aires, que reconhece que ações estabelecidas na área devem ser fomentadas e aprofundadas, contribuindo, nesse sentido para acelerar o desenvolvimento dos países, aumentar a dignidade humana e o progresso, bem como a economia mundial. O Plano prevê o estabelecimento de ações no nível nacional, sub-regional e regional, inter-regional e global. Fonte: *Buenos Aires Plan of Action*. Disponível em [http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/Plano-de-acao-de-Buenos-Aires.pdf]. Acesso em 22/01/2015

mundo vivia a recessão econômica dos anos 1980, limitando a real efetivação de ações na área (PUENTE, 2010, p.82).

A recessão econômica vivida pelos países em desenvolvimento nos anos 1980, resultado da crise da dívida e da imposição dos planos de ajustes estruturais capitaneados pelas instituições financeiras multilaterais, contribuíram sobremaneira para a estagnação de ações de cooperação entre esses países nesse período. O fim dos anos 1980 com a queda do muro de Berlin em 1989, marco do fim da Guerra Fria, e a unificação da Alemanha em 1991, muda o cenário político internacional, e consequentemente da Cooperação Sul-Sul.

No cenário dos anos 1990, com o crescimento econômico de alguns países em desenvolvimento, e a ampliação dos critérios de graduação dos países nesse período como condicionante da ajuda internacional, podem ser fatores que impulsionaram países em desenvolvimento para a ampliação e o aprofundamento de ações cooperativas na área (AYLLÓN, 2014, p. 70).

A entrada no século XXI insere as Metas do Milênio e o terrorismo internacional no contexto da cooperação internacional para o desenvolvimento, e agrega outras temáticas tais como o desenvolvimento sustentável, doenças como a AIDS, a Malária e a Tuberculose, o combate à fome e a pobreza (PUENTE, 2010, p.79).

O impulso definitivo para a Cooperação Sul-Sul ocorreu a partir da Conferência de Monterrey, em 2002, cuja temática central foi o financiamento do desenvolvimento internacional. Na Conferência discutiu-se a necessidade de fortalecer a cooperação Sul-Sul, inclusive o modelo em triangulação, como “instrumentos para a promoção do desenvolvimento e o intercâmbio de experiências e estratégias exitosas” (SOUZA, 2013, p. 19).

A Conferência de Alto Nível sobre a Cooperação Sul-Sul em 2009 é referida por Ayllón (2014), como um marco importante no aprofundamento da institucionalização da Cooperação Sul-Sul, tendo como produtos principais do encontro a reafirmação dos princípios tradicionais da Cooperação Sul-Sul, a reivindicação da autonomia dos países em desenvolvimento para dirigir a agenda da Cooperação Sul-Sul e a incorporação, ainda que tímida, de recomendações sobre a eficácia da cooperação presentes e oriundos em Fóruns de alto nível promovidos pela OCDE (AYLLÓN, 2014, p. 74).

O conceito de Cooperação Sul-Sul ainda não encontrou consenso na academia, uma vez que a mesma não possui definições comuns para os países que a empreendem. Outra observação pertinente sobre a Cooperação Sul-Sul estabelecida pelos países em desenvolvimento é que a mesma não se orienta pela obrigatoriedade da sistematização da

coleta e publicação dos dados, metodologia adotada para o sistema de registros do CAD, e nesse sentido, não assimila o padrão do modelo de cooperação tradicional que está atrelado ao conceito de Ajuda Oficial ao Desenvolvimento (AYLLÓN, 2014, p. 77).

Nessa mesma linha de pensamento, estudos sobre a cooperação Sul-Sul brasileira, como os de Cabral e Weinstock, (2010, p.10), destacam dificuldades existentes para a execução de iniciativas pelo país. As autoras ressaltam a questão legal, uma vez que não existe no país Lei própria e específica relativa à prestação de cooperação pelo país, sendo as ações regidas pela Lei nº 8.666/93 da administração pública. Outro aspecto destacado pelas autoras é o fato da Agência Brasileira de Cooperação não ser independente, estando a mesma submetida ao Itamaraty, o que para alguns estudiosos do tema é visto como fator limitante ao desenvolvimento de políticas de cooperação. A submissão hierárquica da Agência ao Itamaraty também é visto como limitante, uma vez que a Agência perderia capacidade de ser mais estratégica e eficiente na implantação de recursos humanos e financeiros⁷⁶.

Fatores como a insuficiência de recursos humanos especializados na área de cooperação, baixo grau de coordenação e troca de experiência, como por exemplo, entre a Agência brasileira e a agências de países que recebem cooperação brasileira, e a dificuldade de se medir eficácia da cooperação⁷⁷, também são apontados como dificuldades de execução e avaliação de iniciativas brasileiras no modelo Sul-Sul (CABRAL; WEINSTOCK, 2010, p.11).

Ainda no campo dos conceitos, Puente (2010, p.75) faz a ressalva de que no contexto da Cooperação Sul-Sul, ações e atividades mais abrangentes, que vão além da cooperação técnica, e incluem nesse sentido, esforços diplomáticos, distinguiria a CTPD da Cooperação Sul-Sul⁷⁸. Autores como Buss e Ferreira (2010) entendem essas iniciativas cooperativas como “um processo de interação econômica, comercial, social ou de outra natureza que se estabelece (idealmente) com vantagens mútuas entre parceiros e países em desenvolvimento geralmente localizados no hemisfério sul” (BUSS; FERREIRA, 2010, p.106).

O conceito de Cooperação Sul-Sul transita por diversos campos como o econômico, comercial e político. Nesse sentido, observa-se a referência de Cooperação Sul-Sul como uma “cooperação econômica e política entre países em desenvolvimento” (BOBIASH apud LEITE, 2012, p.3), ou na definição dada pelo Escritório das Nações Unidas para a Cooperação Sul-Sul:

⁷⁶ idem

⁷⁷ Idem

⁷⁸ A presente pesquisa vai considerar o termo cooperação técnica entre países em desenvolvimento e cooperação horizontal como sinônimos, estando os termos inseridos no conceito mais amplo de Cooperação Sul-Sul.

Uma larga estrutura de colaboração de cooperação entre países do Sul nos campos político, econômico, social, cultural, meio ambiente e técnico. Envolvendo dois ou mais países ela pode ser desenvolvida na forma bilateral, regional, sub-regional ou inter-regional. Os países em desenvolvimento compartilham conhecimento, habilidades, expertise e recursos para atingir seu desenvolvimento por meio de esforços concertados (UNIDADE ESPECIAL DE COOPERAÇÃO, PNUD)

No âmbito do PNUD a Cooperação Sul-Sul é definida ainda como “um mecanismo de desenvolvimento conjunto entre países emergentes em resposta a desafios comuns” (PNUD, 2016). Para a Agência Brasileira de Cooperação a Cooperação Sul-Sul “está centrada no fortalecimento institucional dos parceiros (países) com quem o país coopera, sendo esta uma condição fundamental para que a transferência e a absorção dos conhecimentos sejam efetivadas” (ABC, 2016).

A ABC considera ainda que a cooperação brasileira no modelo Sul-Sul é estabelecida sem fins lucrativos e desvinculada de interesses comerciais (ABC, 2016). A definição de Cooperação Sul-Sul apresentada pela Agência Brasileira de Cooperação, embora alinhada com as definições de outros órgãos internacional citados anteriormente, traz a peculiaridade de considerar a desvinculação de lucros e interesses comerciais nas ações de cooperação empreendidas pelo país.

A cooperação brasileira no modelo Sul-Sul começa a dar seus primeiros passos nos anos 1970, sendo o país ainda receptor de cooperação internacional nos moldes da cooperação Norte-Sul. O desenvolvimento de ações na área foi acompanhado pelo processo de institucionalização da cooperação no país, que culminou em tempos mais recentes com a criação da Agência Brasileira de Cooperação em 1987, órgão ligado ao Ministério das Relações Exteriores, e responsável pela coordenação de ações de cooperação recebida e demandada pelo/para o país (ABC, 2016).

4.4 O Brasil como ator de cooperação: a construção de um caminho

Considerando-se os anos 1970 como período em que o Brasil estabeleceu os primeiros projetos de cooperação entre países em desenvolvimento, Cervo (1994) realizou o levantamento da cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional no período entre os anos 1970 e 1990, mais precisamente considerando um horizonte temporal até o ano de 1989.

No artigo, Cervo (1994, p. 49) faz referência à existência da demanda de outros países em desenvolvimento por cooperação técnica brasileira, atingindo, segundo os seus dados, o

correspondente a 695 (seiscentos e noventa e cinco) projetos nesse período. O autor ressalta, no entanto, que para uma grande parte das informações coletadas sobre a cooperação técnica prestada pelo Brasil, não havia relatório sobre as atividades desenvolvidas, o que o levou ao questionamento se realmente algumas dessas ações foram efetivamente concretizadas. A conclusão do autor, considerando as informações sobre a cooperação técnica prestada, é de que a precariedade das informações disponíveis dificultou a análise dos resultados dessa cooperação durante esse período.

Informação importante considerada por Cervo (1994, p. 51) foi a de que o Brasil pode estruturar suas instituições durante o período que foi iminentemente receptor de cooperação (até início dos anos 1970), sendo esse fator de fundamental importância, posteriormente, no desenvolvimento de iniciativas de Cooperação Sul-Sul em saúde. O desenvolvimento e a melhoria do controle de qualidade de drogas e medicamentos foi uma das iniciativas na área, e ocorreu nesse período mediante a estruturação institucional da Fundação Oswaldo Cruz, a Fiocruz, hoje reconhecidamente uma das instituições mais atuantes nesse setor da cooperação.

A partir de meados dos anos 1980, com o aumento da demanda de projetos brasileiros para o exterior, a cooperação prestada pelo Brasil passa a receber mais importância como instrumento da política externa do país. Nesse período, nova reforma institucional foi estabelecida transferindo-se a responsabilidade e a gestão da cooperação para o Itamaraty, e sendo criada, em 1987, a Agência Brasileira de Cooperação (ABC) (PUENTE, 2010, p. 105). A então criada Agência tinha por finalidade coordenar a cooperação recebida e prestada pelo Brasil na forma bilateral e multilateral com países industrializados, em desenvolvimento e Organismos Internacionais, nos termos da política externa brasileira em todas as áreas do conhecimento (PUENTE, 2010, p.106).

O Brasil transitou pela condição de receptor e prestador de cooperação até os anos 1990, quando o número de projetos recebidos multilateralmente começou a aumentar, capitaneados muitos deles por organismos multilaterais como o PNUD e a UNESCO⁷⁹, dentre outras agências (PUENTE, 2010, p. 110). A cooperação técnica entre países em desenvolvimento também aumentou a partir desse período devido, particularmente, à maior aproximação do país com países latino-americanos e africanos, o que permitiu, nesse sentido, aumento da demanda de projetos por parte de alguns desses Estados. Outra razão para esse

⁷⁹UNESCO: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.

aumento de cooperação ocorreu também, segundo o autor, pela difusão de informações sobre a cooperação efetuada pelo Brasil em Fóruns multilaterais⁸⁰.

No âmbito regional nesse mesmo período ocorre uma maior aproximação entre Argentina, Brasil, Uruguai e Paraguai, o que culminou no aprofundando da iniciativa de criar um Mercado Comum do Sul, o MERCOSUL. A criação do organismo regional também teve papel importante no contexto da cooperação brasileira para o desenvolvimento. A formação do bloco concretizou-se por meio da assinatura do Tratado de Assunção, em 1991, e tinha por objetivo principal o estabelecimento de ações que permitissem a integração dos quatro Estados por meio da instituição de livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos, de uma Tarifa Externa Comum (TEC), da adoção de uma política comercial comum, da coordenação de políticas macroeconômicas e setoriais, e da harmonização de legislações nas áreas pertinentes (BRASIL, 2014c).

A assinatura do Protocolo de Ouro Preto pelos países membros, em 1994, estabeleceu a estrutura institucional do MERCOSUL, dotando o mesmo de personalidade jurídica internacional, tendo ocorrido a primeira ampliação do bloco, em 2012, com a incorporação da Venezuela como membro efetivo (BRASIL, 2014c).

O período que constitui a primeira metade dos anos 1990 serve como pano de fundo para a criação e estruturação institucional do MERCOSUL, tendo sido formalizado esses atos nos anos 1991 e 1994, respectivamente. No ano seguinte, 1995 tem início o período do governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, que reeleito permanecerá nesta condição até o ano de 2002. É no governo do referido Presidente que ocorre a criação da Reunião de Ministros de Saúde do MERCOSUL, em 1995, a criação da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde, a AISA, em 1998, e a criação da Comissão Intergovernamental de HIV/AIDS do MERCOSUL, em 2002.

A Reunião de Ministros de Saúde do MERCOSUL, criada em 1995, seria um fórum de discussão sobre questões em saúde, e teria como função primordial propor ao Conselho de Mercado Comum⁸¹, medidas para a coordenação de políticas na área da saúde para os países que formam o bloco, definindo planos, programas, estratégias e diretrizes regionais dentro do processo de integração entre os Estados (MINSITÉRIO DA SAÚDE, 2014h, p.29). Além da

⁸⁰ idem

⁸¹ O Mercosul é composto de três órgãos decisórios: o Conselho do Mercado Comum, o Grupo Mercado Comum, a Fórum de Consulta e Concertação Política e Reunião de Ministros. Ao Grupo Mercado Comum estão subordinados a Secretaria do Mercosul e o Fórum Consultivo Econômico e Social, Reuniões Especializadas, Comitês, Reunião Técnica sobre Incorporação da Normativa Mercosul, Comissão de Comércio e Subgrupos de Trabalho, Grupos de Servidos, Grupos *Ad hoc*, Comissão Sócio laboral e Comissão Parlamentar Conjunta. Fonte: MERCOSUL. Disponível em: < <http://www.camara.gov.br/mercosul/blocos/MERCOSUL.htm> >. Acesso em 31/01/2015

Reunião de Ministros de saúde foi criado também o subgrupo de trabalho (SGT) nº 11, que é um fórum para discussões sobre saúde, e que abrange três comissões: vigilância em saúde, produtos para saúde, e serviços de atenção à saúde⁸² (BRASIL, 2014c).

A criação da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA), em 1998, através da Portaria GM nº 2477, define que a mesma seja um órgão de atuação do Gabinete do Ministro de Estado, tendo como funções:

a elaboração das diretrizes, coordenação e implementação da política internacional do Ministério da Saúde, assim como pela posição brasileira sobre temas de saúde em âmbito internacional, de acordo com as diretrizes da Política Externa do Brasil, e em permanente articulação com as áreas técnicas das Secretarias e das Unidades Vinculadas do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014i).

Outro marco institucional constituído ainda no governo do Presidente Fernando Henrique foi a criação, em 2002, da Comissão Intergovernamental de HIV/AIDS do MERCOSUL, pelo Acordo MERCOSUL nº 02/02, que tinha como finalidade construir indicadores comuns sobre a doença, orientando ações e gestão da comissão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

Considerando a saúde como temática da política externa brasileira, Acordos na área foram empreendidos com outros países durante o período dos governos do Presidente Fernando Henrique Cardoso, do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva e da Presidente Dilma Rousseff. No governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, o combate à epidemia de HIV/AIDS foi uma temática relevante, e neste período foram criadas e discutidas políticas de combate à doença entre os países do MERCOSUL no contexto da Comissão Intergovernamental de HIV/AIDS, em 2002.

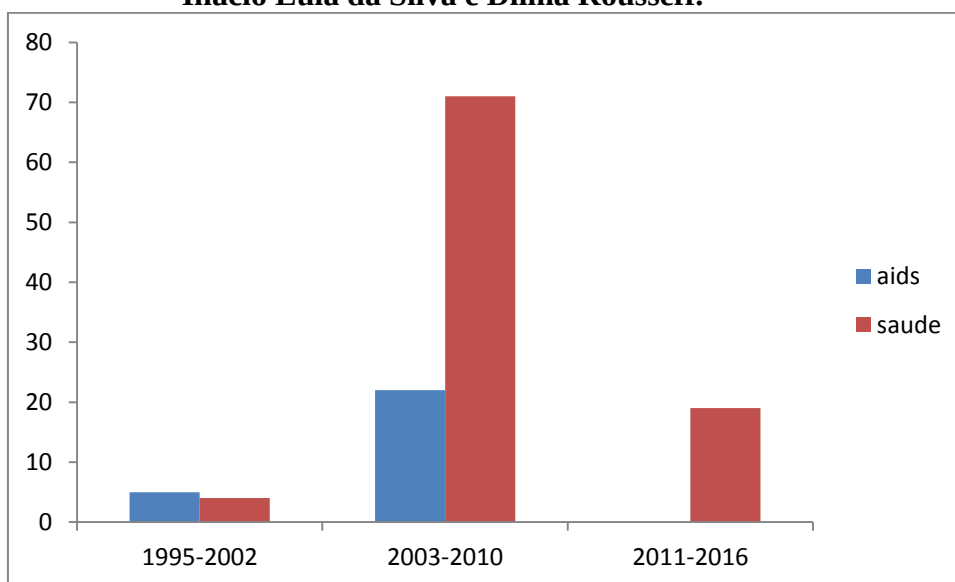
A Ata da Reunião da Comissão Intergovernamental de HIV/AIDS, no que se refere à reunião de coordenadores nacionais que antecede a XV Reunião de Ministros de Saúde do MERCOSUL, Bolívia e Chile, em 12-2003 em Punta del Este, Uruguai, faz referência ao desenvolvimento de estratégias para diminuir a transmissão do vírus HIV da mãe para o feto. A Ata ressalta também a execução de ações na área, a exemplo da capacitação de técnicos regionais na França (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016c).

A avaliação da importância da temática da saúde no contexto da política externa dos governos dos Presidentes Fernando Henrique Cardoso, Luís Inácio Lula da Silva e da

⁸² Na comissão *Produtos para a Saúde, as temáticas são relativas à área Farmacêutica; produtos médicos; reativos para diagnóstico de uso In Vitro; Saneante/Domissanitários; cosméticos; psicotrópicos/entorpecentes; sangue/hemoderivados. Na comissão de **vigilância sanitária, as temáticas envolvem vigilância epidemiológica e controle sanitário de Portos, Aeroportos, Terminais e Pontos de Fronteira. Na comissão de***Prestação de Serviços de Saúde, a prestação de Serviços de Saúde; o exercício profissional e a Tecnologia em Saúde, são as temáticas de destaque (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Presidente Dilma Rousseff foi efetuado por meio do levantamento de Atos Internacionais⁸³, destacando-se tanto os Atos estabelecidos na área de saúde, quanto Atos específicos na área de combate à epidemia de HIV/AIDS entre 1995 e 2016.

Gráfico 1 - Acordos e Ajustes à Acordos de Cooperação na área de Saúde/HIV-AIDS distribuídos pelos governos dos Presidentes Fernando Henrique Cardoso, Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff.



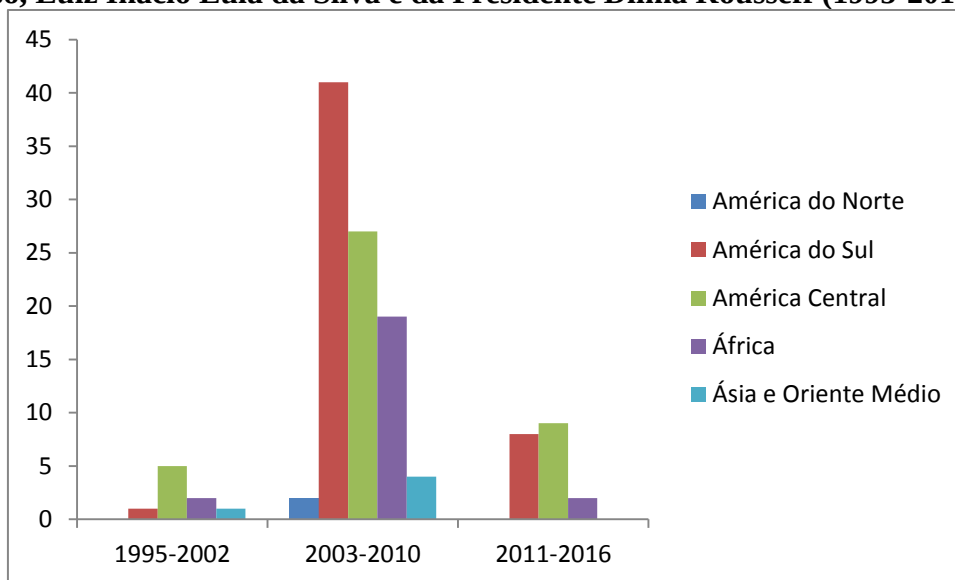
Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados extraídos do site do Ministério de Relações Exteriores. Sistema de Atos Internacionais, 2016 (MRE,2016m)

Observa-se a partir da análise descritiva do gráfico 1, que embora no governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso a saúde tenha sido um tema presente na política externa, no período do governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva houve um aumento do número de Acordos e Ajustes a Acordos de cooperação na área de saúde, noventa e três, quando comparado aos nove Acordos e Ajustes a Acordos de cooperação durante o governo do Presidente Fernando Henrique, e os dezenove durante o governo da Presidente Dilma Rousseff. Quando se desagregam os dados para análise, observa-se que no governo do Presidente Fernando Henrique o número de Acordos e Ajustes a Acordos de cooperação relacionados ao combate do HIV/AIDS foram cinco, durante o governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva foram vinte e dois, e durante o governo da Presidente Dilma Rousseff não houve registro de Acordos ou Ajustes a Acordos na área de HIV/AIDS.

⁸³ Foram considerados apenas os Acordos ou Ajustes a Acordos de cooperação, por estes serem Atos formais, comumente empregados para designar tratados de natureza econômica, financeira, comercial ou cultural, podendo, contudo, dispor sobre segurança recíproca, projetos de desarmamento, fronteiras, arbitramentos, etc. Os Acordos são atos mais formais, quando comparados a Protocolos, Memorandos e Declarações (MAZZUOLI 2006, p. 47).

Ao se desagregar os dados para observar a distribuição geográfica dos Acordos e Ajustes a Acordos de cooperação na área de saúde e de combate à epidemia de HIV/AIDS, observa-se o gráfico a seguir:

Gráfico 2 – Distribuição geográfica dos Acordos e Ajustes a Acordos de Cooperação na área de saúde durante o governo dos Presidentes Fernando Henrique Cardoso, Luiz Inácio Lula da Silva e da Presidente Dilma Rousseff (1995-2016)



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados extraídos do site do Ministério das Relações Exteriores. Sistema de Atos Internacionais. Acordos e Ajustes a Acordos brasileiros na área de Saúde, 2016 (MRE, 2016m).

A análise descritiva do gráfico 2 demonstra que as regiões da América do Sul, Central e África foram contempladas com mais Acordos e Ajustes à Acordos de cooperação na área de saúde, quando comparado às regiões América do Norte, Ásia e Oriente Médio. Observa-se ademais, que houve um aumento do número de Acordos e Ajustes a Acordos de Cooperação na área de saúde por região durante o governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, quando comparado ao governo do Presidente Fernando Henrique, e ao governo da Presidente Dilma Rousseff.

A verificação da distribuição dos Acordos e Ajustes a Acordos de Cooperação em saúde, considerando os três governos em análise, demonstra que os mesmos ocorreram com países que se encontram dentro das áreas de interesses da política externa brasileira, ou seja, as regiões da América do Sul, Central e África.

As ações de cooperação brasileira ao longo dos anos 1990 e 2000 se desenvolveram e se aprofundaram. A ampliação da atuação brasileira no cenário internacional, principalmente no papel de prestador de cooperação, começou a receber críticas relacionadas, a princípio, a não disponibilização de dados do montante gasto com as modalidades de cooperação empreendidas pelo país, assim como, o que o Brasil considera como ações de cooperação.

Parte dessas críticas foi amainada com a publicação, em 2010, do primeiro relatório brasileiro sobre esse assunto. Nesse ano o Ipea em conjunto com a Agência Brasileira de Cooperação e o Ministério das Relações Exteriores publicaram o primeiro relatório sobre a cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional, demonstrando dados pertinentes aos gastos do país entre 2005 e 2009.

O relatório do Ipea/ABC (2010) especificou também o que o país considera como Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional, e que modalidades estão inseridas dentro desse pensamento. Nesse sentido, a cooperação brasileira internacional para o desenvolvimento é:

A totalidade de recursos investidos pelo governo federal brasileiro, totalmente a fundo perdido no governo de outros países, em nacionais de outros países em território brasileiro, ou em organizações internacionais, com o propósito de contribuir para o desenvolvimento internacional, entendido como o fortalecimento das capacidades de organizações internacionais e de grupos ou populações de outros países para a melhoria de suas condições socioeconômicas (IPEA;ABC/MRE, 2010)

O relatório do Ipea/ABC considerou como modalidades de cooperação brasileira as contribuições para organizações internacionais e bancos regionais, a assistência humanitária estabelecida pelo país, as bolsas de estudo concedidas para alunos estrangeiros, a cooperação técnica por meio de projetos técnicos e as operações de paz.

Um segundo relatório publicado pelo Ipea junto com a ABC, com a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República e o Ministério das Relações Exteriores, em 2013, relativo ao ano de 2010, disponibilizou os dispêndios dos órgãos da administração pública federal, em 2010, bem como quais foram os arranjos institucionais estabelecidos para a sua execução. Os dados disponibilizados alargam ainda mais o escopo da análise sobre a cooperação brasileira internacional, e inclui os gastos do governo federal com servidores e colaboradores da administração pública federal, incluindo passagens, diárias, salários, horas técnicas gastas com bolsas de pesquisa e com doações, além dos gastos decorrentes de compromissos e obrigações do governo federal brasileiro junto a organismos internacionais (IPEA; ABC/MRE, 2013).

As modalidades consideradas nesse segundo relatório foram a cooperação técnica, a cooperação científica e tecnológica, a cooperação educacional, a cooperação humanitária, o apoio e proteção a refugiados, as operações de manutenção de paz e os gastos com organismos internacionais. Em comparação com o primeiro relatório, a cooperação científica e tecnológica foi desmembrada da cooperação técnica, a ajuda humanitária passou a ser considerada cooperação humanitária, as bolsas de estudos para estrangeiros passaram a ser incluídas na cooperação educacional, e foi incluído o apoio e proteção a refugiados.

O terceiro relatório publicado pelo Ipea junto com a ABC e o MRE, em 2016, trouxe a análise da cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional entre os anos 2011-2013, propondo uma avaliação mais aprofundada da cooperação, incluindo uma reflexão sobre as formas de mensurar as ações internacionais estabelecidas pelo Brasil, mantendo para análise, as modalidades presentes no relatório anterior.

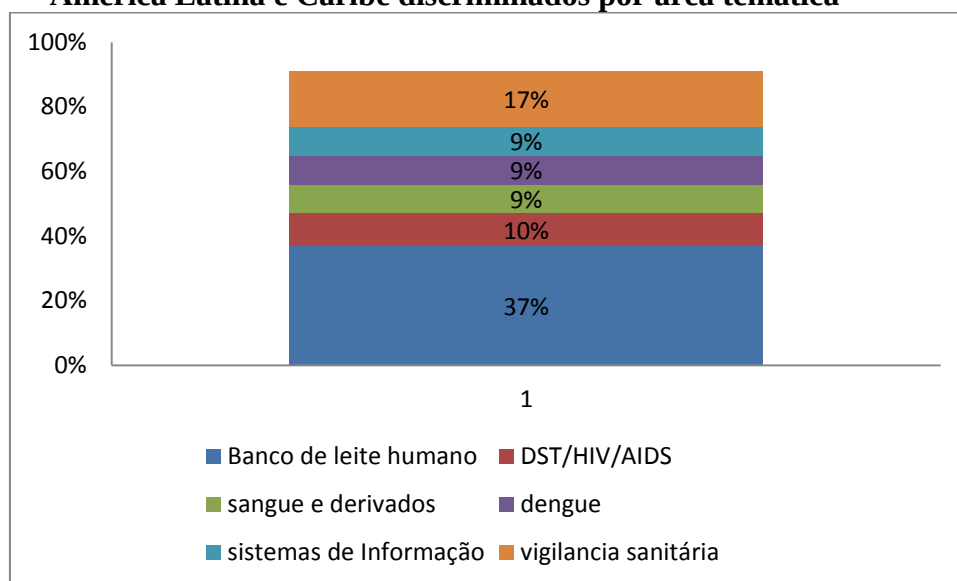
A cooperação em saúde é mencionada nos relatórios anteriormente referidos, destacando-se a Fiocruz como uma das instituições que tem participado ativamente de projetos de cooperação na área. Nos dados do estudo do Ipea; ABC/MRE (2010) os gastos com a cooperação em saúde no ano de 2005 foram de R\$ 2,78 milhões, passando para R\$ 13,8 milhões no ano de 2009, demonstrando nesse sentido, que houve aumento de gastos com a cooperação na área durante esse período.

Outra fonte de informação importante sobre a cooperação brasileira na área de saúde e que se refere aos períodos dos anos 2000 está presente no relatório da AISA⁸⁴ publicado em 2010. O relatório descreve as atividades da cooperação brasileiras na área de saúde executadas pela Divisão de Projetos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde no ano de 2009. Nesse sentido estavam em acompanhamento no ano de 2009, cento e trinta e oito projetos, sendo noventa e sete na América Latina e Caribe e quarenta e um na África (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014i).

No relatório da Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA) publicado em 2010 referentes às atividades na área no ano de 2009, o mesmo demonstra o total de projetos na área de saúde, discriminando-os por tema da cooperação em números percentuais. A cooperação em HIV/AIDS nesse ano representou 10% do número total da cooperação em saúde prestada pelo Brasil, como observado no gráfico a seguir:

⁸⁴ A AISA está vinculada ao Ministério da Saúde e responde pela elaboração das diretrizes, coordenação e implementação da política internacional do Ministério, assim como pela posição brasileira sobre temas de saúde em âmbito internacional, de acordo com as diretrizes da Política Externa do Brasil, e em permanente articulação com as áreas técnicas das Secretarias e das Unidades Vinculadas do Ministério da Saúde. Fonte: Ministério da Saúde, Relações Internacionais. Disponível em [http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/281-aisa/12-aisa/319-texto-apresentacao-aisa]. Acesso em 24/01/2015

Gráfico 3 – Percentual de projetos de cooperação brasileira em saúde na América Latina e Caribe discriminados por área temática

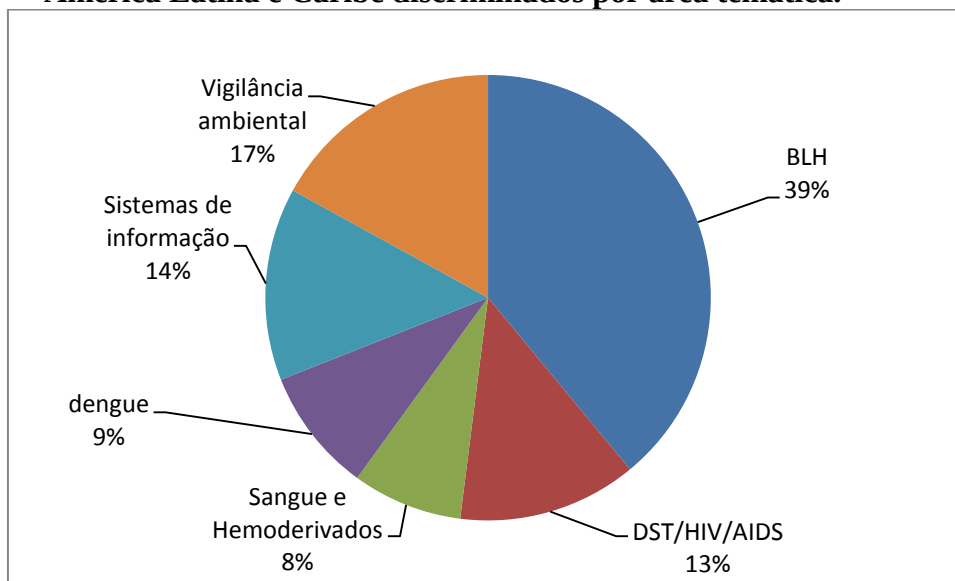


Fonte: Elaborado pela autora adaptado de dados extraídos do Relatório de Gestão da Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA) publicado em 2010.

Depreende-se na análise descritiva do gráfico 3, que a maior cooperação brasileira na área de saúde ocorreu na área de bancos de leite humano, ocupando ações de combate ao HIV/AIDS a terceira posição, atrás da cooperação na área de vigilância sanitária ambiental. Figueiredo (2011)⁸⁵, sobre o número percentual de projetos brasileiros na área de saúde, quando considerada a área temática, demonstrou que houve ampliação percentual de projetos, como visto no gráfico a seguir:

⁸⁵ FIGUEIREDO, M (2011) “La Cooperación Horizontal em Salud desde Brasil”. I Fórum Sul Americano de Cooperação Internacional, (2011), informações disponíveis no sítio do evento.

Gráfico 4 – Percentual de Projetos de cooperação brasileira em saúde na América Latina e Caribe discriminados por área temática.



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados adaptados da apresentação de Mauro Teixeira de Figueiredo no I Fórum Sul americano de Cooperação Internacional em Saúde, que ocorreu no Rio de Janeiro, em 2011⁸⁶.

Observa-se a partir da análise descritiva do gráfico 4 que houve a ampliação, em números percentuais, de projetos na área de HIV/AIDS, passando de 10%, em 2010, nos dados disponíveis no relatório da AISA, para 13% na apresentação de Figueiredo, em 2011.

A cooperação brasileira em saúde foi estabelecida com países da América do Sul, América Central, Caribe, África, Ásia e Oriente Médio. Projetos com o continente africano englobam ações com nações de língua portuguesa, existindo iniciativas também com Estados africanos anglófonos e francófonos. Ações cooperativas na área incorporam temáticas variadas, como formação de docentes, capacitação de recursos humanos, prevenção e tratamento de doenças tais como a Malária, a Doença Falciforme, o HIV/AIDS e a Tuberculose, dentre outros temas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014i).

No ano de 2011 a AISA publicou novo relatório de análise sobre a cooperação em saúde, sendo incluídas novas iniciativas com a Ásia e o Oriente Médio, tais como uma atividade isolada no Cazaquistão na área de combate à epidemia de HIV/AIDS, e outra na Palestina, na área de capacitação de recursos humanos em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; FIGUEIREDO, 2011). Iniciativas de cooperação brasileira em saúde também estão presentes em agrupamentos regionais e inter-regionais que o país participa, como por exemplo, na UNASUL e na CPLP por meio das redes estruturantes, no IBAS e no BRICS no contexto de ações no campo da cooperação científica e tecnológica.

⁸⁶ idem

As primeiras iniciativas do Brasil como prestador de cooperação ainda nos anos 1970 construíram as bases que permitiram o desenvolvimento de ações em vários campos de atuação, e dentre eles, a saúde. O aprofundamento e a expansão da cooperação na área a partir dos anos 1990, inseridos inclusive no contexto do processo de integração regional com a criação e construção das bases institucionais do MERCOSUL, serviram de ponte para que essa área da cooperação brasileira estivesse consolidada nos anos 2000, permitindo que iniciativas em outras áreas da saúde, como por exemplo, ações de combate ao HIV/AIDS pudessem ser estabelecidas com outros países em desenvolvimento.

A temática da saúde está presente no contexto da cooperação internacional estabelecida pelo Brasil, podendo ser vista inicialmente no contexto dos Atos Internacionais estabelecidos pelo país na área, ao longo do período estudado. Ações específicas na área, destacando-se a cooperação para o combate ao HIV/AIDS também estiveram presentes no contexto da política externa dos governos brasileiros entre 1995 e 2016, tendo recebido ênfase distinta durante cada governo anteriormente citado.

4.5 A saúde no contexto das linhas diretivas da Política Externa Brasileira de 1995-2016

Considerando as diretrizes da política externa brasileira e os governos brasileiros entre 1995 e 2016, a política externa brasileira no governo do Presidente Fernando Henrique buscou a autonomia pela integração, ou seja, o país procurou uma “autonomia mais articulada com o meio internacional” no intuito de ter “voz ativa” e maior participação nas questões mundiais (PUENTE, 2010. p, 218).

Lampreia (1998, p.11-3) destaca que no período do governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso observou-se a criação e a institucionalização do MERCOSUL, a adesão ao Tratado de Não-Proliferação Nuclear (TNP) e a decisão de submeter ao Congresso a aceitação da competência jurisdicional da Corte Interamericana de Direitos Humanos. Esses movimentos do país produziram repercussão política do meio internacional, traduzido, por exemplo, no caso da adesão ao TNP, e no convite do G8⁸⁷ para que o Brasil participasse junto com os membros do grupo de países mais ricos do mundo, das discussões para uma solução

⁸⁷ G8: Agrupamento político formado por oito países com elevado grau de industrialização, Alemanha, França, Itália, Reino Unido, Japão, Estados Unidos Canadá e Rússia. O grupo se reúne anualmente para discutir assuntos como crescimento econômico e gerenciamento de crises mundiais, segurança internacional, energia e terrorismo. Disponível em <http://www.cfr.org/international-organizations-and-alliances/group-eight-g8-industrialized-nations/p10647>. Acesso em 25/12/2016

sobre as tensões no sul da Ásia após os testes nucleares da Índia e do Paquistão no ano de 1998.

Outras características da política externa no governo Fernando Henrique foram a participação em forças de paz das Nações Unidas em diversos continentes, a participação ativa em Fóruns multilaterais e fortalecimento de relações bilaterais (LAMPREIA, 1998, p. 15). Nesse tocante, pode-se citar a participação brasileira nas negociações para o acordo TRIPS e Saúde Pública, que culminaram na Declaração de Doha sobre o tema em 2001.

Referências à cooperação técnica entre países em desenvolvimento no discurso diplomático do Presidente e Chanceleres no período do governo do Presidente Fernando Henrique são referidas como poucas por Puente (2010, p.223). Para o autor, a pouca presença do termo nos discursos não significa que a cooperação não existisse, mas que a temática tenha sido “ofuscada” pela temática da integração regional.

Quando presentes, três temas aparecem de forma recorrente do discurso diplomático do governo do Presidente Fernando Henrique: a preocupação com o combate à epidemia de HIV/AIDS, o meio ambiente e a educação (PUENTE, 2010, p. 230). Como assinala o autor, o Presidente fez menção à cooperação entre os países em desenvolvimento como meio de combater a epidemia, ao discursar na III Conferência de Chefes de Estado e de Governo da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) em Maputo, em julho de 2000 (PUENTE, 2010, p. 230).

Considerando o governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, projetos na área de saúde encontraram-se fortemente alinhados às diretrizes da política externa brasileira do período, que em linhas gerais podem ser consideradas a seguir:

Revitalização e ampliação do MERCOSUL; intensificação das relações com a América do Sul; aumento da presença e da cooperação com países africanos, com resgate do papel tradicional da África na Política Externa brasileira; busca de relações maduras com os Estados Unidos; perseguição do diálogo e da aproximação com países do sul, mas também com outras áreas (Oriente Médio e países Árabes); prosseguimento na defesa das Nações Unidas e proposta de ampliação no número de membros permanentes no Conselho de Segurança, com postura mais assertiva da candidatura do Brasil nesse contexto; prosseguimento e intensificação da participação nos foros multilaterais, sobretudo econômico, com a articulação de coalizões com países emergentes, com vistas à defesa de interesses comuns (PUENTE, 2010, p.221).

Lima (2005, p. 11-2), analisando a política externa dos dois governantes, ressalta que no campo da diplomacia econômica não houve mudanças significativas entre os dois governos, pois no governo do Presidente Fernando Henrique houve destaque para as mesmas questões ressaltadas no contexto das linhas diretivas do governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva.

Vizentini (2014, p. 50), sobre a política africana no governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, refere que a aproximação brasileira no período não se resumiu ao interesse do país em obter apoio de países do Continente para o pleito brasileiro a um assento permanente no Conselho de Segurança das Nações Unidas, mas para a formação de um grupo coeso que pudesse atuar em prol de seus interesses nas negociações políticas e comerciais junto a Organizações Internacionais, como a Organização Mundial do Comércio.

Ainda sobre a política africana do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, Vizentini (2014, p. 51) refere que esta buscou potencializar a atuação internacional de países do Continente. Para esse contexto, destacam-se iniciativas como a criação do Fórum IBAS, a promoção das Cúpulas América do Sul-África e América do Sul-Países Árabes, a revitalização da CPLP e da ZOPACAS (Zona de Paz e Cooperação no Atlântico Sul). No campo econômico houve aumento de investimentos brasileiros em países do Continente, perdão da dívida de vários países, e apoio financeiro por meio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social. A cooperação técnica entre Brasil e países africanos também é referida pelo autor, destacando o mesmo, que as bem sucedidas práticas em várias áreas, inclusive de combate à epidemia de AIDS no país, atraíram a atenção de outros países, funcionando isto como um fator que gerou demanda por cooperação.

Flemes e Saraiva (2012, p. 224) destacam que o governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva “trouxe um novo perfil para a política externa brasileira”. Os autores fazem referência à articulação presidencial com setores autonomistas do Itamaraty, que defendiam “uma projeção mais autônoma e proativa do país na política internacional, visando a revisão das instituições internacionais e a aproximação com países emergentes que teriam características comuns com o Brasil”. Nesse sentido, a aproximação entre África do Sul, Índia e Brasil culminou com o Fórum IBAS, em 2003, e a aproximação entre Brasil, África do Sul, Índia, China e Rússia culminou com a criação do Fórum informal BRICS, em 2008, participando a África do Sul como membro do Fórum a partir de 2011.

Outro aspecto importante da política externa do período se refere à pluralização de atores no processo de formulação de política externa, no contexto da cooperação Sul-Sul. Nesse sentido, outros Ministérios passaram a ser mais atuantes nas formulações e ações de cooperação tais como os Ministérios da Saúde, Ciência e Tecnologia e da Agricultura (PINHEIRO e MILANI apud FLEMES e SARAIVA, 2012, p. 225)⁸⁸.

⁸⁸ PINHEIRO, L. & MILANI, C.R.S. (orgs.) Política externa brasileira. As práticas da política e a política das práticas. RJ, Editora FGV, 2013.

O governo da Presidente Dilma Rousseff, que sucedeu o do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, apresentou tanto mudanças, quanto continuidade na orientação política quando se compara ao governo anterior. Flandes e Saraiva (2014, p. 228) referem que, ao menos no nível do discurso, “a disposição de manter a trajetória revisionista nas instituições internacionais e a atuação nos foros multilaterais com o perfil de representante dos países do Sul” se manteve, mantendo-se também a variedade de atores envolvidos na política externa já presentes desde o governo anterior, e a visão autonomista de representantes que permaneceram nas principais posições do Itamaraty.

No entanto, a autora ressalta que a visão de “projeção global do país e a construção de uma liderança na região não teve continuidade” (SARAIVA, 2014, p. 27). No contexto da América do Sul, Saraiva (2014) faz referência à manutenção do interesse do país pelo MERCOSUL, mas de não ter havido continuidade da articulação existente no governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, no sentido do país construir uma liderança regional (SARAIVA, 2014, p. 32-4). Para Flandes e Saraiva (2014, p. 228), na América do Sul o governo brasileiro trabalhou para romper com a oposição argentina e construir uma posição de consenso no interior da região.

No que se refere à continuidade, Saraiva (2014) ressalta que o país manteve a preferência por negociações multilaterais no sistema internacional, o posicionamento de não intervenção militar e a preferência pela solução diplomática de controvérsias. No que tange aos agrupamentos inter-regionais, houve avanços no BRICS, com assinatura de acordos, particularmente no campo financeiro, como a criação do Banco dos BRICS para dar suporte a iniciativas com o desenvolvimento de infraestrutura nos países do agrupamento. No caso do IBAS, foco maior foi registrado no contexto do Fundo IBAS e da interação das respectivas sociedades civis (SARAIVA, 2014, p. 30).

A cooperação brasileira com o continente africano manteve destaque, embora Saraiva (2014, p. 30) faça referência que houve diminuição no estabelecimento de novas iniciativas. Exemplo dessa observação se traduz no levantamento de projetos e atividades isoladas no segmento saúde do governo da Presidente Dilma Rousseff entre os anos 2011 e 2015. Nos dados relativos à cooperação para o combate ao HIV/AIDS nesse período, foram executados e concluídos apenas oito projetos na área de HIV/AIDS, existindo ainda três em execução (ABC, 2016b).

A saúde foi um tema que esteve presente na política externa dos três governantes brasileiros entre 1995 e 2016, mas como ressalta Puente (2010), a temática parece ter estado mais presente, no âmbito do discurso, durante o governo do Presidente Luiz Inácio Lula da

Silva, quando comparado ao governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso. A existência de ações concretas na área foi verificada a partir do governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, estendendo-se as mesmas para o governo da Presidente Dilma Rousseff.

A concretização de ações na área a partir do governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva foi resultado de todo o processo histórico do Estado brasileiro no combate à epidemia de HIV/AIDS no país que se iniciou ainda nos anos 1980, quando surgiram os primeiros casos da doença no mundo. A cooperação brasileira na área iniciada nos anos 2000 reflete o amadurecimento das ações do Estado no combate à epidemia dentro de suas próprias fronteiras e que puderam, a partir desse período, ser internacionalizadas no contexto da cooperação para o desenvolvimento internacional.

4.6 Cooperação brasileira em HIV/AIDS: histórico e evolução

A cooperação brasileira em HIV/AIDS está alicerçada na criação, desenvolvimento e aperfeiçoamento do Programa Nacional de Combate ao HIV/AIDS, criado em 1985, ainda no início da epidemia de AIDS no Brasil.

O Programa Nacional estabelecia o que deveria ser considerado como casos suspeitos, confirmados, comunicantes e grupo de risco, permitindo que medidas de controle e operacionais no sentido de prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas com os sintomas da doença ou portadoras do vírus pudessem ser instituídas, além de acompanhar o estado da epidemia por meio da notificação compulsória dos casos diagnosticados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1985).

A criação do Grupo de Cooperação Técnica, em 1995, cujos representantes eram coordenadores Nacionais de DST/AIDS de vinte e um países da região da América Latina e Caribe, constitui-se como primeiro movimento para a instituição de cooperação internacional na área. Mediante a iniciativa no âmbito internacional, o Programa Nacional de Combate ao HIV/AIDS brasileiro criou a Unidade ou Assessoria de Cooperação Externa, a Coopex (LIMA; CAMPOS, 2010, p.123), órgão que deu suporte para o início da Cooperação brasileira na área.

A criação do Programa de Cooperação Internacional para Ações de Controle e Prevenção do HIV para Países em desenvolvimento, em 2002, assumiu a execução dos projetos de cooperação, e as primeiras iniciativas brasileiras estabelecidas na área foram a doação de antirretrovirais para dez países da América Latina e África a partir desse período (LIMA; CAMPOS, 2010, p.123).

O Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/AIDS (CICT) foi criado em 2005 por uma iniciativa conjunta do governo brasileiro e da UNAIDS, tendo como finalidades dar suporte técnico, financeiro e administrativo para os projetos brasileiros na área, bem como facilitar e promover programas e atividades de cooperação técnica horizontal Sul-Sul (LIMA; CAMPOS, 2010, p.123).

A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS deve ser reconhecida por sua articulação nos anos iniciais da eclosão da doença, sendo instituído pelo Estado medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento da mesma. Nesse contexto merece destaque também a forte mobilização da sociedade civil, organizações não-Governamentais e movimentos sociais que contribuíram para que não houvesse a dissociação da questão do direito humano do portador do vírus ou doente de AIDS de receber assistência, como também a instauração da política de acesso universal aos antirretrovirais, que passou a ser garantida por Lei a partir de 1996 (BRASIL, 1996).

Quando o debate sobre a desigualdade do acesso aos medicamentos antirretrovirais se aprofundou no mundo, o tema foi largamente discutido na XIII Conferência Internacional sobre AIDS na África do Sul, em 2000, oportunidade em que o Brasil apresentou o seu *know-how* na área, destacando os resultados nacionais até então para o controle da doença no país, resultado, em parte, de sua política de acesso universal de medicamentos (TEIXEIRA, 2003, p.54).

O início da cooperação brasileira na área ocorre em um período que o mundo começa a empreender esforços maiores, principalmente financeiros, para o combate à epidemia. O aprofundamento da epidemia, com o aumento do número de casos, mortes e órfãos no mundo, principalmente da África Subsaariana no início dos anos 2000, determinou que medidas mais eficazes e enfáticas quanto à epidemia fossem estabelecidas (UNAIDS, 2000, p.24).

Outros fatores relevantes no contexto da epidemia de HIV/AIDS no mundo e que influenciaram o início das atividades brasileiras na área são a articulação entre HIV/AIDS e Segurança Internacional durante a reunião do Conselho de Segurança das Nações Unidas, em 2000, e a Declaração de Compromisso da UNGASS (Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas), um ano depois (LIMA; CAMPOS, 2010, p.123).

No contexto brasileiro, o Grupo de Cooperação Técnica Horizontal (GCTH), criado em 1995, e que tem como representantes os coordenadores nacionais de DST/AIDS de vinte e um países da região da América Latina e Caribe, firmou um documento que destacava a necessidade de estabelecer cooperação na área de combate ao HIV/AIDS entre os países. Diante dessa iniciativa, o Programa de combate ao HIV/AIDS no Brasil criou a Unidade ou

Assessoria de Cooperação Externa, a Coopex. Em 2002, com a criação e a formalização do Programa de Cooperação Internacional para ações de Controle e Prevenção do HIV em países em desenvolvimento, o PIC, a Coopex assumiu a execução dos projetos na área. Nesse contexto, os primeiros países que receberam doação de antirretrovirais do Brasil foram El Salvador, Bolívia, Paraguai, República Dominicana e Colômbia da América Latina, e Burkina Faso, Moçambique, São Tomé e Príncipe e Cabo Verde, na África (LIMA; CAMPOS, 2010, p. 123).

A execução dessas primeiras iniciativas brasileiras necessitou de apoio nacional e internacional. Nesse sentido, no âmbito nacional foi criado o Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/AIDS⁸⁹ (Cict), que deu suporte técnico, financeiro e administrativo ao Governo brasileiro nesse período. No contexto de Organizações Internacionais que apoiaram o Brasil, destaca-se o desenvolvimento de trabalho conjunto com a UNICEF (LIMA; CAMPOS, 2010, p. 123).

No contexto regional, nesse período inicial de ações de cooperação na área, destaca-se, no âmbito do MERCOSUL, a criação da Comissão Intergovernamental de HIV/AIDS no bloco, em 2002, cujo intuito seria a cooperação entre os países para ações de combate à epidemia na região (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014j, p. 7).

Em 2003, já no governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, foi assinado o Acordo MERCOSUL nº05/03 na XIV Reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL, instrumento que definiu quais seriam as áreas prioritárias para HIV, AIDS e sífilis congênita. A Comissão Intergovernamental de combate ao HIV/AIDS passou então a priorizar a vigilância epidemiológica dessas doenças na região do MERCOSUL com o objetivo de reduzir a incidência do HIV, e atingir as metas da erradicação da sífilis congênita nos países do bloco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016c).

Ainda no governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, um marco institucional permitiu maior alinhamento entre projetos de saúde e as linhas diretrizes da política externa no período: a assinatura do Termo de Cooperação nº 41 (TC-41). O termo foi assinado em 2006 entre o Ministério da Saúde, a OPAS e a Fiocruz, com a interveniência da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES/MS) (PAIVA; ALVES, 2011, p.12).

A incorporação de temas sociais no contexto da política externa, tais como a fome e a epidemia de HIV/AIDS, a participação do país em Fóruns multilaterais, e o aprofundamento

⁸⁹ O Cict foi criado em 2005, por uma iniciativa conjunta do Governo brasileiro e da UNAIDS, para o fortalecimento das respostas nacionais por meio de ações de cooperação técnica internacional na área de HIV/AIDS.

de estratégias de Cooperação Sul-Sul (PUENTE, 2010, p.238-9) são fatores que contribuíram para maior aproximação dos Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores a partir desse período permitindo, nesse sentido, maior e melhor articulação de iniciativas em projetos de cooperação em saúde.

Ações de cooperação na área de combate à epidemia de HIV/AIDS foram e são estabelecidas por meio de estratégias variadas, que estão inseridas no contexto das modalidades de cooperação internacional desenvolvidas pelo Brasil. Nesse sentido, projetos técnicos e de ciência e tecnologia, doação de antirretrovirais, bolsas de estudos para candidatos da UNASUL e da CPLP em instituições como a Fiocruz, bem como a doação para organismos internacionais, como a OMS, OPAS e UNITAID são formas de analisar como se desenvolve a cooperação na área, e a partir da sua compreensão, qual o papel exercido pelo Brasil no sistema internacional de cooperação por meio do modelo Sul-Sul.

4.7 A materialidade da Cooperação brasileira Sul-Sul de combate ao HIV/AIDS: estrutura e estratégias

O que se considera como modalidades de cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional está estabelecido no primeiro relatório sobre esse tema publicado pelo Ipea junto com a ABC e o MRE em 2010. Nos relatórios seguintes houve o desmembramento entre cooperação técnica e cooperação científico-tecnológica. Nesse sentido, a materialidade da cooperação Sul-Sul de combate ao HIV/AIDS representa a demonstração de forma concreta das estratégias da cooperação e como as mesmas funcionam no cenário internacional. As modalidades aqui consideradas são: a cooperação humanitária, a cooperação técnica, a cooperação científico-tecnológica, a cooperação educacional e a doação para organismos internacionais.

4.7.1 Cooperação Humanitária

A resolução A/RES/46/182 de 1991 da Organização das Nações Unidas estabeleceu que a assistência humanitária tem importância fundamental para vítimas de desastres naturais e outras emergências, e deve ser fornecida de acordo com os princípios de humanidade, neutralidade e imparcialidade. A soberania, integridade territorial e a unidade nacional dos Estados afetados devem ser respeitadas, e nesse contexto, a assistência humanitária deve ser

fornecida com o consentimento do Estado afetado, que fará o apelo por assistência à comunidade internacional (ONU, 2016a).

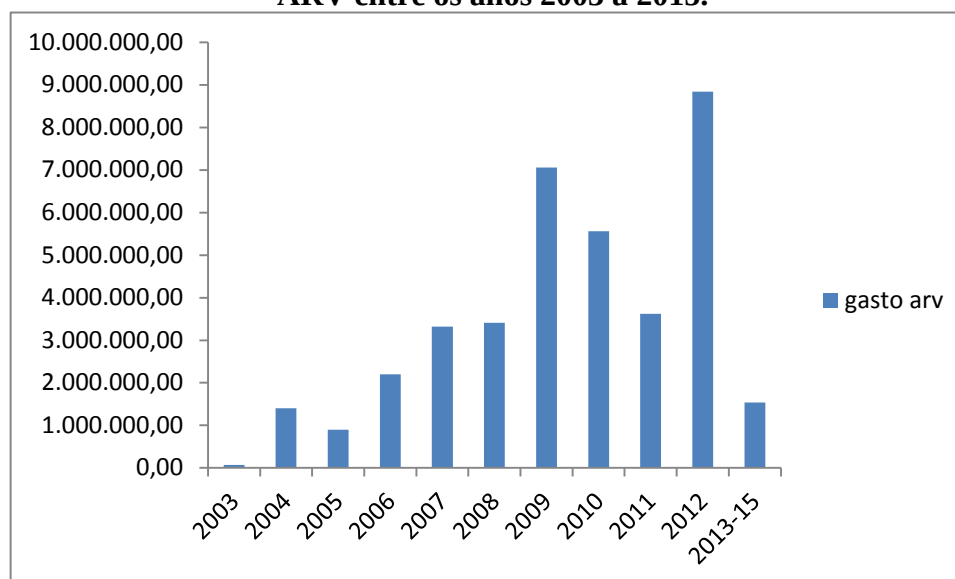
Em 2004, a A/RES/58/114 reafirmou a necessidade de fortalecimento da coordenação para a assistência de emergência humanitária, e dos princípios de humanidade, neutralidade e imparcialidade. A Resolução enfatizou ainda a importância da discussão sobre políticas no campo da assistência humanitária, e a necessidade de aumentar a cooperação entre países, como também Organizações, para garantir a assistência à pessoa humana (ONU, 2016b).

A organização institucional para tornar efetiva e eficiente esse modelo de cooperação internacional brasileiro tem como pontos importantes a criação da Coordenação-Geral de Cooperação humanitária internacional e combate à fome (CGFome), em 2004, e a criação do Grupo de Trabalho Interministerial sobre Assistência Humanitária (GTI-AHI), em 2006 (IPEA;ABC/MRE, 2016).

A CGFome tinha como prioridade tratar do tema da segurança alimentar e nutricional mediante programas e projetos coordenados pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, e o Ministério de Desenvolvimento Agrário. Junto com a GTI-AHI e outros Ministérios, esses dois órgãos vão orientar as linhas diretrizes da assistência humanitária prestada pelo Brasil no período entre 2005-2013 (IPEA; ABC/MRE, 2016).

No campo da cooperação humanitária em saúde, a doação de medicamentos é a principal atividade desenvolvida pelo país, e dentre estes, a doação de antirretrovirais representa o maior percentual de medicamentos doados (IPEA; ABC/MRE, 2016). No gráfico a seguir pode-se observar o montante gasto (em Reais) pelo governo brasileiro com a doação de antirretrovirais no período 2003-2015 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a).

Gráfico 5- Gasto do governo brasileiro (em milhões de Reais) com a doação de ARV entre os anos 2003 a 2015.



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados extraídos de informações fornecidas pelo Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância em saúde; Departamento DST, AIDS e Hepatites Virais (MS, 2016a)

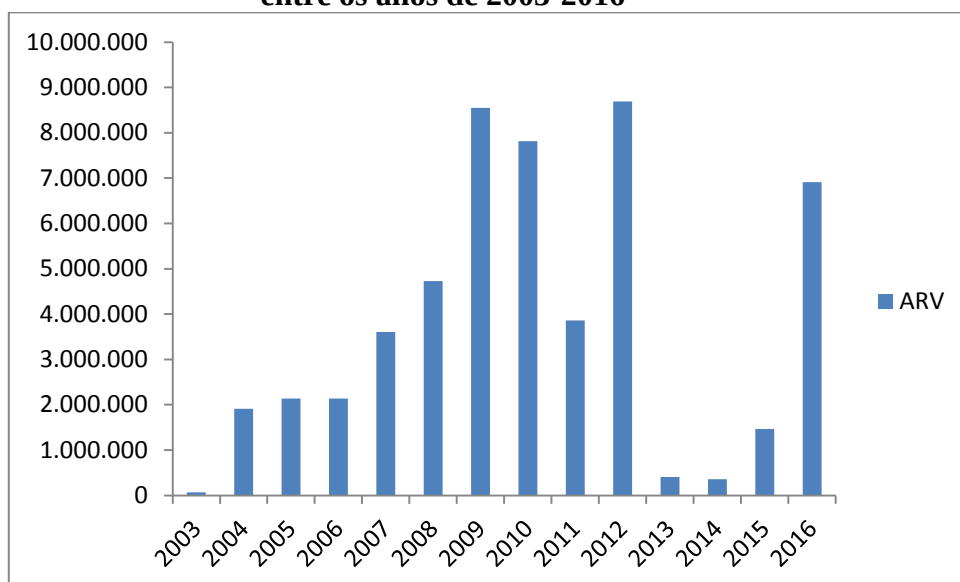
A análise descritiva do gráfico 5 demonstra que houve aumento progressivo dos gastos (em Reais) com a doação de antirretrovirais até o ano de 2009, observando-se decréscimo entre os anos de 2010 e 2011. No ano de 2012, observa-se aumento considerável dos gastos, quando comparado aos dois anos anteriores. No entanto, entre 2013-2015 ocorre nova diminuição significativa dos gastos com a doação desses medicamentos. A provável explicação para os maiores gastos nos anos de 2009 e 2012 é o aumento do número de antirretrovirais doados, uma vez que o número de países que recebeu a doação é o mesmo, ou seja, oito países, mais o Caricom.

Os gastos foram discriminados de acordo com os períodos do governo⁹⁰ do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) e da Presidente Dilma Rousseff (2011-2016). Entre os anos 2003-2010, período do governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, houve um gasto de R\$ 23.929.277,10 com a doação de ARV, enquanto que no governo da Presidente Dilma Rousseff o gasto estimado foi de R\$ 14.000.000,00 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a). Contabilizando os dois governos, o total gasto com a doação de ARV entre 2003-2015 foi de aproximadamente R\$ 37.929.277,10.

⁹⁰ Por períodos de governo foram considerados os dois governos do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva e os dois governos da Presidente Dilma Rousseff até o período em que este último foi interrompido.

O número de antirretrovirais doados ano a ano também pode ser analisado quando se considera o número de comprimidos ARV doados para países do Continente Africano, da América do Sul, Central, Ásia e para o Caricom⁹¹, como se observa no gráfico a seguir:

Gráfico 6 - Quantidade de antirretrovirais (em número de comprimidos) doados entre os anos de 2003-2016

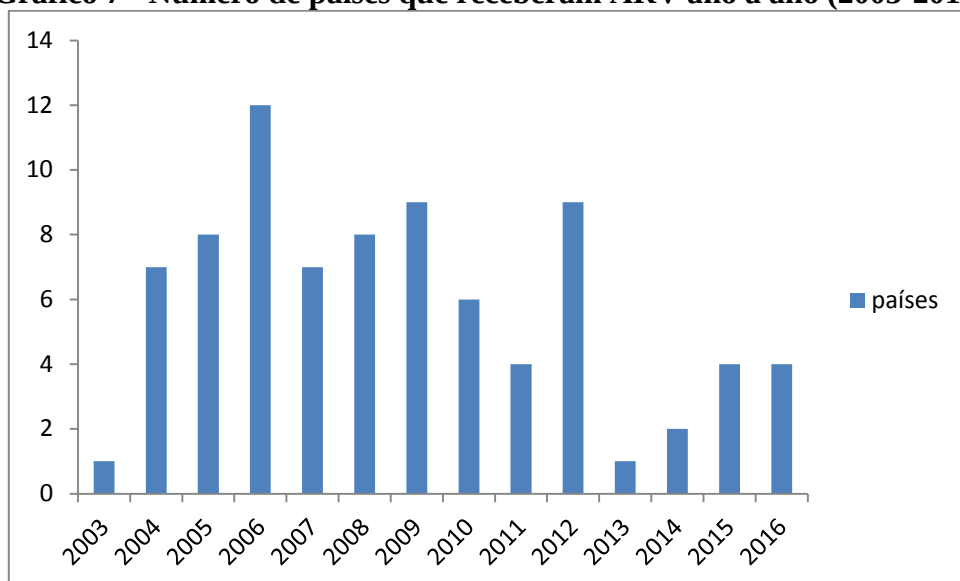


Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados obtidos do Ministério da Saúde; Secretaria de vigilância em saúde; Departamento DST, AIDS e Hepatites Virais (MS, 2014c; 2016b)

Observa-se a partir da análise descritiva do gráfico 6 que os anos de 2009 e 2012 tiveram as maiores doações de medicamentos antirretrovirais, o que corrobora a observação do aumento dos gastos brasileiros com a doação nestes anos específicos, como assinalado no gráfico anterior.

A distribuição do número de países que receberam doação de antirretrovirais (ARV) entre os anos 2003 e 2016 pode ser vista no gráfico a seguir:

⁹¹ O CARICOM (Comunidade do Caribe) é um Organismo Internacional formado por vinte países, quinze membros efetivos e cinco membros associados. O Organismo foi criado em 1973, e está assentado em quatro pilares: integração econômica; coordenação de política externa; desenvolvimento social e humano e segurança. Disponível em: <http://www.caricom.org/>. Acesso em 15/12/2016

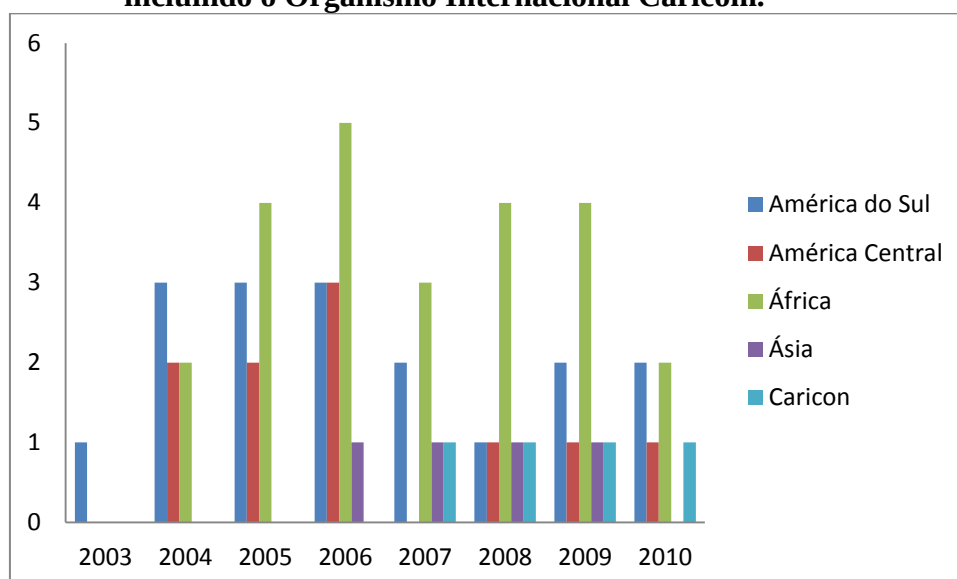
Gráfico 7 - Número de países que receberam ARV ano a ano (2003-2016)

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados extraídos de informações fornecidas pelo Ministério da Saúde; Secretaria de vigilância em saúde; Departamento DST, AIDS e Hepatites Virais (MS, 2014c; 2016b).

Se o gráfico 7 for analisado considerando todo o período (2003-2016), observa-se, pela análise descritiva, que até o ano de 2006 houve mais países recebendo ARV ano a ano. Entre os anos de 2007 e 2009 não se observa aumento significativo desse padrão, observando-se diminuição do número de países que receberam ARV entre os anos 2010 e 2011. O ano de 2012 registra aumento do número de países que receberam doação desses medicamentos, observando-se nova queda, e aumento pequeno e progressivo do número de países a partir de 2013.

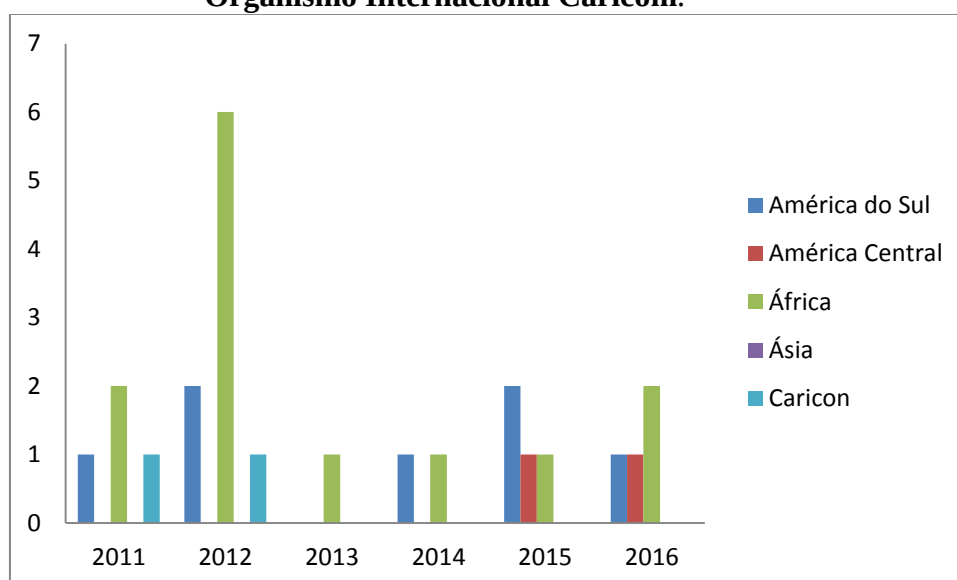
O número de países que receberam medicamentos antirretrovirais pode ser desagregado para análise de sua distribuição por área geográfica durante o período 2003-2016, que corresponde aos governos do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) e da Presidente Dilma Rousseff (2011-2016), como demonstrado nos gráficos 8 e 9:

Gráfico 8- Número de países, distribuídos por região geográfica, que receberam doação de ARV no governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), incluindo o Organismo Internacional Caricom.



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados obtidos do Ministério da Saúde; Secretaria de vigilância em saúde; Departamento DST, AIDS e Hepatites Virais (MS, 2014c; 2016b).

Gráfico 9 – Número de países, distribuídos por região geográfica, que receberam doação de ARV no governo da Presidente Dilma Rousseff (2011-2016), incluindo o Organismo Internacional Caricom.



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados obtidos do Ministério da Saúde; Secretaria de vigilância em saúde; Departamento DST, AIDS e Hepatites Virais (MS, 2014c; 2016).

A análise descritiva dos gráficos 8 e 9 demonstra que, quando comparados, houve número maior de países que receberam doação ARV durante o governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, predominando as doações para países do Continente Africano e países da América do Sul. Destaca-se a presença de doação para países da região asiática,

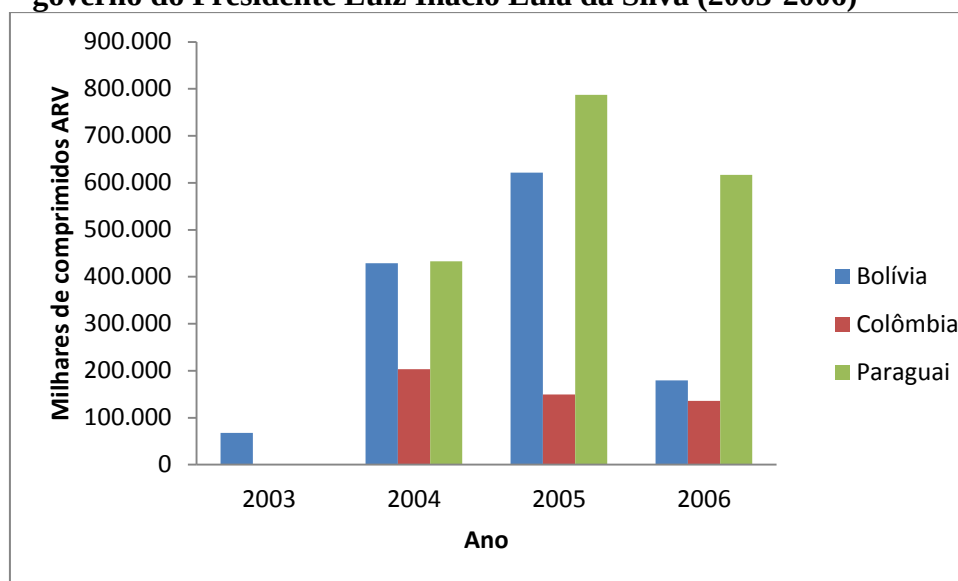
representada pelo Timor Leste, e doações para o Organismo Internacional, o Caricom, nesse período.

4.7.1.1 Doação de ARV durante o governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010)

4.7.1.1.1 América do Sul

Os países da América do Sul que receberam ARV durante o governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva foram: Bolívia, Colômbia, Paraguai, como demonstrado nos gráficos abaixo, divididos entre o primeiro (2003-2006) e segundo governo (2007-2010) do Presidente em questão.

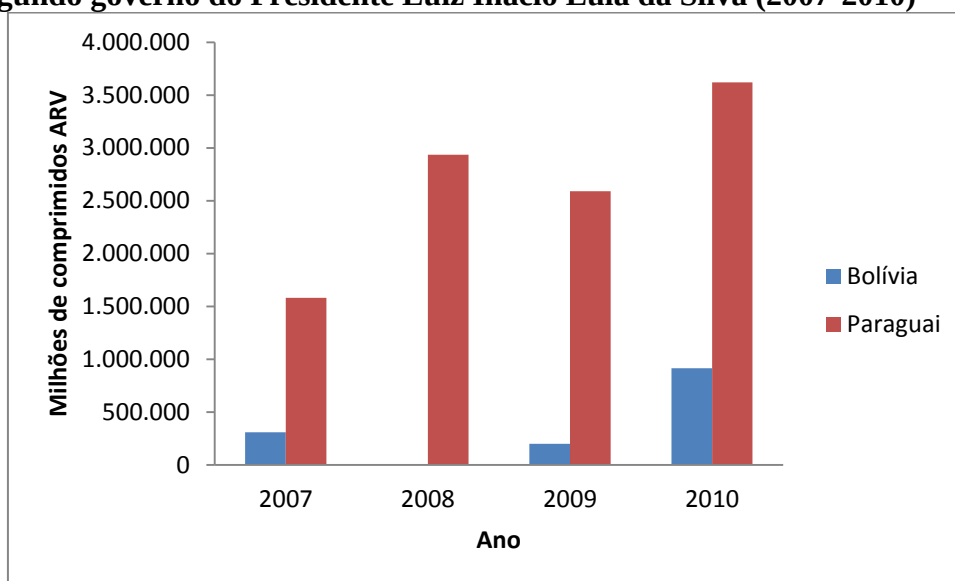
Gráfico 10 – Número de ARV doados para países da América do Sul no primeiro governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006)



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados obtidos do Ministério da Saúde; Secretaria de vigilância em saúde; Departamento DST, AIDS e Hepatites Virais (MS, 2014c).

E no segundo governo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2007-2010):

Gráfico 11 – Número de ARV doados para países da América do Sul durante o segundo governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2007-2010)



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados obtidos do Ministério da Saúde; Secretaria de vigilância em saúde; Departamento DST, AIDS e Hepatites Virais (MS, 2014c).

Observa-se pela análise descritiva dos gráficos 10 e 11, que o Paraguai foi o país que mais recebeu doação de ARV durante o período do governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, sendo ainda mais expressiva a doação durante o segundo mandato. Merece destaque ainda o fato de que Bolívia e Paraguai fazem parte da Rede Laços Sul-Sul, iniciativa lançada pelo governo brasileiro em 2004, e da qual participaram também, Cabo Verde, Guiné Bissau, Nicarágua, São Tomé e Príncipe e Timor Leste (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007/2008).

O UNICEF e a UNFPA passaram a fazer parte dessa iniciativa com a função de fornecer apoio técnico e financeiro, dando enfoque maior à cooperação especialmente para gestantes, adolescentes e crianças. O objetivo principal da participação desses Organismos foi o de informar esses grupos sobre seus direitos à prevenção e ao tratamento para ampliar o uso dos serviços existentes. A participação dos Organismos pretendeu também intensificar a prevenção ao HIV por meio de uma melhor integração entre saúde sexual e reprodutiva, enfatizando as iniquidades de gênero, raça e etnia, disparidades generacionais e pobreza (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007/2008, p. 5-6).

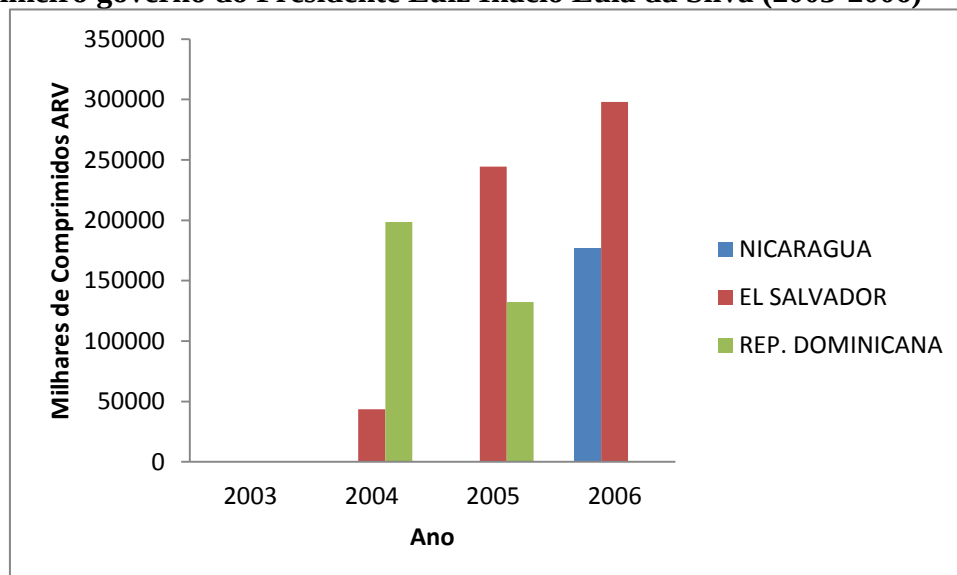
Em termos da realidade da epidemia de HIV/AIDS no Paraguai, Colômbia e Bolívia, os três têm uma baixa prevalência da doença, inferior a 0,5% quando se considera a população entre 15-49 anos. No entanto, além da baixa prevalência, esses países têm também baixa cobertura de medicamentos antirretrovirais para tratamento da população infectada/doente

pelo vírus. Nos três países a cobertura antirretroviral é inferior a 50 %, de acordo com dados obtidos no sítio do Banco Mundial (BANCO MUNDIAL, 2016).

4.7.1.1.2 América Central

Os países da América Central que receberam doação de ARV durante o primeiro governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006) foram: Nicarágua, El Salvador e República Dominicana como demonstrado no gráfico a seguir:

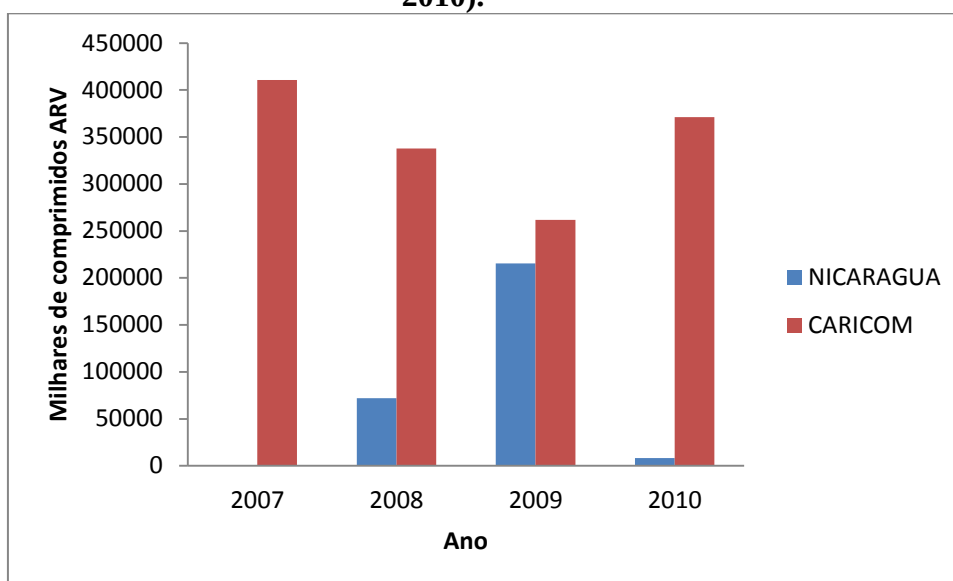
Gráfico 12 - Número de ARV doados para países da América Central durante o primeiro governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006)



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados obtidos do Ministério da Saúde; Secretaria de vigilância em saúde; Departamento DST, AIDS e Hepatites Virais (MS, 2014c).

E durante o segundo governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2007-2010):

Gráfico 13 - Número de ARV doados para países da América Central e o Caricom, durante o segundo governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2007-2010).



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados obtidos do Ministério da Saúde; Secretaria de vigilância em saúde; Departamento DST, AIDS e Hepatites Virais (MS, 2014c).

A análise descritiva dos gráficos 12 e 13 demonstra que El Salvador foi o país que recebeu maior número de comprimidos ARV no primeiro governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, seguido pela Nicarágua e a República Dominicana. No segundo governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, observa-se que os maiores beneficiários da doação foram os países do Caricom, seguido pela Nicarágua.

No que concerne à quantidade de ARV doados para o CARICOM, o Caribe é a segunda região do mundo que mais registra casos de infecção pelo HIV/AIDS, com prevalência de 1,1% entre adultos de 15-49 anos (UNAIDS, 2015).

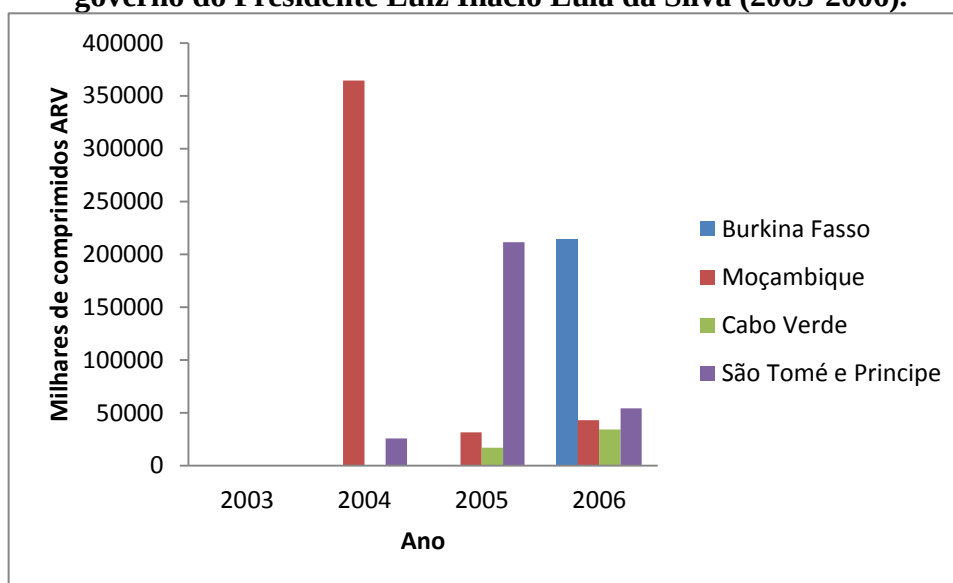
A Parceria Pan Caribenha contra o HIV/AIDS foi uma ação estabelecida entre o Brasil e o Organismo anteriormente à cooperação formal entre as partes, que ocorreu em 2006, com a assinatura do Acordo de Cooperação entre o Brasil e o CARICOM. O objetivo do projeto foi dar suporte técnico na área de combate ao HIV/AIDS à região, fortalecer instituições que trabalham no combate à epidemia, desenvolver capacidade técnica, empoderar jovens acometidos pela doença, e fortalecer organizações da sociedade civil (TASK TEAM ON SOUTH- SOUTH COOPERATION, 2011). Pode-se inferir, nesse sentido, que a expressiva doação de ARV para o CARICOM esteja relacionada com o Acordo de Cooperação entre o Brasil e o Organismo, e por ser a região, depois da África, a que apresenta elevada prevalência do vírus em adultos em idade produtiva.

No tocante à incidência do HIV/AIDS em pessoas de 15-49 anos nos referidos países da América Central, a mesma se encontra em torno de 1% na República Dominicana, e menor do que 0,5% em El Salvador e na Nicarágua (BANCO MUNDIAL, 2016). Não há dados disponíveis no sítio do Banco Mundial relativos à prevalência de HIV/AIDS em todos os países caribenhos.

4.7.1.1.3 África

No que se refere aos países da África que receberam doação de ARV durante os governos do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, destacam-se Cabo Verde, Burkina Faso, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe e Moçambique. A doação de ARV para esses países está demonstrada nos gráficos a seguir:

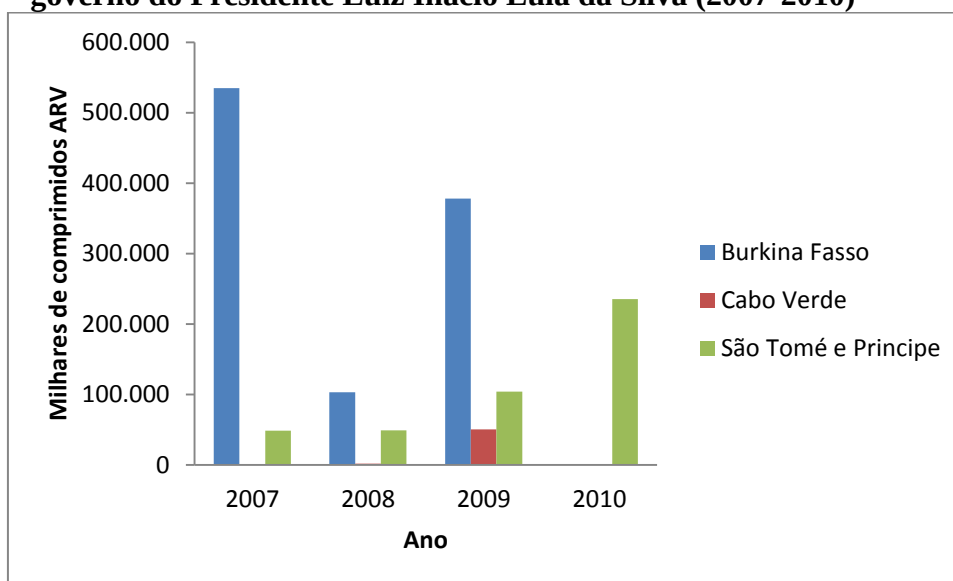
Gráfico 14 -- Número de ARV doados para países Africanos durante o primeiro governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006).



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados extraídos de informações fornecidas pelo Ministério da Saúde; Secretaria de vigilância em saúde; Departamento DST, AIDS e Hepatites Virais (MS, 2014c)

E durante o segundo governo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2007-2010):

Gráfico 15 - Número de ARV doados para países Africanos durante o segundo governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2007-2010)



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados extraídos de informações fornecidas pelo Ministério da Saúde; Secretaria de vigilância em saúde; Departamento DST, AIDS e Hepatites Virais (MS, 2014c)

Guiné-Bissau recebeu quantidade expressiva de antirretrovirais no período do governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, superior em número quando comparado aos países do mesmo Continente. Como a colocação desses dados para análise nos gráficos 14 e 15 prejudicaria a análise da distribuição (em números) do total de países, optou-se pela descrição dos números dos mesmos ano a ano.

Guiné-Bissau começou a receber ARV no ano de 2005, e até o ano de 2007 as doações anuais foram inferiores a quinhentos mil comprimidos. A partir de 2008 essa quantidade passou a aumentar consideravelmente, recebendo o país mais de um milhão de comprimidos em 2008, mais de quatro milhões e quinhentos mil comprimidos em 2009, e em torno de dois milhões e quinhentos mil comprimidos em 2010 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014c).

Observa-se a partir da análise descritiva dos gráficos 14, 15 e pelos dados relativos à Guiné-Bissau, que este último foi o país africano que recebeu a maior quantidade de medicamentos ARV, particularmente em 2009, ano em que houve, também, gasto (em Reais) considerável com a doação desse medicamento pelo Brasil no contexto da cooperação humanitária em saúde. Dos países africanos que receberam ARV, Guiné-Bissau e Moçambique são os países que apresentam as maiores prevalências de HIV/AIDS em pessoas entre 15-49 anos, em torno de 3,7% (em dados do banco mundial de 2014) para Guiné-Bissau, e em torno de 10% (em dados do banco mundial de 2014) para Moçambique (BANCO MUNDIAL, 2016).

Outra observação pertinente é que a maioria dos países que recebeu doação de ARV pertencia à Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), Organismo do qual o Brasil faz parte. A única exceção é Burkina Faso que não faz parte da CPLP e recebeu doação desses medicamentos entre os anos 2006-2009, durante o governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva.

4.7.1.1.4 Ásia

A cooperação humanitária estabelecida pelo Brasil não se restringiu apenas à doação de ARV para países do entorno, da América Central e África. Observou-se doação também para o Timor Leste entre os anos 2006 a 2009, representando, nesse sentido, a Ásia. Não houve registro de doação para países do Oriente Médio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014c).

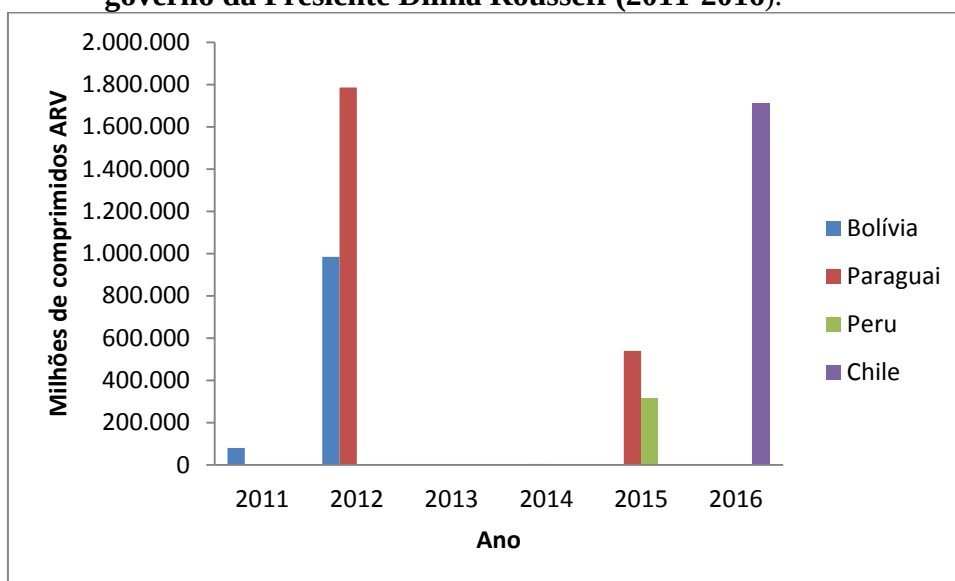
4.7.2 Doação de medicamentos antirretrovirais durante o governo da Presidente Dilma Rousseff (2011-2016)

No que se refere ao governo da Presidente Dilma Rousseff, observa-se que apesar de menor número de países terem recebido doações de ARV, países do Continente Africano e da América do Sul permaneceram como principais destinos da cooperação.

4.7.2.1 América do Sul

Os países da região que receberam os medicamentos foram: Bolívia, Paraguai, Equador, Peru e Chile na América do Sul, como demonstrado no gráfico a seguir:

Gráfico 16 – Número de ARV doados para países da América do Sul durante o governo da Presidente Dilma Rousseff (2011-2016).



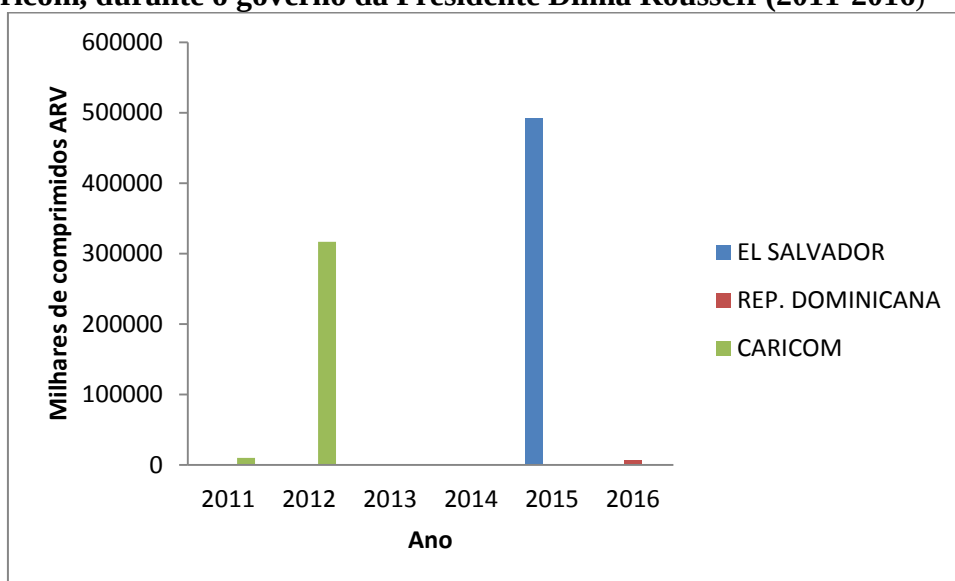
Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados extraídos de informações fornecidas pelo Ministério da Saúde; Secretaria de vigilância em saúde; Departamento DST, AIDS e Hepatites Virais (MS, 2016b).

Observa-se a partir da análise descritiva do gráfico 16 que as doações de ARV para países da região foram pontuais, recebendo Paraguai e Chile quantidades expressivas desse medicamento nos anos 2012 e 2016, respectivamente. O Equador recebeu doação de antirretrovirais no ano de 2012, mas não foi contabilizada no gráfico 16 pois a doação foi efetuada por meio de frascos-ampolas e não em comprimidos, unidade esta que foi utilizada como medida de análise da quantidade de medicamentos doada.

4.7.2.2 América Central

Os países da América Central que receberam doação de ARV foram República Dominicana e El Salvador, como demonstrado no gráfico a seguir:

Gráfico 17- Número de ARV doados para países da América Central e o Caricom, durante o governo da Presidente Dilma Rousseff (2011-2016)



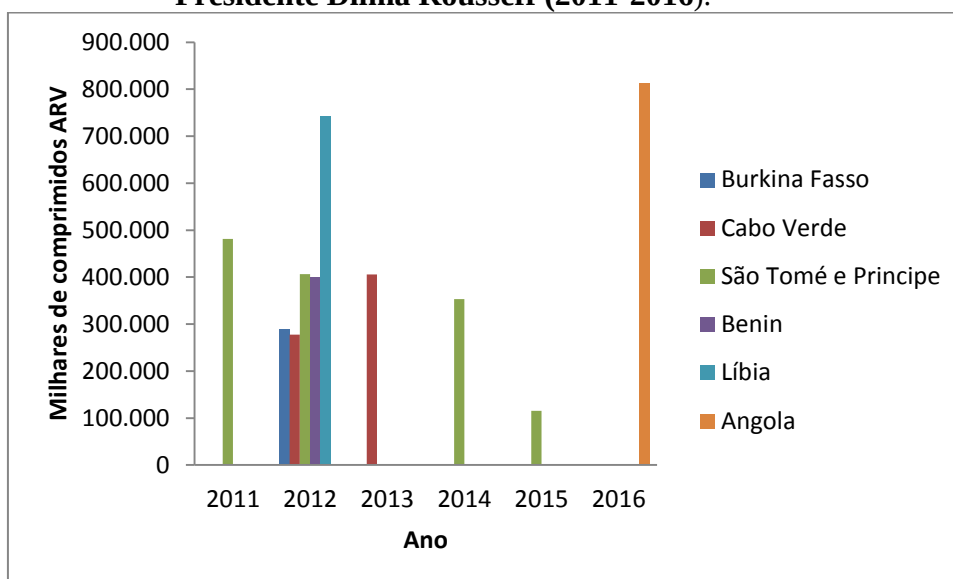
Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados extraídos de informações fornecidas pelo Ministério da Saúde; Secretaria de vigilância em saúde; Departamento DST, AIDS e Hepatites Virais (MS, 2016b)

Percebe-se a partir do gráfico 17 que houve menos doação de ARV para países da América Central, quando comparado a países da América do Sul, tendo El Salvador, como país, e Caricom, como Organismo Internacional, recebido as maiores quantidades desse medicamento.

4.7.2.3 África

O Continente Africano também continuou sendo uma região de destino de doação de ARV. Os países da região que receberam os medicamentos antirretrovirais foram: Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe, Burkina Faso, Cabo Verde, Líbia, Benin e Angola, como demonstrado no gráfico a seguir:

Gráfico 18 - Número de ARV doados para países Africanos durante o governo da Presidente Dilma Rousseff (2011-2016).



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados extraídos de informações fornecidas pelo Ministério da Saúde; Secretaria de vigilância em saúde; Departamento DST, AIDS e Hepatites Virais (MS, 2016b).

Observa-se pela análise descritiva do gráfico 18 que os países africanos que receberam ARV, os receberam pontualmente, destacando-se a doação para países pertencentes e não pertencentes à CPLP. No que se refere à Guiné-Bissau, no governo Dilma Rousseff, o país recebeu doações expressivas nos anos 2011 (em torno de três milhões e duzentos mil comprimidos de ARV), 2012 (em torno de três milhões e oitocentos mil comprimidos), e 2016 (em torno de quatro milhões e trezentos mil comprimidos) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016b).

4.7.2.4 Ásia

Não houve registro de nenhum país asiático recebendo medicamentos antirretrovirais durante o período do governo da Presidente Dilma Rousseff.

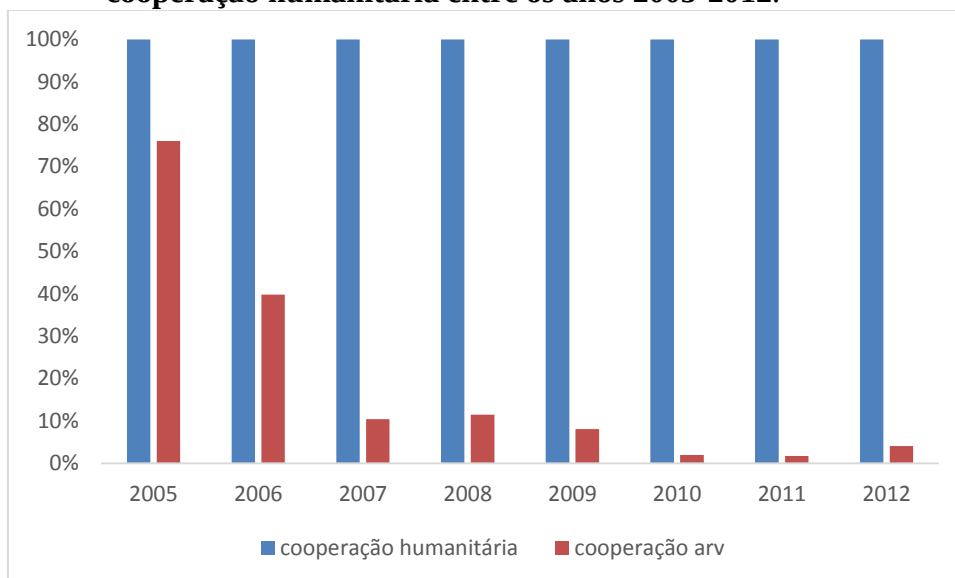
4.8 A doação de medicamentos antirretrovirais no contexto da Cooperação humanitária

Os anos de 2006, 2009 e 2012 apresentaram os maiores gastos (em reais) com a doação desse tipo de medicamento, maior número de países participantes da cooperação, e maior número (2009 e 2012) de comprimidos de ARV doados.

Quando se analisa qual o percentual representativo da doação de ARV entre os anos de 2005 e 2012 dentro do percentual da cooperação humanitária estabelecida pelo Brasil para os

mesmos anos, observa-se no gráfico a seguir que os maiores percentuais ocorreram entre os anos 2005 e 2006.

Gráfico 19 - Percentual da doação de ARV dentro do percentual total da cooperação humanitária entre os anos 2005-2012.



Elaborado pela autora. Fonte: Relatório publicado pelo IPEA;ABC/MRE (2016), sobre a Cooperação Brasileira Internacional; Ministério da Saúde; Secretaria de vigilância em saúde; Departamento DST, AIDS e Hepatites Virais (MS, 2016a)

Observa-se a partir da análise descritiva do gráfico 19 que houve uma diminuição percentual do gasto do país com a doação ARV no contexto da cooperação humanitária ao longo do período. Enquanto no ano 2005 o gasto com a doação de ARV representou mais de 50% do gasto da cooperação humanitária empreendida pelo país, em 2006 esse percentual representou aproximadamente 39%, observando-se diminuição importante em números percentuais a partir de 2007.

Na análise do gasto brasileiro (em reais) com a doação de ARV durante o governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, já apresentado anteriormente, observa-se que até o ano de 2009 houve aumento progressivo dessas cifras, com diminuição do montante gasto no ano de 2010. Para o governo da Presidente Dilma Rousseff, houve diminuição do gasto em 2011, observando-se aumento significativo em 2012, período em que se observa, por meio de gráficos anteriores, que houve inclusão de mais países na doação de ARV, quando se compara com o ano precedente, 2011.

Pode-se inferir que a diminuição da participação da doação dos ARV como uma das vertentes de cooperação humanitária empreendida pelo Brasil durante o período analisado foi resultado, possivelmente, de dois fatores. O primeiro seria a mudança de ênfase dada à cooperação na área de combate à epidemia de HIV/AIDS entre os governos do Presidente

Luiz Inácio Lula da Silva e da Presidente Dilma Rousseff. O outro fator seria o crescimento progressivo da cooperação humanitária empreendida pelo país em áreas diversas, particularmente na questão da segurança alimentar, como demonstrado nos Relatórios publicados pelo Ipea junto com a ABC e o MRE em 2013 e 2016.

No relatório do Ipea publicado juntamente com a ABC e o MRE em 2010, especificamente na seção sobre assistência humanitária prestada pelo país no período 2005-2009, destaca-se a ênfase dada à prestação de cooperação na área em situações de emergência ou de calamidade pública, como no caso dos furacões que atingiram a região do Caribe em 2009, tendo o Brasil doado alimentos para Cuba, Haiti e Honduras. Destaca-se a criação do Grupo de trabalho Interministerial sobre Assistência Humanitária Internacional (GTI-AHI), em 2006, e a criação da Coordenação-Geral de Cooperação humanitária internacional e combate à fome (CGFome), em 2004, órgãos intimamente ligados aos tipo de assistência que foi prestada durante o período em análise (IPEA; ABC/MRE, 2010, p. 22-26).

No Relatório do Ipea junto com a ABC e o MRE publicado em 2016, a informação relativa ao dispêndio brasileiro entre os anos 2011-2013 com a cooperação humanitária correspondeu a R\$ 382.800.000,00 com destaque para doações e contribuições articuladas pela CGFome, o que representou o percentual de 96,2% das doações no período. A doação de medicamentos, soros e vacinas articuladas pelo Ministério da Saúde representou 3,8% do total dessa modalidade de cooperação, destacando-se que mais de 90% das doações para a área da saúde foi representado pela doação de ARV (IPEA; ABC/MRE, 2016, p. 126).

O Ministério da Saúde, junto com Secretaria de vigilância em saúde (SVS) e a Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA) permaneceu como responsável pela doação de medicamentos antirretrovirais e outros insumos em cenários de crises, desastres e emergências de acordo como Plano Nacional de Saúde 2012-2015 (IPEA;ABC/MRE, 2016, p.126).

Diante do exposto, observa-se que a área de segurança alimentar recebeu grande ênfase no contexto da cooperação humanitária desenvolvida pelo Brasil entre os anos 2005-2012, particularmente a partir de 2008, quando ocorreu aumento considerável do montante gasto com essa modalidade, quando comparado aos anos de 2005 e 2006.

Além da cooperação humanitária, outra modalidade de cooperação brasileira também merece destaque: a cooperação técnica. Essa modalidade de cooperação se materializa a partir dos projetos executados na área por meio de estratégias diversificadas. No contexto destes destaca-se que os mesmos têm caráter estruturante, o que ressalta o conceito de cooperação estruturante em saúde.

4.9 Cooperação Técnica

A cooperação técnica brasileira na área será analisada por meio dos projetos desenvolvidos na área de HIV/AIDS os quais envolvem estratégias diversas, tais como capacitação de recursos humanos na área de combate à epidemia, a construção da fábrica de medicamentos, incluindo a produção de ARV em Moçambique, o fortalecimento de ações de prevenção, vigilância e controle da doença, a prevenção da discriminação da doença nos países com os quais coopera, dentre outras ações.

O entendimento de cooperação técnica presente no relatório do Ipea junto com a ABC e o MRE nos anos 2010 e 2016 é de que esse modelo de cooperação “se funda em transferência e compartilhamento de conhecimentos e experiências, em bases não comerciais, entre países ou entre um país e um Organismo Internacional” (IPEA; ABC/MRE, 2016, p.23).

A análise da cooperação internacional na área de saúde agrega também a ideia de transferência e de compartilhamento de conhecimentos e experiências citada anteriormente. Na diretriz⁹² para a formulação de projetos de cooperação técnica publicada em 2005, pela ABC/MRE, observa-se que devem ser priorizados projetos que criem efeitos multiplicadores (ABC/MRE, 2004, p.10). Nessa linha de pensamento é que se agrega o conceito de cooperação estruturante em saúde.

A cooperação estruturante em saúde segundo Almeida et al (2010) está baseada, fundamentalmente, na abordagem da “construção de capacidades para o desenvolvimento”, ideia esta que originariamente está presente no relatório do PNUD (1997) sobre desenvolvimento de capacidades. No presente relatório, “desenvolvimento de capacidades” é definido como “o processo pelo qual indivíduos, organizações, instituições e sociedades

⁹² Diretrizes para a cooperação técnica foram publicadas pela ABC/MRE no relatório “Formulação de projetos de cooperação técnica internacional. Manual de orientação. O manual estabelece como diretrizes: *Enfatizar projetos vinculados a programas e prioridades nacionais de desenvolvimento; ** Dar preferência a programas que provoquem um adensamento de relações e abram boas perspectivas para a cooperação política, comercial e econômica com os países cooperantes; *** Enfatizar programas que possibilitem transferência e absorção de conhecimento, dentro de uma perspectiva crítica que produza inovação e criação e, conseqüentemente, internalização; **** Enfatizar projetos que integrem os componentes básicos da cooperação técnica internacional, ou seja, a consultoria, a formação de recursos humanos, o treinamento de pessoal e a complementação da infraestrutura da instituição receptora; ***** Dar preferência a projetos em que esteja claramente definida a contrapartida de recursos mobilizados pelo beneficiário e que essa contrapartida represente uma parte substancial do orçamento global do projeto; ***** Priorizar projetos que possibilitem a criação de efeitos multiplicadores; ***** Priorizar projetos que garantam maior alcance dos resultados, evitando-se a pulverização e a dispersão de esforços. Disponível em <<http://www.abc.gov.br/api/publicacaoarquivo/366>> acesso em 12/10/2016

desenvolvem habilidades (individuais e coletivamente), para desempenhar funções, solucionar problemas, estabelecer e alcançar objetivos”⁹³ (PNUD, 1997, p.2).

Para Almeida et al (2010) o conceito traz uma inovação, quando comparado com paradigmas anteriores, pois “íntegra formação de recursos humanos, fortalecimento organizacional e desenvolvimento institucional, e rompe com a tradicional transferência passiva de conhecimentos e tecnologias”. Essa nova abordagem permite, nesse sentido, que as capacidades e os recursos existentes em cada país possam ser experimentados, desenvolvidos e implementados em vários níveis de atuação (ALMEIDA et al, 2010, p. 28).

A análise dos projetos de cooperação técnica na área de combate à epidemia de HIV/AIDS teve como finalidade verificar quais e quantos foram os projetos desenvolvidos, com que países o Brasil estabeleceu ações de cooperação na área de combate à epidemia, e se os mesmos se enquadravam na ideia de cooperação estruturante em saúde. Durante o referido período foram concluídos quarenta e três projetos na área de combate à epidemia de HIV/AIDS, estando ainda até o fim da pesquisa, quatro projetos em execução.

Os projetos técnicos foram analisados inicialmente de acordo com a categoria onde os mesmos se incluíam. A análise dos projetos dividiu-os em três níveis de observação: o nível micro ou do indivíduo, o nível médio ou intermediário, e o nível macro ou técnico-institucional, como demonstrado no quadro a seguir:

Quadro 2 – Distribuição das áreas dos projetos de Cooperação brasileira em HIV/AIDS por natureza do projeto (2002-2016).

Natureza do Projeto	Área do Projeto
Nível micro ou do indivíduo	1)Direitos humanos - prevenção de discriminação; 2) Assistência – atenção psicológica pessoas HIV +; 3) Políticas sociais – fortalecimento da sociedade civil; 4) fortalecimento de ONGS e grupos comunitários 5) Políticas públicas - prevenção e tratamento de AIDS, Políticas para populações vulneráveis (penitenciárias, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis; Educação nas escolas sobre HIV/AIDS; Prevenção da transmissão vertical da sífilis e HIV 1) Gestão Capacitação em recursos humanos (Capacitação em materiais estratégicos em AIDS; Capacitação para testagem sorológica em AIDS; Capacitação na produção de medicamentos ARV;

⁹³ No original: “Capacity development is the process by which individuals, organizations, institutions and societies develop abilities (individually and collectively) to perform functions, solve problems and set and achieve objectives” (UNPD, 1997, p.2)

Nível Intermediário ou do Sistema de Saúde	Treinamento em técnicas e pesquisas laboratoriais); 2) Fortalecimento do Sistema de Saúde; 3) Vigilância epidemiológica; 4) Diagnóstico precoce infantil para tentar diminuir a mortalidade 5) Pós –graduação em Ciências da Saúde
Nível macro ou Técnico Institucional	1) Visita técnica para produção medicamentos 2) Aprofundar conhecimento a respeito das políticas brasileiras de combate a AIDS 3) Redes integradas de saúde (cooperação trilateral); 4) Redes de cooperação (fronteiras, Laços Sul-Sul) 5) Monitoramento de projetos em execução 6) Capacitação técnica de instituições 7) Capacitação técnica na área de comunicação para 8) fortalecimento das ações para combate a AIDS 9) Fortalecimento da capacidade nacional de desenvolver políticas de AIDS; 10) Intercambio de países sobre políticas públicas

Elaborado pela autora a partir de dados extraídos de relatório fornecido pela Agência Brasileira de Cooperação sobre os Projetos de Cooperação Sul-Sul em Saúde. Fonte: Agência Brasileira de Cooperação. Ministério das Relações Exteriores (2016b)

Na análise dos projetos por região geográfica, observou-se que foram desenvolvidos projetos em todas as regiões: África, América do Sul, América Central e Ásia. Os projetos se enquadraram nos três níveis de atuação descritos anteriormente, ressaltando-se que na região africana houve vários projetos de capacitação de recursos humanos e técnicos.

No que se refere aos projetos, a maioria foi executada de forma bilateral, com exceção de quatro projetos executados de forma trilateral, com três ou mais países. Os projetos executados na forma trilateral foram: um projeto entre Brasil, Botsuana, Quênia e Zâmbia, uma Missão de prospecção entre Brasil, Libéria e Serra Leoa, um projeto entre Brasil, Botsuana, Gana, Quênia, Tanzânia e Zâmbia, e um projeto entre Brasil e vários países do Caribe (Antígua e Barbuda, Bahamas, Barbados, Dominica, Granada, Saint-Kitts e Nevis, São Vicente e Granadinas, Trinidad e Tobago) (ABC; MRE, 2016b). A distribuição dos projetos por área geográfica, tipo, ano e número pode ser vista na tabela a seguir:

Tabela 1 – Projetos brasileiros na área de combate ao HIV/AIDS discriminados por região, país, forma, ano e quantidade.

Região	País	Forma	Ano	Nº de projetos
	Angola	Bilateral	2008	1
	Botsuana	Bilateral	2007 (2); 2010; 2014	4
		Multilateral	2009; 2010	2
	Tanzânia	Bilateral	2009; 2010	2
		Multilateral	2010*	1

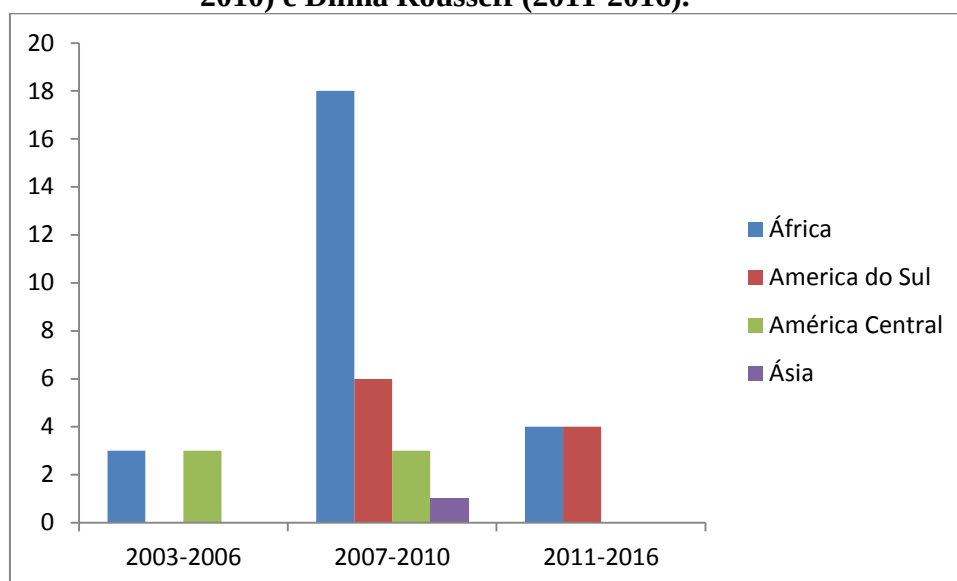
	Moçambique**	Bilateral	2008(2); 2005; 2009;2006	5
ÁFRICA	Nigéria	Bilateral	2007; 2006	2
	Benin	Bilateral	2007	1
	Zâmbia	Bilateral	2007; 2011	2
		Multilateral	2009*; 2010*	2
	Libéria/Serra Leoa	Trilateral	2010	1
	Rep. Dem. Do Congo	Bilateral	2010(2)	2
	Malawi	Bilateral	2011; 2012	2
	Gana	Bilateral	2009	1
	Quênia	Bilateral	2009	1
		Multilateral	2009*; 2010*	1
AMÉRICA DO SUL	Bolívia	Bilateral	2009; 2008	2
	Suriname	Bilateral	2009 (3); 2014(2)	5
	Paraguai	Bilateral	2008	1
	Uruguai	Bilateral	2011; 2014	2
AMÉRICA CENTRAL	El Salvador	Bilateral	2006 (2); 2007	3
	Nicarágua	Bilateral	2007	1
	Barbados	Bilateral	2008	1
	Caribe	Multilateral	2005	1
ÁSIA	Cazaquistão	Bilateral	2010	1

Elaborado pela autora a partir de dados extraídos de relatório fornecido pela Agência Brasileira de Cooperação sobre os Projetos de Cooperação Sul-Sul em Saúde. Fonte: Agência Brasileira de Cooperação. Ministério das Relações Exteriores (2016b). *Projetos em comum com outros países foram contabilizados apenas uma vez. **O projeto da fábrica de medicamentos em Moçambique embora não tenha sido colocado na tabela, por não ter sido encontrado a denominação do código do mesmo no site do SISCOOP, foi descrito no corpo do texto.

A cooperação técnica brasileira na área de combate à epidemia de HIV/AIDS foi analisada entre os anos de 2002 a 2016, observando-se a quantidade de projetos, como estes se apresentaram durante os governos⁹⁴ do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva e da Presidente Dilma Rousseff, e qual a distribuição geográfica dos mesmos, informações que estão demonstradas no gráfico a seguir:

⁹⁴ O ano de 2002 é considerado como marco inicial da cooperação Sul-Sul brasileira na área de HIV/AIDS e, embora faça parte do período do governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, não foi feito referência à análise durante esse governo, uma vez que todas as ações de cooperação na área se iniciam a partir do governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva.

Gráfico 20 – Número de projetos concluídos, distribuídos por região geográfica e por período dos governos do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006 e 2007-2010) e Dilma Rousseff (2011-2016).



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados extraídos de informações fornecidas pelo Ministério da Saúde; Secretaria de vigilância em saúde; Departamento DST, AIDS e Hepatites Virais (MS, 2016b).

Observa-se a partir da análise descritiva do gráfico 20 que o maior número de projetos concluídos⁹⁵ na área de combate ao HIV/AIDS entre o Brasil e outros países ocorreu no período do governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, mais especificamente durante o seu segundo mandato (2007-2010). Na análise por área geográfica, nota-se a predominância de projetos com países do Continente Africano, ressaltando-se no mesmo período um projeto com a região asiática, representado pelo Cazaquistão. No período do governo da Presidente Dilma Rousseff houve menor número de projetos (para todas as regiões) concluídos na área de combate ao HIV/AIDS, quatro na África e quatro na América do Sul.

Considerando os projetos concluídos e em execução no período do governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva existe ainda um projeto em execução com Moçambique iniciado em 2008. Os projetos em execução iniciados no período do governo da Presidente Dilma Rousseff são dois com Guiné-Bissau, ambos iniciados em 2012 e um com o Suriname iniciado em 2016.

A análise descritiva do gráfico 20 demonstra a diferença na quantidade de projetos concluídos quando se faz a comparação entre os dois governos em questão. A diferença

⁹⁵ A maioria dos projetos na área de HIV/AIDS teve duração curta, inferior a 12 meses e com data de início e término no mesmo ano, sendo nesse sentido considerado o ano de início para a contabilização do projeto para aquele ano. Poucos projetos, principalmente o referente à construção da fábrica de medicamentos em Moçambique, foram de longa duração, sendo considerado o ano de início dos projetos para a contabilização da relação projeto por ano.

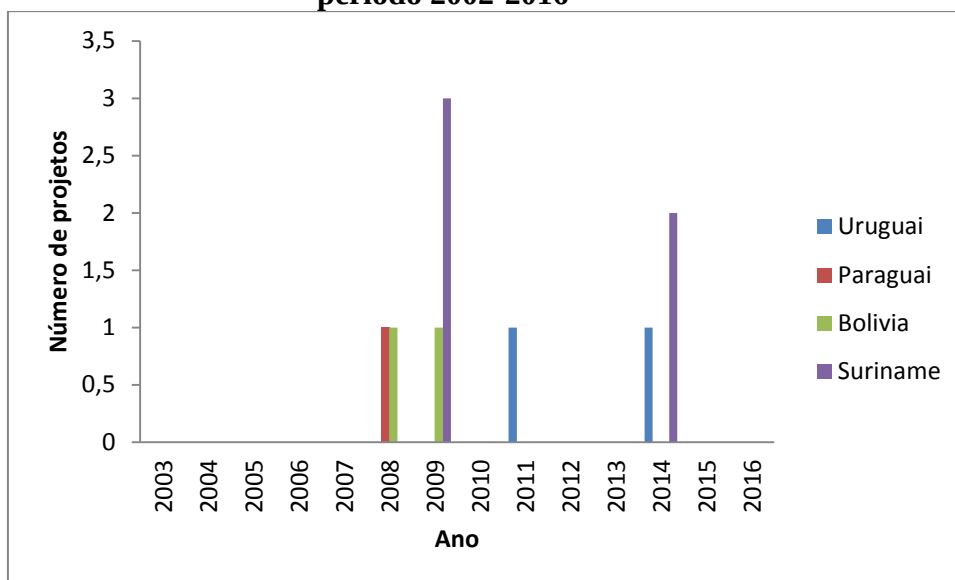
existente permite inferir que, embora projetos de cooperação na área de combate ao HIV/AIDS tenham sido executados durante o período dos dois governos, a temática recebeu maior ênfase como tema de cooperação internacional durante o mandato do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010).

4.9.1 Projetos técnicos desenvolvidos entre 2003-2016 e distribuídos por área geográfica

4.9.1.1 América do Sul

Na análise dos projetos por região, na América do Sul entre os anos de 2002 e 2016, considerando-se os projetos já concluídos, houve dois projetos com a Bolívia iniciados um em 2008, e o outro em 2009; um com Paraguai iniciado em 2008; cinco com o Suriname, três iniciados em 2009 e dois iniciados em 2014 e dois assinados com o Uruguai, um iniciado em 2011, e o um iniciado em 2014, totalizando no período estudado dez projetos com países da região (ABC/MRE, 2016b; 2016c), como demonstrado no gráfico a seguir:

Gráfico 21 – Projetos na área de HIV/AIDS com países da América do Sul no período 2002-2016



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados extraídos de informações fornecidas pelo Ministério da Saúde; Secretaria de vigilância em saúde; Departamento DST, AIDS e Hepatites Virais (MS, 2016b; 2016c)

Observa-se a partir do gráfico 21 que na região Sul Americana o país que estabeleceu maior número de projetos com o Brasil foi o Suriname. Ressalta-se ainda que todos os projetos na região foram assinados a partir de 2008, ou seja, no período do segundo governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva e durante o governo da Presidente Dilma Rousseff.

Na descrição dos projetos, o primeiro projeto BRA/04/044-A211⁹⁶ (ABC; MRE, 2016b; 2016c) estabelecido com a Bolívia foi assinado no ano de 2008, e teve como objetivo apoiar a participação de representantes bolivianos na “Consulta Regional para a América Latina e Caribe sobre HIV/AIDS no sistema penitenciário”. A finalidade do projeto foi o estabelecimento de bases comuns para a definição de políticas penitenciárias integrais em cada país da região, tendo o mesmo a duração de um mês no ano de 2008 (ABC/ MRE, 2016b; 2016c).

O segundo projeto concluído com a Bolívia, o BRA/04/043-S135 (ABC/MRE, 2016b; 2016c) teve início em 2009, durou 24 meses, e visou fortalecer ações de prevenção, vigilância e controle das doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS a nível nacional e regional. As instituições participantes do projeto foram o Ministério da Saúde brasileiro por meio da Secretaria de Políticas de Saúde, e o Ministério da Saúde e Esportes da Bolívia. O orçamento do projeto foi de US\$ 183.720,00 (cento e oitenta e três mil setecentos e vinte dólares), financiados pela Agência Brasileira de Cooperação (ABC) e US\$ 979.200,00 (novecentos e setenta e nove mil e duzentos dólares) financiados pelo Ministério da Saúde brasileiro, por meio do Departamento de DST⁹⁷/AIDS (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

A cooperação técnica na área de combate à epidemia de HIV/AIDS com o Paraguai, também ocorreu no contexto do combate à epidemia da doença no sistema penitenciário. O projeto identificado como BRA/04/044-A212 teve duração de um mês em 2008, e contemplou o apoio de representantes paraguaios na “Consulta Regional para a América Latina e Caribe sobre HIV/AIDS no sistema penitenciário”. A cooperação teve finalidade semelhante ao projeto com o mesmo nome estabelecido com a Bolívia, e não constava em seu resumo executivo no sítio da ABC o orçamento dispendido para o mesmo (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

Os projetos estabelecidos com o Suriname foram cinco (5). O projeto BRA/04/044-S156 teve duração de 50 meses, e objetivou fortalecer o processo de aquisição, armazenamento e distribuição de materiais estratégicos em DST/HIV/AIDS daquele país. As instituições executoras foram o Centro Internacional de Cooperação Técnica – Brasil (CICT), o Programa Nacional de DST/AIDS – Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde e o Ministério da Saúde do Suriname. O orçamento do projeto foi de US\$ 69.170,00 (sessenta e nove mil cento e setenta dólares) financiados pela ABC, e US\$ 7.600,00 (sete mil e

⁹⁶ A descrição do projeto foi retirada da página (internet) da Agência Brasileira de Cooperação, e não há referência do gasto decorrente do mesmo (ABC, 2015).

⁹⁷ DST: Doenças sexualmente transmissíveis

seiscentos dólares) financiados pelo CICT. O Ministério da Saúde do Suriname não disponibilizou fundos para esse projeto (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

O segundo projeto BRA/04/044/S154 foi assinado em 2009, teve duração de 59 meses, e visou promover a capacitação de equipes multidisciplinares do Suriname em questões de prevenção e assistência ao HIV/AIDS; prestar assessoria para o desenvolvimento de estratégias sustentáveis para estruturação de redes de apoio a pessoas vivendo com HIV/AIDS, bem como promover e defender os direitos humanos das pessoas portadoras do vírus HIV. As instituições executoras foram o Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde Brasileira e a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e por parte do Suriname, o Ministério da Saúde do País. O orçamento do projeto foi de US\$ 35.930,00 (trinta e cinco mil novecentos e trinta dólares) financiados pela ABC e US\$ 2.400,00 (dois mil e quatrocentos dólares) financiados pelo Ministério da Saúde do Suriname (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

O terceiro projeto BRA/04/044-S155, assinado em 2009, teve duração de 74 meses e visou contribuir para o desenvolvimento de estratégias para a prevenção da transmissão vertical da Sífilis⁹⁸ e do HIV. As instituições executoras foram o CICT – Brasil, e o Ministério da Saúde do Suriname. O orçamento do projeto foi de US\$ 43.240,00 (quarenta e três mil duzentos e quarenta dólares) financiados pela ABC e US\$ 3.200,00 (três mil e duzentos dólares) financiados pelo Centro Internacional de Cooperação Técnica – Brasil (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

O quarto projeto BRA/13/008-S045 foi iniciado em 2014, teve duração de 15 meses, e visou o fortalecimento da resposta à epidemia do HIV/AIDS no Suriname. A instituição responsável foi o PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), que financiou US\$ 2.000,00 (dois mil dólares). (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

O quinto projeto BRA/13/008-S059 foi iniciado em 2014, teve duração de 15 meses e visou a prevenção da transmissão vertical, da sífilis e do HIV no Suriname. A instituição responsável foi o PNUD, que financiou US\$ 15.940,00 (quinze mil novecentos e quarenta dólares) (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

Os projetos com o Uruguai foram dois. O BRA/04/044-S393, assinado em 2011, teve duração de 24 meses e visou fortalecer a resposta do Uruguai ao HIV/AIDS por meio da cooperação técnica com formação e treinamento de recursos humanos de organizações não governamentais e governamentais nas áreas de assistência, prevenção, direitos humanos e

⁹⁸ Sífilis: doença sexualmente transmissível causada pelo *Treponema Pallidum*

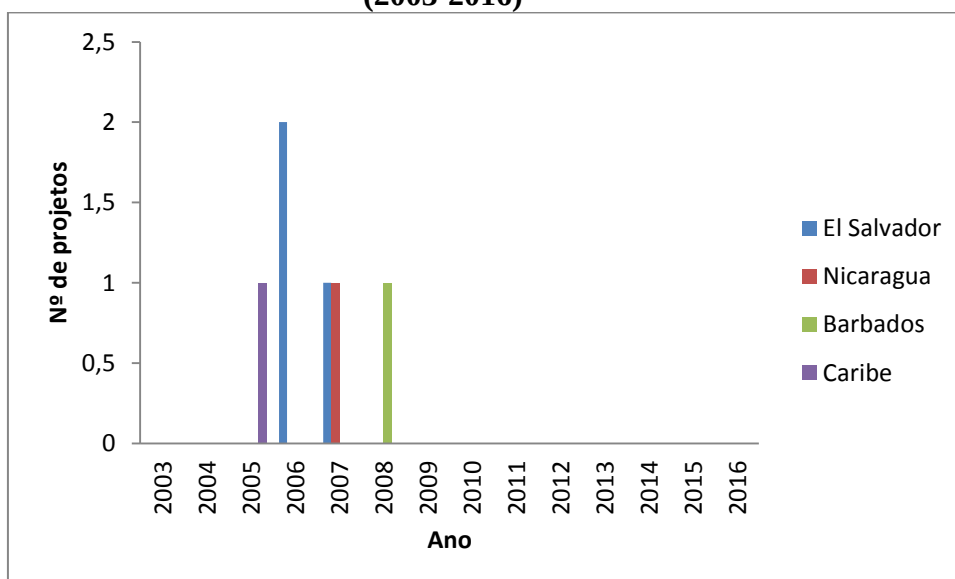
fortalecimento da sociedade civil e das organizações de pessoas vivendo com HIV/AIDS. As instituições responsáveis foram a ABC que financiou US\$ 84.504,00 (oitenta e quatro mil quinhentos e quatro dólares), o Ministério da Saúde/DST-AIDS que financiou US\$ 3.400,00 (três mil e quatrocentos dólares) e o Ministério de Saúde Pública do Uruguai que financiou US\$ 12.000,00 (doze mil dólares) (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

O segundo projeto com o Uruguai foi o BRA/13/008-S076 assinado em 2014, teve duração de 12 meses, e visou o fortalecimento e sustentabilidade de ações da sociedade civil e de organizações de pessoas vivendo com HIV/AIDS nas regiões de fronteiras entre o Brasil e o Uruguai. A instituição responsável foi o PNUD, que financiou US\$ 45.600,00 (quarenta e cinco mil e seiscentos dólares) (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

4.9.1.2 América Central

Entre os anos de 2003-2016, o Brasil estabeleceu cooperação com El Salvador, Nicarágua, Barbados e um projeto trilateral com vários países do Caribe (Antígua e Barbuda, Barbados, Dominica, Granada, Saint Kitts e Nevis, São Vicente e Granadinas, Trinidad e Tobago), como demonstrado no gráfico a seguir:

Gráfico 22 – Projetos na área de HIV/AIDS com países da América Central (2003-2016)



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados extraídos de informações fornecidas pelo Ministério da Saúde; Secretaria de vigilância em saúde; Departamento DST, AIDS e Hepatites Virais (MS, 2016b).

Observa-se a partir da análise descritiva do gráfico 22 que houve seis projetos na área de combate à epidemia com países da região Centro Americana, sendo El Salvador o país que teve maior número de projetos, três no total.

Na descrição dos projetos, o primeiro projeto com El Salvador foi assinado em 2006, identificado como BRA/04/044-A043, teve duração de um mês e orçamento de US\$ 2.009,14 (dois mil e nove dólares e quatorze centavos). Participaram desse projeto da parte brasileira a EMBRAPA (Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária), o Ministério da Saúde/Programa Nacional de DST/AIDS, a Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social do Distrito Federal, e da parte de El Salvador, a *Dirección General de Cooperación Externa*. O projeto abrangeu além da saúde, ações na área de agricultura e recursos humanos. Na área de combate à epidemia de HIV/AIDS as ações foram dirigidas para a prevenção da discriminação e fortalecimento da atenção psicológica às pessoas que vivem com HIV/AIDS no país (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

O segundo projeto identificado como BRA/04/044-S039 foi assinado em 2006, teve duração de vinte e quatro meses, e foi orçado em US\$ 41.588,58 (quarenta e um mil quinhentos e oitenta e oito dólares e cinquenta e oito centavos). O objetivo do projeto foi fortalecer a resposta salvadorenha ao combate do HIV/AIDS por meio de cooperação técnica, desenvolvendo formação e treinamento de recursos humanos de organizações governamentais e não governamentais de El Salvador nas áreas de assistência, prevenção, direitos humanos e fortalecimento da sociedade civil de organizações de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Participaram desse projeto da parte brasileira o Centro Internacional de Cooperação Técnica e o Programa Nacional de DST/AIDS, e do lado de El Salvador participou o Programa Nacional DST/AIDS (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

O terceiro projeto com El Salvador, identificado como BRA/04/044-A169 foi assinado em 2007 e teve duração de um mês, sendo orçado em US\$ 18.960,00 (dezoito mil novecentos e sessenta dólares). As ações estabelecidas visaram monitorar o desenvolvimento dos projetos em execução e detalhar novas demandas de cooperação técnica no âmbito do programa de cooperação Brasil-El Salvador. Participaram desse projeto da parte brasileira a EMBRAPA, o INMETRO (Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial), o Ministério da Saúde e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. Não há registro de instituições de El Salvador participantes desse projeto (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

O projeto com a Nicarágua identificado como BRA04/044-A166 foi assinado em 2007, teve duração de um mês e orçamento de US\$ 7.248,64 (sete mil duzentos e quarenta e oito e dólares e sessenta e quatro centavos). O objetivo do projeto foi possibilitar o

conhecimento de instituições e experiências de grande êxito no Brasil no campo da saúde a funcionários de alto nível do Ministério da Saúde da Nicarágua (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

Barbados teve um projeto de cooperação na área de HIV/AIDS assinado com o Brasil em 2008, identificado como BRA/04/044-A272, teve duração menor do que um mês, e orçamento de US\$ de 26.300,00 (vinte e seis mil e trezentos dólares). O projeto visou aprofundar os conhecimentos a respeito das políticas brasileiras de combate à proliferação do vírus, bem como ao tratamento da AIDS, com enfoque na produção de remédios e educação para a prevenção da infecção do vírus (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

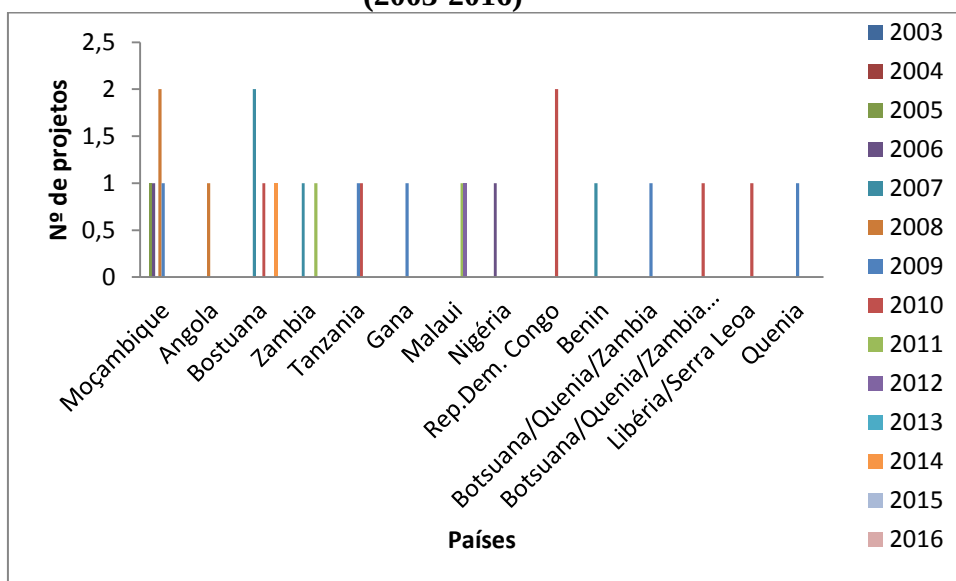
O projeto com países do Caribe identificado como BRA/98/004-A049 foi assinado em 2005, teve duração inferior a um mês e objetivou a negociação de Acordos de Cooperação Técnica com países da região para identificar áreas de potencial capacitação técnica tais como, defesa civil, agricultura, agroindústria tropical, gado de leite e agroindústria de alimentos; transportes; saúde com foco na área de HIV/AIDS. Participaram desse projeto a EMBRAPA, o Instituto de Pesquisas Rodoviárias-Brasil, Petrobrás e Secretaria Nacional de Defesa brasileira. Não houve menção de participação de empresas dos países caribenhos na cooperação com o Brasil. O orçamento do projeto foi de US\$ 17.547,58 (dezessete mil quinhentos e quarenta e sete dólares e cinquenta e oito centavos) (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

4.9.1.3 África

No que se refere aos países africanos, o Brasil estabeleceu projetos de cooperação com quatorze países da região: Moçambique, Nigéria, Botsuana, Benin, Zâmbia, Angola, Quênia, Tanzânia, Gana, Libéria, Serra Leoa, República Democrática do Congo, Malawi e Guiné-Bissau. A maior parte dos projetos foi executada de forma bilateral, excetuando-se os três projetos executados de forma trilateral com três ou mais países, anteriormente citados.

No gráfico a seguir pode-se observar o número de projetos na área de combate à epidemia de HIV/AIDS com países africanos no período de 2003-2016, sendo estabelecidos vinte sete projetos, incluindo a construção da fábrica de medicamentos de Moçambique.

Gráfico 23 – Projetos na área de combate ao HIV/AIDS com países africanos (2003-2016)



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados extraídos de informações fornecidas pelo Ministério da Saúde; Secretaria de vigilância em saúde; Departamento DST, AIDS e Hepatites Virais (MS, 2016b).

Observa-se a partir da análise descritiva do gráfico 23 que os países que estabeleceram mais projetos com o Brasil foram Moçambique, Botsuana e a República Democrática do Congo. Os demais países desenvolveram projetos com o Brasil de forma bilateral ou trilateral com três ou mais países. Merece ressalva que Botsuana, Quênia, Zâmbia, Tanzânia e Gana tanto estabeleceram projetos de forma bilateral quanto trilateral, e que Libéria e Serra Leoa estabeleceram um projeto de forma trilateral com o Brasil.

Na descrição dos projetos com países africanos, os projetos com Moçambique incluíram ações na área de fortalecimento da indústria farmacêutica em Moçambique para o combate ao HIV/AIDS, como no projeto BRA/04/044-S010, em 2005, que teve duração de vinte e cinco meses, e orçamento de US\$ 455.400,00 (quatrocentos e cinquenta e cinco mil e quatrocentos dólares) (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

O projeto BRA/04/044-A080 também com Moçambique teve duração de um mês em 2006, orçamento de US\$ 8.828,51 (oito mil oitocentos e vinte e oito dólares e cinquenta e um centavos), e teve como objetivo o fortalecimento da sociedade civil moçambicana (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

No ano de 2008 foram assinados dois projetos, o de estudos técnicos para a elaboração do projeto de implantação da fábrica de medicamentos, identificado como BRA/04/044-A198, com duração de dois meses e orçamento de US\$ 14.428,00 (quatorze mil quatrocentos e vinte e oito dólares), e o projeto para detalhar a implantação da fábrica de medicamentos

antirretrovirais, o BRA/98/004-A056, com duração de dois meses e orçamento de US\$ 37.124,00 (trinta e sete mil cento e vinte e quatro dólares) (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

O projeto BRA/04/043-A336 foi assinado em 2009, teve duração de um mês, e orçamento de US\$ 57.248,00 (cinquenta e sete mil duzentos e quarenta e oito dólares). O objetivo do projeto foi a prevenção do HIV/AIDS no país (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

O projeto para a construção da fábrica de medicamentos de Moçambique foi assinado em 2008 e inicialmente orçado em US\$ 12.400.000,00 (doze milhões e quatrocentos mil dólares) com o Ministério da Saúde brasileiro financiando US\$ 7.900.000,00 (sete milhões e novecentos mil dólares) e o governo de Moçambique US\$ 4.500.000,00 (quatro milhões e quinhentos mil dólares) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014g).

A fábrica de medicamentos de Moçambique foi um dos projetos mais longos e de elevado custo orçamentário do governo brasileiro da área de combate à epidemia de HIV/AIDS. Milani e Lopes (2014) fazem referência ao Estudo de viabilidade técnico-econômica para a instalação da fábrica de medicamentos em Moçambique para a produção de antirretrovirais e outros, desenvolvido pelo Ministério da Saúde e a Fiocruz entre 2005 e 2007, com resultados publicados em 2007. Segundo os autores, Moçambique, no ano de 2004, apresentava elevada prevalência de pessoas infectadas/doentes pelo HIV/AIDS, que para serem tratadas dependiam em quase sua totalidade de atendimento no sistema de saúde público do país. Questões como a diferença de interesses dos múltiplos atores envolvidos no projeto, a existência de culturas organizacionais distintas, os problemas burocráticos e administrativos, bem como a ausência de especialistas moçambicanos na área, contribuíram para o não cumprimento do cronograma inicial de entrega da fábrica (MILANI; LOPES, 2014, p. 71).

A questão do financiamento também foi outro problema que se interpôs no curso da implantação da fábrica, com o governo de Moçambique relatando não ter condições de financiar a totalidade dos gastos para a reforma da fábrica, o que gerou negociações e renegociações para a solução do impasse. A solução teria vindo por meio da interferência do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, que como referido no trabalho de Milani e Lopes (2014, p.71), teria obtido o apoio da Vale do Rio Doce, empresa que já explorava minério em Moçambique, e que fez a doação de 75% dos custos das obras para inteirar a contrapartida do governo moçambicano.

A fábrica de medicamentos que passou a se chamar Sociedade Moçambicana de Medicamentos foi concluída em 2012. As atividades iniciais seriam de embalagens de medicamentos, para que após os ajustes burocráticos necessários após a entrega da fábrica

(licitação da compra de insumos, estabelecimento do órgão regulador, criação de laboratórios de qualidade, compra de matérias-primas, realização de missões de trabalho com os fornecedores, definição de padrões de qualidade e as regras para os editais e mecanismos de gestão), a mesma pudesse funcionar plenamente e cumprir seu papel na produção de medicamentos para o tratamento de doenças da população de Moçambique (MILANI; LOPES, 2014).

Os projetos com Botsuana foram seis, quatro bilaterais e dois de forma trilateral com dois ou mais países. Os projetos bilaterais foram o BRA/04/044-A128, que foi assinado em 2007, teve duração de um mês, e visou apresentar aos técnicos botsuaneses a bem sucedida experiência brasileira no combate ao HIV/AIDS. As instituições participantes foram o Programa Nacional de DST/AIDS- Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e o Ministério da Saúde de Botsuana. O orçamento do projeto foi de US\$ 30.569,00 (trinta mil quinhentos e sessenta e nove dólares) financiados pela ABC (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

O segundo projeto com Botsuana foi o BRA/04/044-A166 também assinado em 2007 e com duração de dois meses. O projeto teve como finalidade apresentar às autoridades competentes locais ações de cooperação técnica na área de capacitação de recursos humanos em HIV/AIDS. O orçamento foi de US\$ 15.780,00 (quinze mil setecentos e oitenta dólares). Não houve menção das instituições participantes (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

O projeto BRA/04/044-S228 com Botsuana foi assinado em 2010, teve duração de 53 meses e visou contribuir para a redução do impacto da epidemia de HIV/AIDS no país. As instituições participantes foram o Programa Nacional de DST/AIDS-Brasil e o Ministério da Saúde de Botsuana. O orçamento foi de US\$ 415.492,00 (quatrocentos e quinze mil quatrocentos e noventa e dois dólares) (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

O quarto projeto bilateral, o BRA/12/008-S159, foi assinado em 2014, teve duração de 14 meses, e visou o fortalecimento da estrutura estratégica nacional para o HIV/AIDS. O orçamento foi de US\$ 72.240,00 (setenta e dois mil duzentos e quarenta dólares) e foi financiado pelo PNUD (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

O primeiro projeto trilateral foi o BRA/04/044-A206 em conjunto com o Quênia e a Zâmbia, que foi assinado em 2009 e teve duração de dois meses. O projeto visou debater as estratégias desenvolvidas pelos quatro países, bem como identificar semelhanças, obstáculos, ações exitosas e oportunidades de replicação de metodologias. As instituições participantes foram o Programa Nacional DST/AIDS- Brasil. O orçamento foi de US\$ 78.100,00 (setenta e oito mil e cem dólares) financiados pela ABC (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

O segundo projeto trilateral foi o BRA/04/044-A447, que foi executado em conjunto com Gana, Quênia, Tanzânia e Zâmbia. O projeto foi assinado em 2010, teve duração de três meses, e visou proporcionar aos participantes a troca de experiências, capacitação e identificar oportunidades de atuação com foco em três áreas: trabalho conjunto entre governo e sociedade civil; direitos humanos e *advocacy* em HIV/AIDS; estratégias de prevenção e redução das vulnerabilidades com foco em pessoas que vivem com HIV/AIDS e populações vulneráveis. O projeto teve orçamento de US\$ 131.800,00 (cento e trinta e um mil e oitocentos dólares) financiados pela ABC, e US\$ 5.000,00 (cinco mil dólares) financiados pelo Ministério da Saúde brasileiro (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

A Tanzânia estabeleceu dois projetos bilaterais, e um trilateral em conjunto com Botsuana, Zâmbia, Gana e Quênia, já descrito anteriormente. O primeiro projeto bilateral foi o BRA/04/043-A225, assinado em 2009, e com duração de três meses. O objetivo do projeto foi possibilitar a ida de técnicos da Embrapa e do Ministério da Saúde à Tanzânia, para definição de projetos de cooperação técnica conforme demanda daquele país. As ações na área de saúde se concentraram na epidemia de HIV/AIDS. As instituições executoras foram a Embrapa e o Programa Nacional de DST/AIDS- Brasil e orçamento de US\$ 36.750,00 (trinta e seis mil setecentos e cinquenta dólares) (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

O segundo projeto bilateral com a Tanzânia foi o BRA/04/044-S77 assinado em 2010, teve duração de 59 meses, e visou contribuir para a redução do impacto da epidemia de AIDS no país. As instituições executoras foram o Ministério da Saúde (MS)- Secretaria de Políticas de Saúde/DST/AIDS-MS e o Ministério da Saúde e da Previdência Social da Tanzânia. O orçamento foi de US\$ 220.788,00 (duzentos e vinte mil setecentos e oitenta e oito dólares) (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

A Nigéria desenvolveu dois projetos com o Brasil. O primeiro foi o BRA/04/044-A087 assinado em 2006, com duração de um mês, e que foi uma missão para o detalhamento e finalização de proposta de cooperação técnica na área de produção e medicamentos antirretrovirais. As instituições executoras foram o Ministério da Saúde do Brasil e o Ministério Federal da Saúde da Nigéria. O orçamento foi de US\$ 13.802,55 (treze mil oitocentos e dois dólares e cinquenta e cinco centavos) e foi financiado pela ABC. (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

O segundo projeto com a Nigéria foi o BRA/04/044-A110 assinado em 2007, com duração de um mês e foi uma missão de negociação de projeto de capacitação técnica para produção de medicamentos antirretrovirais. Não houve menção da instituição participante e o

orçamento foi de US\$ 4.577,96 (quatro mil quinhentos e setenta e sete dólares e noventa e seis centavos) (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

Benin, um pequeno país africano também desenvolveu projeto com o Brasil. O BRA/04/044-A141 foi assinado em 2007, teve duração de quatro meses e orçamento de US\$ 25.238,54 (vinte e cinco mil duzentos e trinta e oito dólares e cinquenta e quatro centavos). O projeto visou o conhecimento por parte do país do programa nacional de DST e AIDS brasileiro, suas diretrizes, experiências e resultados obtidos no combate à epidemia no país (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

Brasil e Zâmbia desenvolveram dois projetos de forma bilateral e dois de forma trilateral com dois ou mais países, já descritos. O projeto bilateral BRA/04/044-A167 foi assinado em 2007, teve duração de dois meses e orçamento de US\$ 14.490,000 (quatorze mil quatrocentos e noventa dólares) (ABC/MRE, 2016b; 2016c). O projeto foi uma missão para apresentar às autoridades competentes locais projeto de cooperação técnica na área de capacitação de recursos humanos em HIV/AIDS.

O segundo projeto bilateral foi o BRA/04/044-S333 assinado em 2011, teve duração de 45 meses e visou contribuir para a redução do impacto da epidemia de HIV/AIDS no país. As instituições executoras foram o Ministério da Saúde; Departamento de DST/AIDS e Hepatites virais no Brasil e o ministério da Saúde da Zâmbia. O orçamento foi de US\$ 182.888,00 (cento e oitenta e dois mil oitocentos e oitenta e oito dólares) financiados pela ABC, Ministério da Saúde e Departamento HIV/AIDS. Os dois projetos trilaterais foram os desenvolvidos com Botsuana, e já referidos anteriormente. (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

Angola teve um projeto com o Brasil. O projeto BRA/04/044-A187 foi assinado em 2008, teve duração de um mês e orçamento de US\$18.240,00 (dezoito mil duzentos e quarenta dólares) financiados pela ABC. O projeto foi uma missão de prospecção com o intuito de realizar estudo técnico para a elaboração do projeto de instalação da fábrica de medicamentos antirretrovirais e outros medicamentos no país (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

Libéria e Serra Leoa estabeleceram um projeto de forma trilateral com o Brasil em 2010, o BRA/04/044-A410, que teve duração de nove meses, e capacitou onze técnicos de Serra Leoa e cinco técnicos da Libéria em prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. As instituições responsáveis foram o Ministério da Saúde do Brasil, e os governos daqueles países. O financiamento foi de US\$ 156.160,00 (cento e cinquenta e seis mil cento e sessenta dólares) pela ABC (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

Brasil e República Democrática do Congo estabeleceram dois projetos. O projeto BRA/04/044-A649 foi assinado em 2010, teve duração de doze meses e visou contribuir para

a redução do impacto da epidemia de AIDS no país. As instituições executoras foram o Ministério da Saúde brasileiro e o Ministério da Saúde da República Democrática do Congo, teve orçamento de US\$ 249.300,00 (duzentos e quarenta e nove mil e trezentos dólares), e foi financiado pela ABC, Ministério da Saúde/Departamento DST/AIDS e Ministério da Saúde da República Democrática do Congo (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

O segundo projeto, o BRA/04/044-S287, também foi assinado em 2010, teve duração de quarenta e dois meses, e também visou contribuir para a redução do impacto da epidemia de AIDS no país. As instituições executoras foram o Ministério da Saúde do Brasil-Secretaria de Políticas de Saúde e o Conselho Nacional de luta contra a AIDS na República Democrática do Congo. O orçamento de US\$ 239.300,00 (duzentos e trinta e nove mil e trezentos dólares), financiado pela ABC, Departamento DST/AIDS (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

O Brasil desenvolveu dois projetos de prospecção em várias áreas com o Malawi, incluindo a área de HIV/AIDS. O primeiro ocorreu em 2011, o BRA/04/044-A773, com duração de seis meses e orçamento de US\$ 83.710,00 (oitenta e três mil setecentos e dez dólares), com o intuito de avaliar a possibilidade de cooperação e permitir a elaboração de projetos na área de cooperação técnica. O segundo projeto, o BRA/04/044-A863, em 2012, teve duração de seis meses e orçamento de US\$ 48.500,00 (quarenta e oito mil e quinhentos dólares), e visou propiciar o intercâmbio de informações entre Brasil e Malawi na área de HIV/AIDS (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

Brasil e Gana estabeleceram um projeto, o BRA/04/044-S137 assinado em 2009, com duração de 63 meses, e que visou contribuir para a redução do impacto da epidemia de HIV/AIDS no país. As instituições executoras foram o Programa Nacional de DST/AIDS no Brasil e a Comissão de AIDS de Gana e o Ministério da Saúde daquele país. O orçamento foi de US\$ 52.400,00 (cinquenta e dois mil e quatrocentos dólares) financiados pela ABC e pela Comissão de AIDS de Gana (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

O Quênia estabeleceu três projetos com o Brasil, um bilateral e dois trilaterais, juntamente com Botsuana e Zâmbia, e o segundo com Botsuana, Gana, Tanzânia e Zâmbia, já descritos anteriormente. O projeto bilateral BRA/04/044-S150 foi assinado em 2009, teve duração de 58 meses e visou contribuir para a redução do impacto da epidemia de DST/HIV/AIDS no país. As instituições executoras foram o Conselho Nacional de Controle de AIDS do Quênia, o Instituto de Pesquisa Médica do Quênia e o Programa Nacional de Controle de AIDS e DST do Quênia. O orçamento foi de US\$ 279.939,37 (duzentos e setenta e nove mil novecentos e trinta e nove dólares e trinta e sete centavos) (ABC/MRE, 2016b;

2016c). Os outros dois projetos multilaterais foram desenvolvidos com Botsuana e já referidos anteriormente.

O projeto com a Ásia é representado pelo Cazaquistão por meio do projeto BRA/04/044-A368, assinado em 2010, e que teve duração de seis meses. O objetivo do projeto foi uma missão de prospecção de estudos em DST/AIDS para quatro representantes da sociedade civil cazaque junto ao departamento de DST/AIDS e Hepatites virais do Ministério da Saúde brasileiro, em parceria com o centro internacional de cooperação técnica em HIV/AIDS. A instituição executora foi o Ministério da Saúde brasileiro e o orçamento foi de USS 41.500,00 (quarenta e um mil e quinhentos dólares) financiados pela ABC (ABC/MRE, 2016b; 2016c).

4.10 Projetos técnicos com Fóruns inter-regionais e Organismos Internacionais

No tocante aos projetos de cooperação técnica na área de combate à epidemia de HIV/AIDS, faz-se necessário relatar que além dos projetos já citados, sendo os mesmos executados de forma bi ou trilateral, o Brasil estabeleceu outros projetos de cooperação técnica no contexto dos Fóruns e Organismos Internacionais de que participa. Nesse sentido, existem projetos técnicos desenvolvidos no âmbito do Fórum IBAS e da CPLP.

A cooperação em saúde no IBAS pode ser analisada em cada instância em que o Fórum está estruturado: coordenação política, cooperação setorial e Fundo IBAS. Para análise dos projetos na área técnica serão analisados apenas os projetos do Fundo IBAS concluídos até o momento, uma vez que não faz parte da coordenação política a instituição de projetos, e os projetos estabelecidos na cooperação setorial serão analisados na seção sobre a Cooperação Científico-Tecnológica.

Os projetos do Fundo IBAS contemplaram seis países: Burundi, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Haiti, Serra Leoa e Palestina. Na área de saúde destacam-se os projetos com Cabo Verde, Guiné Bissau e o Burundi⁹⁹ (IBSA, 2011). O projeto com o Burundi foi estabelecido em 2010, e se concentrou em estratégias de fortalecimento da infraestrutura e do combate à epidemia de HIV/AIDS no país. Para isso o projeto consistia na construção de um centro de saúde e fornecimento de insumos para este estabelecimento, permitindo que houvesse ações de prevenção, testagem (teste para saber se o indivíduo é portador do vírus HIV) e tratamento

⁹⁹ Burundi é um país africano que tem um dos mais baixos índices de desenvolvimento humano (IDH), 0,400, pelos dados de 2014. Disponível em <<http://www.undp.org/content/undp/en/home/presscenter/events/2014/july/HDR2014.html>>. Acesso em 10/01/2016

de pacientes. O orçamento aprovado foi de US\$ 1.145.630,00 (um milhão cento e quarenta e cinco mil seiscientos e trinta dólares). A duração do projeto foi de três anos, entre 2010 e 2012 (IBSA, 2011, p.7-8).

No relatório sobre o projeto em 2011, as informações mostravam que a construção do centro de saúde estava avançada e a previsão de inauguração seria em julho de 2012. Ao mesmo tempo em que as obras avançavam, era feito também a capacitação técnica do pessoal, com *workshop* local na área de HIV/AIDS, intercâmbio de técnicos nas cidades de Bujumbura¹⁰⁰, Brasília, Dakar e Nova Delhi, e equipagem tecnológica do centro, com computadores, material médico, veículos doados pelo Governo do Burundi e ONGs que atuam no país (IBSA, 2011, p. 7-8).

Em Cabo Verde e na Palestina os projetos desenvolvidos foram na área de saúde, não sendo mencionado especificamente se houve ações na área de combate à epidemia de HIV/AIDS. O projeto do Fundo IBAS com Cabo Verde incluiu ações para reabilitar e equipar dois centros de saúde na Ilha de São Nicolau, área remota da região, permitindo e facilitando o atendimento da população local. O projeto foi completado em 2008, teve duração de dois meses e orçamento de US\$ 37.065,00 (trinta e sete mil e sessenta e cinco dólares) (IBSA, 2011, p. 23).

Outro projeto na área de saúde do Fundo IBAS foi estabelecido com a Palestina, e teve como objetivo reestruturar um Hospital Central do Crescente Vermelho¹⁰¹ na Faixa de Gaza, destruído por causa da guerra. O projeto teve orçamento de US\$ 1.000.000,00 (um milhão de dólares) e duração de um ano, entre janeiro de 2012 e janeiro de 2013. Recentemente foi aprovada a Fase II desse projeto, que amplia a reestruturação do Hospital para a construção de um centro cirúrgico, aumentando o número de leitos disponíveis para tratamento de pacientes. O orçamento aprovado para essa fase do projeto é de US\$ 630.000,00 (seiscentos e trinta mil dólares), com previsão de duração de um ano, entre maio de 2014 a junho de 2015 (IBSA, 2014, p. 21-32).

No relatório anual do Fundo IBAS de 2014, os projetos de saúde e HIV/AIDS em Cabo Verde e no Burundi, respectivamente, são demonstrados como projetos já concluídos. O referido relatório informa sobre outros projetos em andamento do Fundo IBAS na área de saúde, tais como um projeto recentemente aprovado para o Vietnã em 2014, intitulado “Uma

¹⁰⁰ Bujumbura é a capital e maior cidade do Burundi

¹⁰¹ O Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho foi fundado em 1863. Atua em área de guerras e conflitos armados com o objetivo de proteger as vítimas, e promover as leis que protejam as vítimas nestas condições. É uma Organização independente e neutra, tem o apoio de milhões de voluntários e é financiada por doações voluntárias de Governos e das Sociedades Nacionais da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho. Disponível em < <https://www.icrc.org/pt/o-cicv>>. Acesso em 10/01/2016.

abordagem inovativa em *e-aprendizado* para a saúde”, cujo objetivo é a capacitação de recursos humanos em saúde (estudantes de medicina) e profissionais da saúde da região norte do país por meio de implantação da plataforma digital e de módulos de *e-aprendizado* no sentido de melhorar a cobertura de atendimento e os serviços de saúde. A prioridade inicial do projeto é ampliar a capacitação e o conhecimento em doenças não transmissíveis, tais como as cardiovasculares e o câncer. O orçamento aprovado foi de US\$ 990.000,00 (novecentos e noventa mil dólares), com duração de dois anos, de junho de 2014 a junho de 2016 (IBSA, 2014, p. 24).

Representando projetos com Organismos Internacionais destacam-se projetos que foram estabelecidos no contexto da CPLP. Os projetos em saúde com o Organismo Internacional estão assentados no Plano Estratégico de cooperação em saúde da CPLP¹⁰², que estabeleceu sete eixos estratégicos para definição de projetos na área: 1) Formação e desenvolvimento da Força de Trabalho em Saúde; 2) Informação e Comunicação em Saúde; 3) Investigação em Saúde; 4) Desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde; 5) Vigilância Epidemiológica e Monitorização da Situação de Saúde; 6) Emergências e Desastres Naturais; 7) Promoção e Proteção da Saúde (CPLP, 2016).

Projetos prioritários em saúde foram estabelecidos de acordo com o eixo estratégico. Nesse sentido, para a formação e desenvolvimento da força de trabalho em saúde (eixo 1) foi proposta a criação da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde da CPLP; a estruturação da Rede de Escolas Técnicas de Saúde da CPLP; a estruturação da Rede de Escolas Nacionais de Saúde Pública da CPLP; a formação médica especializada nos Países de Língua Portuguesa (CPLP, 2016).

No que tange à informação e comunicação em saúde (eixo 2), os projetos previam a criação do Portal CPLP/Saúde. Para o eixo três, investigação em saúde, o projeto incluiu o fortalecimento da investigação científica em saúde pública na CPLP (CPLP, 2016).

A construção de Centros Técnicos de Instalação e Manutenção de Equipamentos (CTIME) foi um projeto inserido no eixo quatro, que previa o desenvolvimento do complexo produtivo da saúde. Para a vigilância epidemiológica e monitorização da situação de saúde

¹⁰² O documento base para o Plano Estratégico para cooperação em saúde na CPLP foi aprovado na Reunião Extraordinária dos Ministros de Saúde em 2008. O documento tinha como objetivo definir as diretrizes orientadoras, os eixos estratégicos, as áreas e os projetos prioritários, bem como as estruturas de operacionalização do PECS/CPLP para o período 2009-2012 (REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DOS MINISTROS DA SAÚDE DA CPLP, 2008). Na III Reunião dos Ministros da Saúde da CPLP, em Estoril, Portugal, em 2009, foi aprovado o Plano Estratégico PECS/CPLP 2009-2012, que no seu escopo também aprova a formação do grupo técnico de saúde da CPLP, a fim de garantir a operacionalização, monitorização, avaliação e sustentabilidade do Plano Estratégico, e a criação de um fundo setorial da saúde da CPLP como um mecanismo de apoio financeiro à execução de projetos aprovados no Plano (DECLARAÇÃO DE ESTORIL, 2009).

(eixo 5), o projeto previa a Monitorização e Avaliação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio na CPLP (CPLP, 2016).

O eixo seis incluiu projetos para elaboração de um plano comunitário de apoio mútuo para situações de emergências sanitárias nos Estados membros (incluindo crises sanitárias pós-emergências naturais; escassez aguda de medicamentos; surtos epidêmicos; carência aguda de recursos humanos, etc.) (CPLP, 2016). O projeto Comunidades Saudáveis: Implantação de projetos-piloto nos países da CPLP contemplou o eixo sete, que diz respeito à promoção e proteção da saúde nos países da CPLP (CPLP, 2016).

Cabo Verde vem desenvolvendo com o Brasil um projeto que tem como objetivo o fortalecimento da atenção primária em saúde. Ações na área incluem a reorganização e a prestação de atendimento em cuidados primários em saúde¹⁰³ e a capacitação de equipes em cuidados primários em saúde. O projeto BRA/04/044-S441 teve início em 2012 (ABC, 2016d).

Brasil e Angola desenvolveram um projeto para Capacitação do Sistema de Saúde de Angola. O projeto BRA/04/044-S242 teve início em 2010, e tem como objetivos a formação de profissionais para atuar na área de ensino, investigação e cooperação técnica na escola de Saúde Pública de Angola e a estruturação de uma rede de bibliotecas em saúde em Angola, contribuindo para a reestruturação das escolas técnicas de saúde e o fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde Pública do país (ABC, 2016d).

A capacitação técnica na área de saúde em Guiné-Bissau é contemplada pelo projeto BRA/04/044-S404, que tem como objetivo dar apoio na área de diagnóstico laboratorial em HIV e outras doenças infecciosas no país. Nesse sentido, foi criado o Instituto Nacional de Saúde (INASA), em 2009, onde está localizado o Laboratório Nacional de Saúde Pública (LNSP). A falta de capacitação em recursos humanos é um constrangimento para o efetivo enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS e outras doenças infecciosas no país. O projeto que teve início em 2012 inclui justamente a capacitação técnica e profissional do Laboratório Nacional de Saúde Pública (ABC, 2016d).

O projeto BRA/04/044-S310 com Moçambique, iniciado em 2011, inclui a implantação do Centro de Telesaúde, da biblioteca e do Programa de ensino à distância em saúde da mulher, da criança e do adolescente no país (ABC, 2016d).

¹⁰³ Cuidados primários em saúde são estratégias implementadas de forma contínua e sistematizadas, para integrar ações preventivas e curativas tanto a nível individual, quanto comunitário. Disponível em <http://www.sites.epsjv.Fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso em 10/01/2016

No tocante à capacitação de recursos humanos em saúde no âmbito da Rede de Escolas Nacionais de Saúde Pública (RESP), que faz parte do eixo 1 do PECS/CPLP, projetos e iniciativas existentes na área são descritos como inseridos nesse contexto. No relatório da Secretaria Executiva da o PECS/CPLP em 2012 consta a descrição de projetos concluídos na área de saúde entre os anos de 2000 e 2012, no contexto do Plano Indicativo de Cooperação (PIC). Há a descrição do projeto Pr11/ST/01 com foco na área de HIV/AIDS, orçado em €19.383,00 (dezenove mil trezentos e oitenta e três euros)¹⁰⁴(CPLP, 2010b, p. 24).

Outro projeto descrito no relatório em questão que também se insere no eixo 1 do PECS/CPLP foi o Pr12/ST/01 executado em 2008, que teve por objetivo implementar ações visando dar apoio à capacitação de recursos humanos em saúde dos PALOP. O projeto foi orçado em €272.492,00 (duzentos e setenta e dois mil quatrocentos e noventa e dois euros), e previa a qualificação de docentes em saúde pública, com ênfase nas áreas de gestão, vigilância epidemiológica e administração hospitalar. O projeto visava ainda o desenvolvimento de um processo de formação profissional em saúde pública em diferentes níveis (médio e superior)¹⁰⁵(CPLP, 2010b, p. 9).

Os dois projetos foram financiados pelo Fundo Especial da CPLP. A entidade financiadora do projeto Pr12/ST/01 foi a Agência Brasileira de Cooperação e a Instituição executante foi a FIOCRUZ (CPLP, 2010b).

Inicialmente projetos na área científico-tecnológica inseridos como cooperação técnica no primeiro relatório publicado pelo Ipea junto com a ABC e o MRE em 2010 foi considerado em relatórios posteriores, 2013 e 2016 como cooperações separadas, e que será abordada em seção própria.

No sentido de aprofundar o conhecimento sobre as estratégias da cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional na área de combate à epidemia de HIV/AIDS, construiu-se se um banco de dados com o intuito de analisar os mesmos por meio de modelo estatístico. O objetivo inicial era avaliar quais as possíveis motivações do Brasil em ações de cooperação humanitária e técnica por meio da doação de antirretrovirais e projetos técnicos de combate à epidemia de HIV/AIDS. A presença ou ausência de interesses políticos, econômico-comerciais e sociais poderia ser avaliada por meio de dados, tendo como objetivo final verificar se ao cooperar nessas modalidades o país se mantém alinhado aos princípios da Cooperação Sul-Sul.

¹⁰⁴ Não consta no relatório do Programa Indicativo da cooperação na CPLP quem foram as Instituições financiadoras e executoras do projeto.

¹⁰⁵ Não consta no relatório do Programa Indicativo da cooperação na CPLP quem foram as Instituições financiadoras e executoras do projeto.

4.11 Cooperação humanitária e Cooperação técnica Sul-Sul brasileira na área de combate ao HIV/AIDS: um modelo estatístico de análise

A motivação inicial para a construção do modelo estatístico tem raízes em dois aspectos particulares relacionados ao discurso oficial do Governo brasileiro na cooperação Sul-Sul. O primeiro aspecto é quando o país ressalta que as ações de cooperação são desprovidas de interesses econômico-comerciais, exaltando a questão da solidariedade entre os países em desenvolvimento. O segundo fator se refere às críticas existentes a esse modelo de cooperação (Sul-Sul), em que alguns estudiosos do tema entendem que o Brasil ao cooperar com países em desenvolvimento reproduz o padrão Norte-Sul de cooperação internacional, devido às assimetrias técnicas e de desenvolvimento socioeconômico existente entre os países.

No discurso oficial da Cooperação Técnica Sul-Sul entre países em desenvolvimento, a cooperação é regida pelos princípios de diplomacia solidária; é orientada pela lógica da demanda de países em desenvolvimento; reconhece a experiência local como parte importante para a execução de projetos, não exige condicionalidades, não vincula interesses comerciais ou fins lucrativos à execução dos projetos, e evita ingerência em assuntos internos dos países parceiros (LEITE et al, 2013,p. 1).

Considerando como ponto de partida a visão brasileira de como o país executa ações de Cooperação Sul-Sul no sistema internacional, optou-se por utilizar duas variáveis dependentes para verificar a presença de interesses brasileiros na cooperação, sejam eles político, econômicos, éticos, morais, altruístas e/ou histórico-culturais. As variáveis dependentes utilizadas nos modelos estatísticos foram a quantidade de comprimidos de antirretrovirais doados, representando a cooperação humanitária, e o gasto com projetos técnicos¹⁰⁶, representando a cooperação técnica.

O Modelo I analisou a cooperação humanitária, e utilizou como variável dependente a quantidade de comprimidos antirretrovirais doados pelo Brasil ano a ano no período de 2003-2016. O Modelo II analisou a cooperação técnica, e utilizou como variável dependente o gasto brasileiro (em dólar) com projetos desenvolvidos na área de combate à epidemia de HIV/AIDS com os países das regiões Sul Americana, Centro Americana, Africana e Asiática, ano a ano no período de 2003-2016.

As variáveis independentes utilizadas foram: se os países desenvolveram cooperação técnica e/ou humanitária (CH+CT); se o país pertencia a algum Organismo político que o

¹⁰⁶ Os projetos considerados na análise do modelo estatístico foram aqueles cujas informações foram recebidas pelo sítio e-Sic. Não foram incluídos os projetos descritos no contexto do Plano IBAS e da CPLP.

Brasil participa, no caso regional o MERCOSUL e com os países da região africana, a CPLP; o PIB/ per capita dos países; o percentual de prevalência de HIV/AIDS entre pessoas de 15-49 anos; o volume (em dólares) de exportações brasileiras para os países com os quais cooperou na área; as regiões África, América do Sul, Ásia e América Central; e se o país abriu embaixada brasileira no período do governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva. A variável controle utilizada foi o percentual do PIB gasto com despesas militares.

Quanto à variável área geográfica foram considerados os países das regiões: África, América do Sul, América Central e Ásia. A Europa e a América do Norte não foram consideradas, porque não existiram doação, nem projetos (bilaterais) na área com países dessas regiões no modelo Sul-Sul¹⁰⁷. No que se refere à variável Organismo político esta foi utilizada para analisar se pertencer ao mesmo bloco político e Organismo Internacional que o Brasil pertence (MERCOSUL ou CPLP) influenciou a doação de ARV e execução de projetos na área. A UNASUL não foi utilizada como uma variável dos interesses políticos do país, porque a maior parte das estratégias observadas no âmbito do Organismo está relacionada à cooperação na área educacional por meio da doação de bolsas de estudos para candidatos de países pertencentes ao Organismo.

As variáveis PIB/per capita e percentual de prevalência de HIV/AIDS em pessoas de 15-49 anos foram utilizadas para verificar se a doação de ARV e/ou projetos na área de HIV/AIDS seriam mais destinados a países de menor desenvolvimento econômico e com maior taxa de prevalência em HIV/AIDS, uma vez que a África é a região que tem o maior número de pessoas contaminadas, e há um movimento internacional, principalmente de organismos que trabalham na área de combate à epidemia, como a UNAIDS, para que não exista mais a transmissão do vírus da mãe para o feto.

A variável econômica utilizada foi o volume de exportação brasileira para os países entre 2003 e 2016, para verificar se o fato de receber doação ARV e/ou projetos na área de combate à epidemia aumentou o volume das exportações para o país que recebeu a cooperação.

A variável ter ou não o país aberto embaixada brasileira durante o período do governo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva foi utilizada por se observar que alguns países que receberam doação de ARV e/ou projetos abriram embaixadas durante esse período, e nesse sentido, procurou-se verificar se houve influência dessa variável na cooperação humanitária e/ou técnica com esses países.

¹⁰⁷ Os projetos de cooperação Sul-Sul onde se observou a participação de países desenvolvidos se encontram no contexto da cooperação Sul-Sul trilateral.

O modelo estatístico utilizado foi o modelo linear generalizado¹⁰⁸. As variáveis descritas anteriormente foram analisadas na cooperação humanitária e/ou técnica brasileira estabelecida com vinte e nove países, entre os anos de 2003-2016. Os países analisados foram Angola, Burkina Faso, Botsuana, Benin, Cabo Verde, Gana, Guiné-Bissau, Líbia, Moçambique, Malawi, Nigéria, Quênia, São Tomé e Príncipe, República Democrática do Congo, Tanzânia, Zâmbia, Colômbia, Paraguai, Peru, Chile, Uruguai, Suriname, El Salvador, Barbados, Nicarágua, Honduras, República Dominicana, Timor Leste e Cazaquistão. Apesar do Caricom ter recebido doação de ARV, e países do Caribe, projetos na área, eles não foram utilizados nos modelos estatísticos, devido à dificuldade de obter dados tais como PIB/per capita do CARICOM, e de cada país do Caribe, dentre outros.

Tabela 2 - Modelos estatísticos

Variáveis	Modelo I Doação de ARV (N=50)	Modelo II Gasto Brasileiros Projetos (N=24)
Constante	12.806	9.965
Gasto Militar	0,580	0,227
Órgão Político (Mercosul/CPLP)	1,455 *	0,187
Embaixada aberta	- 1,576	- 0,718
% Prevalência em AIDS	- 0,332***	- 0,068*
Exportações	7,854E-010*	- 1,869E-009***
PIB/per capta (dólar constante-2010)	0,000**	9,886-E005
América do Sul	- 1,195	4,811***
África	0,501	2,228***
Cooperação Humanitária+	0,465	0 ^a
Cooperação Técnica		

Variável dependente modelo I: Doação de antirretrovirais. Modelo: (interceptação), %PIB gasto militar, Órgão político, Embaixada aberta no governo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, % prevalência em AIDS, Exportações; PIB/per capta (dólar constante 2010), América do Sul, África, Cooperação técnica+cooperação humanitária

Variável dependente Modelo II: Gasto brasileiro com projetos (em dólar). Modelo: (interceptação); %PIB gasto militar, Órgão político, Embaixada aberta no governo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, % prevalência em AIDS, Exportações; PIB/per capta (dólar constante 2010), América do Sul, África, Cooperação técnica+cooperação humanitária. a=definido para zero porque este parâmetro é redundante. Nível de significância: 0,05*, 0,01**, 0,001***

Considerando-se o Modelo I, em que a doação de antirretrovirais foi analisada como variável dependente, as variáveis independentes que demonstraram significância estatística

¹⁰⁸ Os modelos lineares generalizados envolvem uma variável resposta univariada, variáveis explanatórias, e uma amostra aleatória de “n” observações independentes, sendo que: i) a variável resposta, componente aleatório do modelo, tem uma distribuição pertencente à família de distribuições que engloba as distribuições normal, gama e normal inversa para dados contínuos; binomial para proporções; Poisson e binomial negativa para contagens; ii) as variáveis explanatórias entram na forma de uma estrutura linear, constituindo o componente sistemático do modelo; a ligação entre os componentes aleatório e sistemático é feita através de uma função adequada como, por exemplo, logarítmica para os modelos log-lineares, chamada função de ligação (DEMÉTRIO, 2016). Disponível em < <http://verde.esalq.usp.br/~jorge/cursos/clarice/titular.pdf>>. Acesso em 01/10/2016

foram bloco político, percentual de prevalência em HIV/AIDS entre pessoas de 15-49 anos, exportação e PIB/ per capita (dólar constante 2010).

O fato de o país pertencer ao bloco político MERCOSUL ou ao Organismo Internacional CPLP, orientou para que houvesse mais e maior doação de antirretrovirais, quando comparado a outros países não pertencentes a esses Organismos. Nesse sentido, Paraguai recebeu doação contínua desses medicamentos entre os anos 2004 e 2010, recebendo ainda de forma pontual em 2012 e entre 2014 e 2015. Bolívia, como membro associado do MERCOSUL, recebeu doação contínua entre 2003 e 2007, e de 2009 a 2012. Observa-se ainda que, além de maior doação em relação aos anos, esses países receberam também maior quantidade de comprimidos, quando comparados aos outros países da América do Sul que estabeleceram cooperação na área, tais como Colômbia, Chile e Peru (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014c; 2016b).

No que se refere às doações de antirretrovirais, merece destaque o projeto Laços Sul-Sul. O projeto foi uma iniciativa lançada pelo Brasil em 2004 com o objetivo contribuir para o fortalecimento de políticas nacionais para melhorar/aumentar o acesso universal ao tratamento com antirretrovirais. O Programa ofereceu tratamento com antirretrovirais de primeira linha para seis países lusófonos e dois países Sul Americanos comprometidos no enfrentamento da epidemia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007/2008).

Os países que receberam a doação foram Bolívia e Paraguai na América Latina, e Cabo Verde, Guiné Bissau, São Tomé na África, e Timor Leste na Ásia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007/2008; 2014c; 2016b). No que se refere à relação com bloco ou Organismo Internacional, o Paraguai é membro efetivo do MERCOSUL e a Bolívia membro associado, e todos os países africanos que receberam doação mais o Timor Leste pertencem à CPLP. O Chile como membro associado do MERCOSUL recebeu doação de antirretrovirais em 2016, embora não tenha participado da iniciativa Laços Sul-Sul, e Angola, membro da CPLP, embora também não tenha participado da iniciativa, também recebeu doação desses medicamentos em 2016 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016b).

No que tange à doação de antirretrovirais para países pertencentes à CPLP, observa-se o mesmo padrão descrito para os países pertencentes ao MERCOSUL. Angola recebeu grande quantidade de antirretrovirais no ano de 2016, Moçambique recebeu os medicamentos de 2004 a 2006 de forma contínua, Cabo Verde recebeu antirretrovirais nos anos 2005, 2006, 2008, 2009, 2012 e 2013. São Tomé e Príncipe e Guiné-Bissau foram os países que mais receberam doação de antirretrovirais, tanto em quantidade de comprimidos, como ao longo do tempo. São Tomé e Príncipe recebeu a medicação de forma contínua de 2004 a 2012, e de

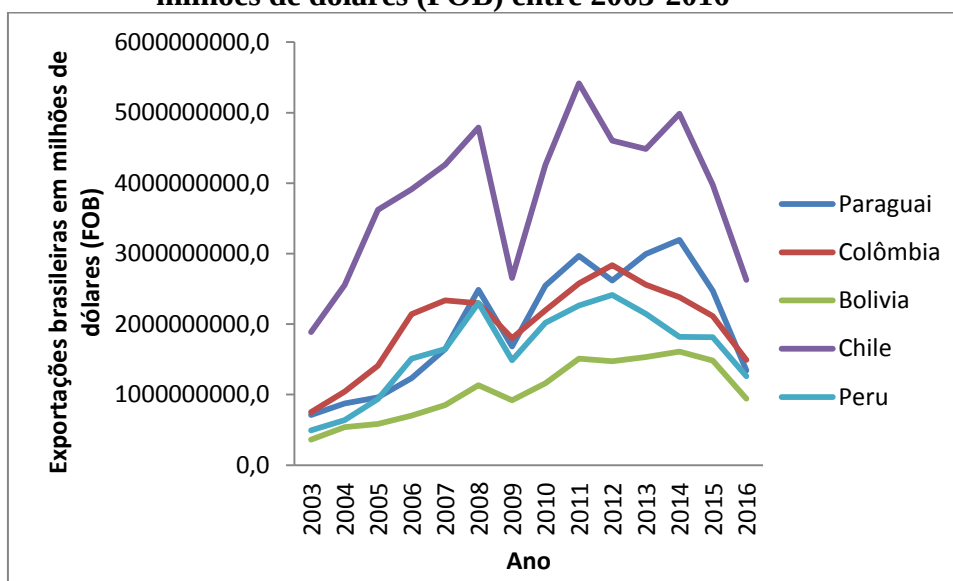
2014 a 2015. Guiné-Bissau recebeu antirretrovirais de forma contínua de 2005 a 2012, e de forma pontual em 2016 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014c; 2016b).

Burkina Faso, Benin e Líbia, países que não pertencem à CPLP, também receberam antirretrovirais, mas em menor quantidade e de forma pontual. Burkina Faso recebeu os medicamentos de 2006 a 2009, e pontualmente em 2012, e Benin e Líbia receberam antirretrovirais, pontualmente, em 2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014c; 2016b).

A variável percentual de prevalência em HIV/AIDS entre pessoas de 15-49 anos também mostrou significância estatística, demonstrando que países que tem menor taxa percentual de prevalência da doença receberam mais doação de antirretrovirais. Observa-se nesse sentido, que a doação dos medicamentos não foi orientada, necessariamente, para os países que tinham maior taxa de prevalência percentual da doença, tais como Botsuana, em torno de 25%, Tanzânia, em torno de 6,3%, Zâmbia, em torno de 13% , Malawi, também em torno de 13%, Moçambique, em torno de 10%, e Quênia, em torno de 6%. Dos países que receberam maior quantidade de medicamentos e durante maior período de tempo encontram-se: Guiné-Bissau, que tinha percentual de prevalência em HIV/AIDS no período estudado em torno de 3,9%; Cabo Verde, em torno de 0,3%; São Tomé e Príncipe, em torno de 1,2%; Paraguai, em torno de 0,3%; e Bolívia, em torno de 0,3% (BANCO MUNDIAL, 2016). Nesse sentido, a maior parte dos países que receberam mais doação de antirretrovirais foram países com taxas percentuais de prevalência de HIV/AIDS menos elevadas.

A variável “exportações brasileiras” também mostrou significância estatística. No que se refere a essa variável, países que receberam doação de antirretrovirais apresentaram aumento do fluxo de exportações brasileiras ao longo do período estudado. Nesse tocante, pode-se observar o comportamento do fluxo de exportações para os países das regiões da América do Sul, América Central e África nos gráficos a seguir:

Gráfico 24: Fluxos de exportações brasileiras para países da América do Sul em milhões de dólares (FOB) entre 2003-2016



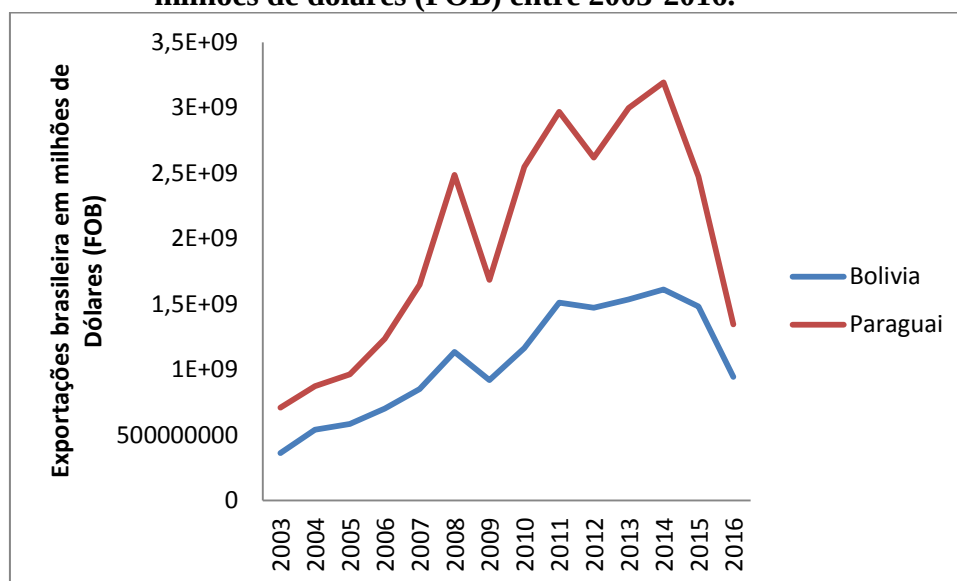
Elaborado pela autora. Fonte: Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços. Balança comercial brasileira: blocos e países (2016). FOB: *Free On Board*¹⁰⁹

Observa-se pela análise descritiva do gráfico 24 que até o ano de 2008 houve aumento dos níveis de exportação brasileira para todos os países. Entre 2008 e 2009 os fluxos apresentaram diminuição, retornando ao crescimento após 2009 até aproximadamente 2011, quando se observa nova diminuição, certa estabilidade entre 2012 e 2013 e diminuição (de forma geral) mantida após 2014 até o ano de 2016. Os períodos de diminuição dos fluxos de exportação brasileira podem ser explicados inicialmente pela crise financeira mundial em 2008, que tem seus efeitos tardios ainda em muitos países. A diminuição dos fluxos nos períodos seguintes pode estar relacionada à crise político-econômica brasileira, iniciada ainda no primeiro governo da Presidente Dilma Rousseff, e agravada no seu segundo mandato, perdurando mesmo após a interrupção do mesmo.

Quando se desagregam os dados para análise das curvas dos fluxos de exportação dos países da América do Sul, observam-se os gráficos a seguir:

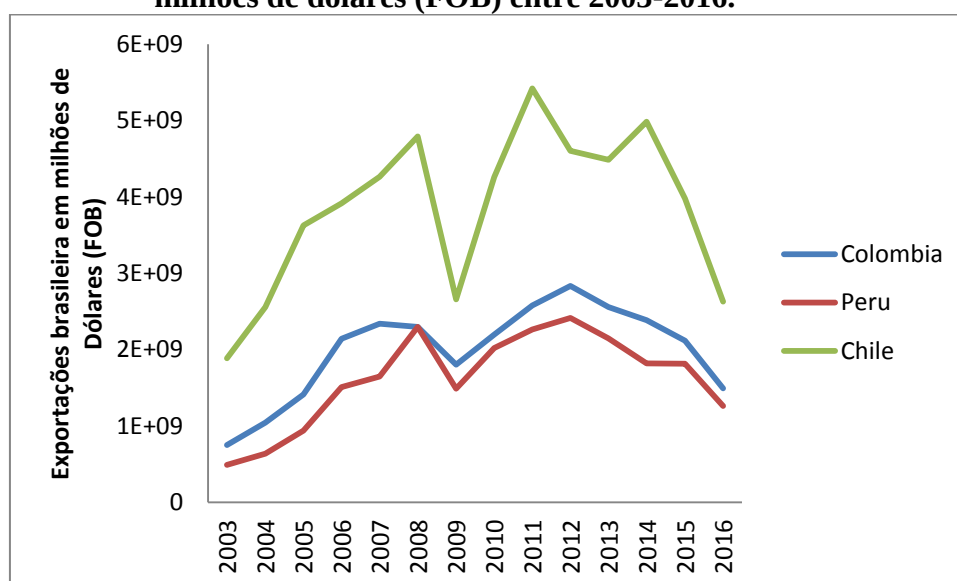
¹⁰⁹ Exportações em dólar na unidade FOB: Significa que o exportador é responsável pela mercadoria até ela estar dentro do navio, para transporte, no porto indicado pelo comprador. Fonte: IPEA. Disponível em: <http://desafios.ipea.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2115:catid=28&Itemid=23>. Acesso em 15/01/2016

Gráfico 25 – Fluxos de exportações brasileiras para Paraguai e Bolívia em milhões de dólares (FOB) entre 2003-2016.



Elaborado pela autora. Fonte: Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços. Balança comercial brasileira: blocos e países (2016). FOB: *Free On Board*

Gráfico 26 – Fluxos de exportações brasileiras para Colômbia, Chile e Peru em milhões de dólares (FOB) entre 2003-2016.



Elaborado pela autora. Fonte: Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços. Balança comercial brasileira: blocos e países (2016). FOB: *Free On Board*

Observa-se a partir da análise dos gráficos 25 e 26 que embora todos os países destacados tenham recebido doação de antirretrovirais, quando se observa as curvas de exportação, Bolívia e Paraguai apresentam comportamento mais ascendente, quando comparado com as curvas de Peru e Colômbia. Na curva do Paraguai observa-se aumento significativo das exportações brasileiras para o país entre 2003 e 2007, bem como a partir de

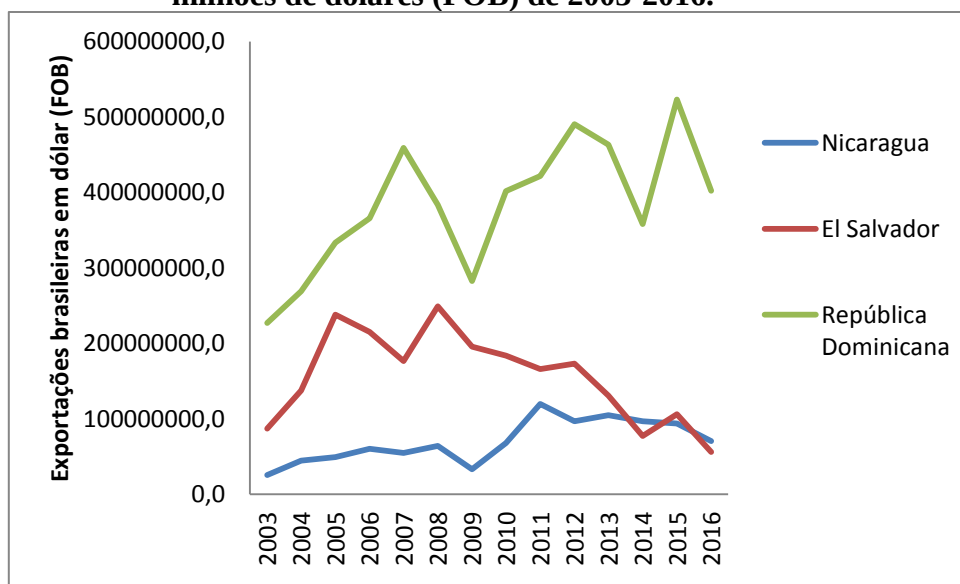
2009, após a diminuição significativa observada entre 2007/2008. A análise da curva de Bolívia e Paraguai demonstra também que a diminuição das exportações (considerando o período após 2010) apresenta-se mais tardia, ou seja, a partir de 2014.

Quando se compara as curvas do fluxo de exportação de Bolívia e Paraguai com Peru, Chile e Colômbia, enquanto o início da diminuição das exportações brasileira para Bolívia e Paraguai (após 2010) começou entre 2014/2015, para o Peru e Colômbia essa queda se inicia em torno de 2012, e para o Chile em torno de 2014.

O que se pretendeu mostrar com a desagregação dos dados foi que embora as exportações tenham aumentado para os países da América do Sul que tenham recebido doações de antirretrovirais do Brasil¹¹⁰, Bolívia e Paraguai, países que receberam a maior quantidade desses medicamentos e que participaram da iniciativa Laços Sul-Sul em 2004, apresentaram curva do fluxo de exportação mais ascendente quando comparado aos outros países referidos. Observa-se, ademais, que Bolívia e Paraguai só começaram a apresentar queda das exportações brasileiras mais tardiamente, quando comparado aos outros países.

No que se refere às exportações para países da América Central, pode-se analisar o gráfico a seguir:

Gráfico 27: Fluxos de exportações brasileiras para países da América Central em milhões de dólares (FOB) de 2003-2016.



Elaborado pela autora. Fonte: Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços. Balança comercial brasileira: blocos e países (2016). FOB: *Free On Board*.

¹¹⁰ A curva de exportação brasileira para Uruguai e Suriname, países que não receberam doação de antirretrovirais, demonstra que a diminuição das exportações para o primeiro ocorreu (após 2010) a partir de 2014, e para o Suriname (após 2010) a partir de 2011.

No que se refere às exportações para países africanos, observa-se o fluxo de exportações para países que receberam doações de antirretrovirais no gráfico a seguir:

Fluxo de exportações brasileiras em dólar (FOB) de 2003 a 2016

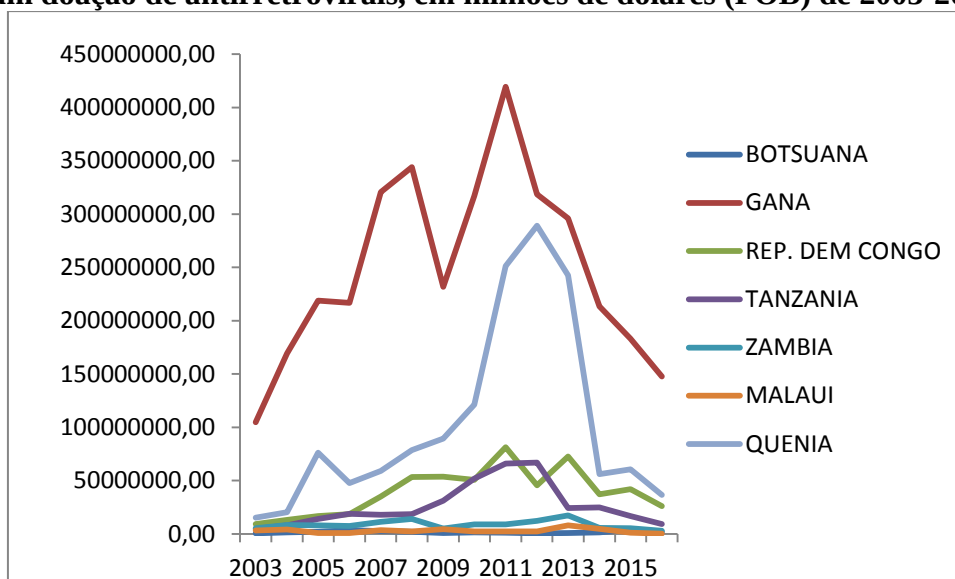
Ano	BURKINA FASO	MOÇAMBIQUE	GUINÉ-BISSAU	CABO VERDE	SÃO TOMÉ	BENIN	LIBIA	TIMOR LESTE
2003	100000000,0	100000000,0	100000000,0	100000000,0	100000000,0	100000000,0	500000000,0	100000000,0
2004	150000000,0	200000000,0	100000000,0	100000000,0	100000000,0	200000000,0	1200000000,0	100000000,0
2005	200000000,0	300000000,0	100000000,0	100000000,0	100000000,0	300000000,0	2100000000,0	100000000,0
2006	200000000,0	400000000,0	100000000,0	100000000,0	100000000,0	400000000,0	2000000000,0	100000000,0
2007	250000000,0	400000000,0	100000000,0	100000000,0	100000000,0	400000000,0	2400000000,0	100000000,0
2008	300000000,0	400000000,0	100000000,0	100000000,0	100000000,0	1300000000,0	3700000000,0	100000000,0
2009	300000000,0	1100000000,0	100000000,0	100000000,0	100000000,0	1400000000,0	2100000000,0	100000000,0
2010	300000000,0	400000000,0	100000000,0	100000000,0	100000000,0	1000000000,0	4500000000,0	100000000,0
2011	400000000,0	100000000,0	100000000,0	100000000,0	100000000,0	1500000000,0	1000000000,0	100000000,0
2012	4200000000,0	1200000000,0	100000000,0	100000000,0	100000000,0	1600000000,0	4200000000,0	100000000,0
2013	4500000000,0	1200000000,0	100000000,0	100000000,0	100000000,0	1600000000,0	5000000000,0	100000000,0
2014	3800000000,0	600000000,0	100000000,0	100000000,0	100000000,0	1200000000,0	3800000000,0	100000000,0
2015	1500000000,0	700000000,0	100000000,0	100000000,0	100000000,0	1000000000,0	1500000000,0	100000000,0
2016	800000000,0	400000000,0	100000000,0	100000000,0	100000000,0	400000000,0	800000000,0	100000000,0

Elaborado pela autora. Fonte: Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços. Balança comercial brasileira: blocos e países (2016). FOB: *Free On Board*.

A análise descritiva do gráfico 28 demonstra que houve aumento das exportações brasileiras para todos os países africanos que receberam doação de antirretrovirais, até o ano de 2008, diminuição até o ano de 2010, novo aumento até o ano de 2012/2013¹¹¹ e padrão descendente mantido a partir desse período. Angola foi um dos países africanos que recebeu doação de antirretrovirais, porém como o fluxo de exportação brasileira para o país é muito superior em relação aos demais países, a curva de exportação não foi colocada no gráfico para permitir melhor análise dos outros países. Em relação às exportações para Angola, houve o mesmo padrão de exportação ao longo dos anos, e já referido na análise dos demais países africanos. O Timor Leste, país que pertence à região asiática, foi analisado com os países africanos por pertencer à Comunidade de Países de Língua Portuguesa, a CPLP, e ser o único representante daquela região (MDIC, 2016).

O gráfico a seguir demonstra o fluxo de exportações para países africanos que participaram da cooperação, mas não receberam doação de antirretrovirais, desenvolvendo projetos técnicos na área de combate ao HIV/AIDS.

Gráfico 29 - Fluxos de exportações brasileiras para países Africanos que não receberam doação de antirretrovirais, em milhões de dólares (FOB) de 2003-2016



Elaborado pela autora. Fonte: Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços. Balança comercial brasileira: blocos e países (2016). FOB: *Free On Board*.

¹¹¹ Para fins de demonstração de forma mais homogênea foram colocados todos os países no mesmo gráfico. No entanto, enquanto se analisava o padrão do fluxo de exportações, a curva de exportação foi analisada individualmente país a país. Nesse sentido, apesar de não aparentar visualmente que houve aumento dos fluxos de exportações para todos os países, na análise individual esse padrão é verificado.

Quando se compara o gráfico dos países africanos que receberam doação de antirretrovirais, gráfico 28, com o gráfico dos países africanos que não receberam antirretrovirais, gráfico 29, observa-se, como demonstrado nos gráficos das outras regiões analisadas, que apesar de ter existido aumento do fluxo de exportações para os países, a diminuição desses fluxos após 2010 ocorre de forma mais tardia nos países que receberam doação, quando comparado aos países que não receberam.

A significância estatística da variável exportação pode expressar a importância da cooperação humanitária na área de HIV/AIDS por meio da doação de antirretrovirais, como meio ou fator que contribuiu para o aumento das relações comerciais entre o Brasil e os países estudados, possibilitando investimentos brasileiros nos países com os quais cooperou. Nesse sentido, a cooperação seria um facilitador para que as relações comerciais possam ser potencializadas, sem que exista a necessidade de vinculações da cooperação a interesses comerciais específicos, como sugere também Puente (2010, p. 257), ao discorrer sobre a cooperação técnica horizontal brasileira.

Em todos os gráficos sobre as exportações brasileiras para os países que receberam antirretrovirais, observa-se que o aumento dos níveis de exportações ocorreu de forma progressiva ao longo dos anos iniciais do governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, permanecendo com esse padrão até 2007/2008, quando se instala a crise financeira mundial. A partir desse período, o comportamento do fluxo de exportações brasileiras se mostra variável, com períodos de aumento, estabilidade e diminuição.

No que se refere à variável PIB/ per capita (dólar constante), observou-se que os países que receberam doação de ARV, em sua maioria, tinham nível de PIB/ per capita maior do que países da mesma região que não receberam doação de antirretrovirais. Nesse sentido, observou-se doação de antirretrovirais para Angola, Cabo Verde, Burkina Faso, Moçambique, São Tomé e Príncipe, Benin, Líbia e Guiné-Bissau. Dos países africanos que não receberam ARV estão Botsuana, Gana, República Democrática do Congo, Quênia, Tanzânia, Zâmbia, Nigéria e Malawi. Quando se compara o PIB/ per capita desses países com aqueles que receberam ARV, observa-se que a maioria deles tem nível de PIB/ per capita menor quando comparado aos países da região que receberam os medicamentos.

A análise dessa variável para países da região da América do Sul demonstrou que países que receberam doação de ARV, como é o caso do Chile, Colômbia, Paraguai e Peru, tinham PIB/per capita mais elevado quando comparado ao Suriname, que não recebeu ARV e tem PIB/per capita menor em relação aos países que receberam. No que se refere ao Uruguai, o país tem PIB/per capita comparativamente elevado em relação aos outros países da região

que receberam ARV, no entanto o país não recebeu doação de ARV. No que se refere à América Central, os três países que receberam ARV tinham PIB/per capita elevado (BANCO MUNDIAL, 2016a).

No contexto da cooperação humanitária observa-se que houve predominância de interesses econômicos e políticos canalizados por meio da doação de antirretrovirais. As variáveis taxa percentual de prevalência da doença entre pessoas de 15-49 anos, e o valor do PIB/ per capita dos países envolvidos na cooperação não se correlacionaram fortemente com motivações ética, moral e altruístas. Considera-se que o fato de países com menor taxa de prevalência em AIDS entre pessoas de 15-49 anos receberem mais doação de ARV, bem como países com níveis mais elevados de PIB/per capita (comparativamente), também receberem mais doação de ARV, são fatores que permitem a inferência de que interesses políticos e econômicos estiveram mais relacionados à decisão da alocação desse tipo de cooperação, particularmente, mas não necessariamente, com países pertencentes ao MERCOSUL e à CPLP.

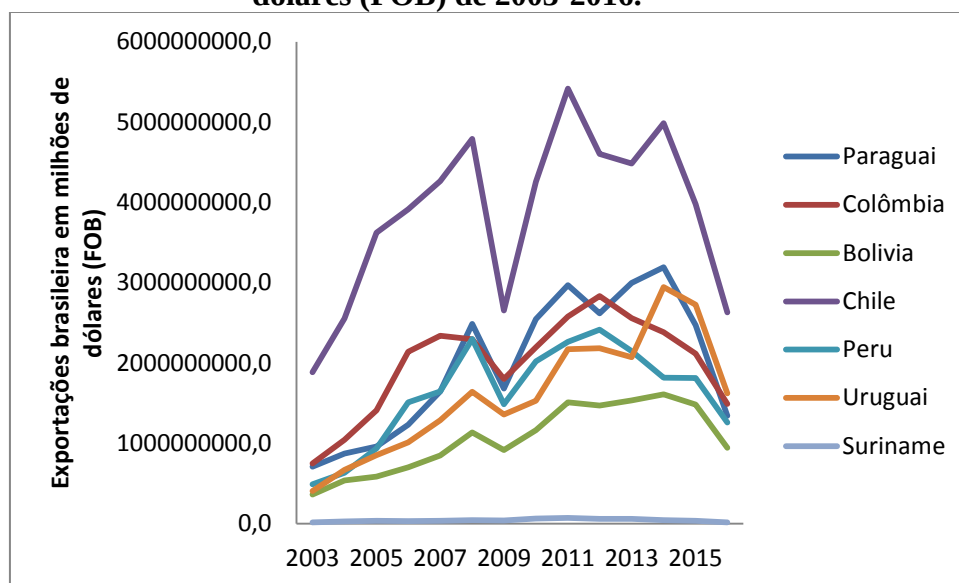
Na Modelo II, a variável dependente testada foi o gasto brasileiro (em dólar) com projetos na área de HIV/AIDS. As variáveis independentes com significância estatística foram: taxa percentual de prevalência em HIV/AIDS, exportações brasileiras, e as regiões América do Sul e África.

O percentual de prevalência em HIV/AIDS segue a mesma lógica da doação de antirretrovirais, ou seja, comparando países com elevada e baixa taxa percentual de prevalência em HIV/AIDS, observou-se que foram estabelecidos mais projetos com países com menor taxa percentual de prevalência da doença. Nesse sentido, apesar de se observar projetos técnicos com Botsuana, Zâmbia e Malaui, países com taxas de prevalência elevadas de HIV/AIDS, superior a 10% (BANCO MUNDIAL, 2016), quando se compara os dezoito países que desenvolveram cooperação técnica com o Brasil, houve mais projetos com países onde essa taxa se mostrou inferior a 10%.

Considerando o percentual menor ou igual a 2%, foram desenvolvidos projetos com Bolívia, El Salvador, Gana, República Democrática do Congo, Benin, Suriname, Nicarágua, Cazaquistão, Barbados e Uruguai. Se se considerar o percentual de prevalência entre 3% e 10%, foram estabelecidos projetos com Quênia, Nigéria, Tanzânia, Guiné-Bissau e Moçambique. Nesse contexto, embora tenha havido mais projetos (em número de projetos entre os países) com Botsuana, Zâmbia e Moçambique, houve mais projetos (considerando o número de países que cooperaram) com países onde a prevalência foi inferior a 10% (BANCO MUNDIAL, 2016).

A variável exportação também mostrou significância estatística sendo interpretada como, países que tiveram menor volume de exportação brasileira receberam mais cooperação técnica, por meio de projetos na área. Essa observação pode ser demonstrada por meio dos gráficos a seguir:

Gráfico 30: Fluxos de exportações brasileiras para países da América do Sul que participaram da cooperação técnica e humanitária na área de HIV/AIDS, em milhões de dólares (FOB) de 2003-2016.



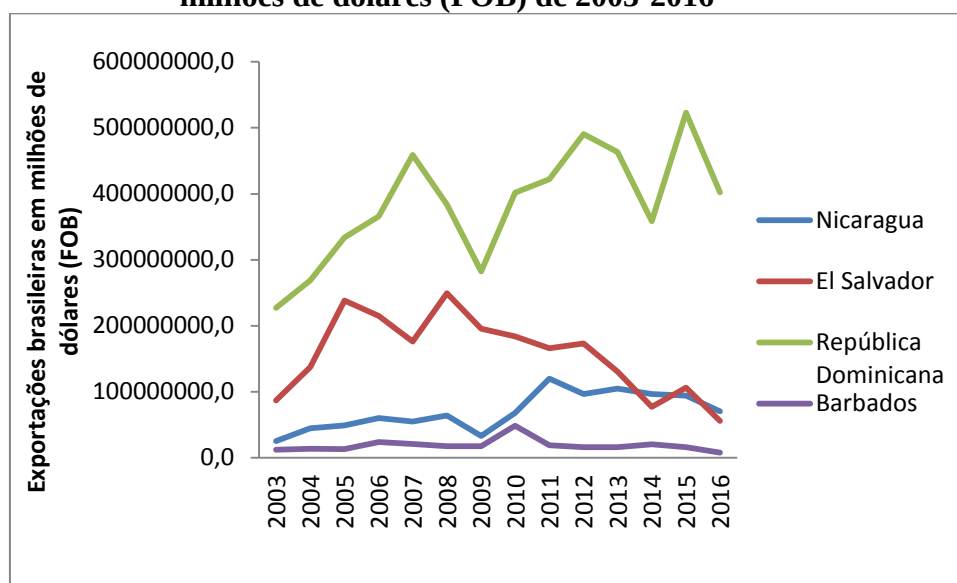
Elaborado pela autora. Fonte: Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços. Balança comercial brasileira: blocos e países (2016). FOB: *Free On Board*.

A análise descritiva do gráfico 30 demonstra que apesar de se observar aumento das exportações em todos¹¹² os países até o ano de 2008/2009, aumento variável dos fluxos até 2012, e diminuição variável a partir de 2012/2013 (MDIC, 2016), os países que desenvolveram projetos técnicos na área de combate ao HIV/AIDS foram aqueles para os quais, comparativamente, o Brasil exportou menos, como Suriname, que teve cinco projetos, Bolívia, com dois projetos e Uruguai, também com dois projetos. Os demais países envolvidos na cooperação brasileira na área, não desenvolveram projetos técnicos, recebendo, os mesmos, doação e ARV.

Quando se analisa os países da América Central que desenvolveram cooperação técnica com o Brasil por meio de projetos, observa-se o comportamento das exportações no gráfico a seguir:

¹¹² Embora a representação dos fluxos de exportações brasileiras para o Suriname não demonstre que houve aumento, quando colocado isoladamente no gráfico para análise, observou-se que as exportações brasileiras para o país aumentaram também até 2008/2009, e vêm diminuindo de forma variável a partir de 2012, padrão também visto nos demais países da América do Sul.

Gráfico 31: Fluxos de exportações brasileiras para países da América Central que participaram da cooperação técnica e humanitária na área de HIV/AIDS em milhões de dólares (FOB) de 2003-2016

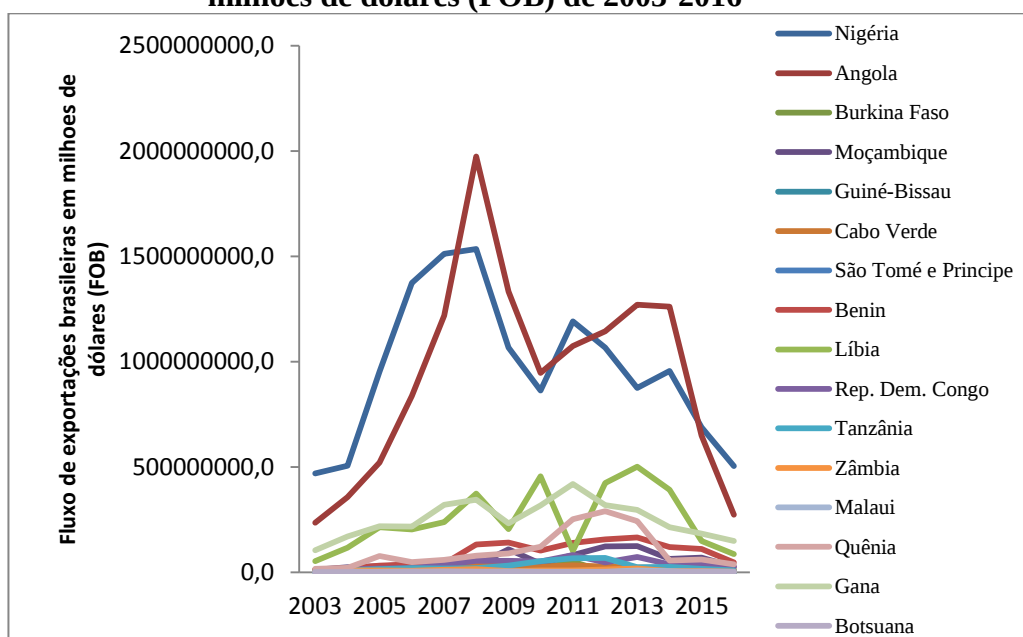


Elaborado pela autora. Fonte: Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços. Balança comercial brasileira: blocos e países (2016). FOB: *Free On Board*.

A análise descritiva do gráfico 31 demonstra que embora tenha havido aumento das exportações para os países da América Central participantes da cooperação técnica e humanitária, foram desenvolvidos projetos com países que, comparativamente entre si, tiveram menor fluxos de exportações brasileiras, como é o caso de Barbados, El Salvador e Nicarágua. A República Dominicana não estabeleceu projeto(s) na área de combate ao HIV/AIDS, tendo recebido doação de antirretrovirais.

No que se refere aos países do Continente Africano, observa-se o comportamento dos fluxos de exportações brasileiras para os países que participaram da cooperação técnica e humanitária no gráfico a seguir:

Gráfico 32: Fluxos de exportações brasileiras para países do Continente Africano que participaram da cooperação técnica e humanitária na área de HIV/AIDS em milhões de dólares (FOB) de 2003-2016



Elaborado pela autora. Fonte: Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços. Balança comercial brasileira: blocos e países (2016). FOB: *Free On Board*.

A análise descritiva do gráfico 32 demonstra que os países para os quais o Brasil exportou menos, em sua maioria, foram os que desenvolveram projetos de cooperação técnica com o país. Nesse sentido, Botsuana, Moçambique, Gana, Guiné-Bissau, República Democrática do Congo, Tanzânia, Zâmbia, Benin, Malaui, e Quênia. Exceção se observa com Nigéria e Angola que desenvolveram projetos técnicos na área com o Brasil, e foram países que receberam fluxos expressivos de exportação. No que se refere à região asiática, o país que desenvolveu projeto técnico na área com o Brasil foi Cazaquistão, que também não tem fluxos elevados de exportação brasileira, e se colocado no gráfico dos países africanos, apresenta o mesmo padrão de países como Tanzânia ou Zâmbia.

A última variável independente no Modelo II com significância estatística foi região geográfica. Nesse sentido, pertencer à região Africana ou à América do Sul influenciou na maior execução de projetos com países dessas regiões. Os países da América do Sul que cooperaram com o Brasil por meio de projetos técnicos foram Bolívia, Paraguai, Suriname e Uruguai. Desses países, Paraguai e Uruguai são membros efetivos do MERCOSUL, e a Bolívia participa como membro associado. Merece a ressalva que Uruguai e Suriname são países situados no Sul e Norte, respectivamente, do Continente Sul Americano, ambos fazem fronteira com o Brasil e com o Oceano Atlântico e, portanto, são países de interesse no contexto da segurança regional.

No tocante à região africana, projetos técnicos foram desenvolvidos com Angola e Moçambique, Botsuana, Gana, República Democrática do Congo, Tanzânia, Zâmbia, Benin, Nigéria, Malaui e Quênia. A África, assim como a América do Sul, fazem parte das áreas de interesse da política externa brasileira, e no que se refere à cooperação técnica, a região Africana foi a que desenvolveu maior número de projetos na área com o Brasil, quando comparado à região Sul Americana. Comparativamente, apesar da América Central ter desenvolvido projetos técnicos na área com o Brasil, estes foram em número menor quando comparado ao número de projetos com países da América do Sul. A região asiática, que teve um projeto com o Cazaquistão, tem importância não pelo número de projetos, mas sim, pelo alargamento de ações de cooperação na área, não se restringindo as ações apenas aos países da região dos Continentes Americano ou Africano.

No contexto da cooperação técnica, interesses políticos estiveram relacionados à região a que o país pertencia, e à taxa de prevalência em HIV/AIDS. Pode-se inferir que a cooperação técnica funcionou como um instrumento da política externa brasileira no adensamento das relações políticas do país com países de todas as regiões geográficas, destacando-se, particularmente, as relações com países do entorno geográfico, e da região africana. A significância estatística da variável exportação permite a inferência que, durante o período estudado (2003-2016), os fluxos da exportação brasileira para os países com os quais cooperou não foram orientados pelos interesses econômico-comerciais. O caráter estruturante presente nos projetos técnicos desenvolvidos permite inferir que interesses ético-morais e altruístas foram motivações para o estabelecimento dessa modalidade de cooperação entre o Brasil e os países referidos.

4.12 Cooperação Científico-Tecnológica

A cooperação científico-tecnológica internacional se pauta no “interesse de promover o avanço do conhecimento e convergência de esforços na área de inovação, o que ajudará no enfrentamento dos desafios para o desenvolvimento internacional” (IPEA; ABC/MRE, 2016, p.101).

No contexto brasileiro, o Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CCT) assessora o presidente da República na formulação e implementação da política de desenvolvimento científico e tecnológico. O Conselho Nacional também é formado pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais para Assuntos de Ciência, Tecnologia e Inovação (Consecti), o Fórum

Nacional de Dirigentes Municipais de Ciência e Tecnologia, e o Conselho Nacional de Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa (Confap) (IPEA; ABC/MRE, 2016, p. 102).

O Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações e Comunicações (MCTI) é o órgão que executa diretamente a pesquisa no país, somando-se a ele um amplo conjunto de unidades de pesquisa e organizações sociais. A essas entidades agrupam-se ainda a Agência Espacial brasileira (AEB), responsável pela política espacial brasileira, a Comissão Nacional de Energia Nuclear (Cnen), responsável pela política nuclear do país, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), órgão que fomenta a pesquisa científica e tecnológica, além de incentivar a formação de pesquisadores brasileiros, e a Finep, empresa pública vinculada ao MCTI e que atua em toda a cadeia da inovação (IPEA; ABC/MRE, 2016, p. 100).

Instituições como a FIOCRUZ, na área de saúde, e EMBRAPA, na área de pesquisa agropecuária, a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), o Instituto Tecnológico da Aeronáutica (ITA), dentre outros, também integram o Sistema Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação (IPEA;ABC/MRE, 2016, p. 101).

A pesquisa em ciência, tecnologia e inovação na área do HIV/AIDS é referida na presente pesquisa, no contexto dos Fóruns e Organismos Internacionais que o Brasil participa, destacando-se o IBAS e o BRICS. O ponto de partida para essa análise específica foi verificar se havia Acordos entre os países que compõem esses Organismos na área da saúde, e no contexto destes, verificar se havia subáreas de pesquisa na área de saúde que incluíssem a temática do HIV/AIDS no campo científico-tecnológico.

Considerando as relações bilaterais do Brasil com a África do Sul e a Índia antes da constituição do Fórum IBAS em 2003, o país estabeleceu Acordos de Cooperação na área de saúde, Ciência e Tecnologia e Cooperação Técnica. No levantamento documental, o país assinou com a Índia um Acordo de Cooperação na área de Ciência e Tecnologia em 1985; assinou um Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação nos Campos de Ciência e Tecnologia em 1988, que contempla as áreas de biotecnologia e Nanotecnologia, e assinou o Memorando de Entendimento na área de Biotecnologia em 2012, já no contexto do Fórum IBAS, que também tem como um dos campos de pesquisa a biotecnologia (MRE, 2012; 2016f; 2016g).

No que tange às relações bilaterais com a África do Sul, o Brasil assinou dois Acordos de Cooperação com o país, um na área de Cooperação Técnica em 2000, que inclui a saúde como tema de cooperação, e outro Acordo na área de Cooperação Científico-Tecnológica, em 2003, que também inclui a área de biotecnologia (MRE, 2016h; 2016i).

Observa-se nesse sentido, que já havia a aproximação entre os três países no campo da Cooperação Internacional antes da formação do Fórum, merecendo destaque as áreas técnica e científico-tecnológica, e particularmente, as subáreas biotecnologia e Nanotecnologia.

No âmbito no Fórum IBAS, observou-se a existência de projetos de Cooperação Científico-Tecnológica no campo da cooperação setorial, um dos tripés que forma o agrupamento dos países. A cooperação setorial é estabelecida em áreas de interesse dos países do Fórum, e estas áreas estão estruturadas em grupos de trabalho (GTs). Existem no IBAS dezesseis grupos de trabalho: 1) Administração Pública; 2) Administração Tributária - Receitas; 3) Agricultura; 4) Assentamentos Humanos; 5) Ciência e Tecnologia (e Pesquisa Antártica); 6) Comércio e Investimentos; 7) Cultura; 8) Defesa; 9) Desenvolvimento Social; 10) Educação (incluindo Academias Diplomáticas e Cooperação Esportiva); 11) Energia; 12) Meio Ambiente e Mudança Climática; 13) Saúde; 14) Sociedade da Informação; 15) Transporte; e 16) Turismo (MOURA, 2008, p. 19).

A temática da saúde no Plano de Ação do IBAS, alavancado em 2004, ressaltou a necessidade de ação nos campos de Direito de Propriedade Intelectual e seu impacto no acesso a medicamentos pela população; medicina tradicional; integração entre laboratórios e regulação sanitária; pesquisa epidemiológica; vacinas e pesquisa e desenvolvimento de produtos. O projeto *E-Health*, também discutido no Plano de Ação, propunha o aumento de redes de telemedicina, no sentido de permitir que pacientes que morassem em áreas distantes, e sem condições de atendimento e orientação de um especialista, pudessem receber aconselhamento médico sobre a sua patologia (IBSA, 2004).

Na ocasião da II Cúpula do Fórum, em 2007, foi assinado um Memorando de Entendimento em Cooperação na área de Saúde e Medicina. A temática da epidemia de HIV/AIDS aparece como um dos temas prioritários, concordando os países em cooperar por meio de estratégias conjuntas, e respeitando as especificidades de cada sociedade. Concordaram ainda os países em cooperar na produção de drogas antirretrovirais e outros medicamentos para tratamento de infecções oportunistas¹¹³, assegurando, nesse sentido, acesso universal e preços acessíveis de medicamentos de emergência e suporte de vida. Propõe-se também no Memorando, a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e antimicrobianos; a produção de matérias-primas para a fabricação de testes rápidos, testes de

¹¹³ Infecções oportunistas são aquelas que ocorrem quando o sistema imunológico está fragilizado em virtude do comprometimento das células de defesas do indivíduo. No caso da infecção pelo vírus da AIDS, ocorre destruição dos linfócitos T CD4+, uma das células de defesa do organismo.

carga viral de CD4 e genotipificação¹¹⁴, e transferência e compartilhamento de tecnologia em ciências laboratoriais para garantia de qualidade, pesquisa sobre resistência de drogas, e confecção de kits de diagnóstico de baixo custo e recursos correlatos (MRE, 2014a).

No presente Memorando, outras áreas de cooperação também foram contempladas, como o combate à Tuberculose e à Malária, o fornecimento de medicamentos, ações na área de medicina tradicional, a vigilância de doenças, e a pesquisa e o desenvolvimento em Medicina e Direito de Propriedade Intelectual (MRE, 2014a).

No que concerne à cooperação setorial, destacando o grupo de trabalho da saúde, o primeiro encontro do grupo ocorreu ainda às margens da 58ª Assembleia Geral (AG) da OMS em 2005. Para esse contexto, um relatório destacando pontos focais relacionados ao Direito de Propriedade Intelectual, Inovação e Saúde Pública foi preparado pelo GT, com o objetivo de ser apresentado à Comissão de Direito de Propriedade Intelectual, Inovação e Saúde Pública na ocasião da AG (ESTEVEZ et al, 2011, p. 7).

No âmbito dessa cooperação, observa-se pela fonte documental, que ações e estratégias na área de saúde foram desenvolvidas no contexto da cooperação na área de Ciência e Tecnologia como demonstrado por meio, inicialmente, da Portaria MCT nº 481 de 15-07-2005. A referida Portaria aprovou o Documento Básico Brasileiro para o Programa de Apoio à Cooperação Científica e Tecnológica Trilateral entre Índia, Brasil e África do Sul (PROGRAMA IBAS). Dentre as áreas para pesquisa no campo da saúde, ressalta-se a área de biotecnologia com destaque para pesquisa no campo do HIV/AIDS (CNPQ, 2009).

No mesmo ano de 2005, em reunião do GT de Ciência e Tecnologia do IBAS, ficou decidido como áreas prioritárias de cooperação sobre o tema da saúde, o desenvolvimento da vacina anti-HIV; o desenvolvimento de um projeto comum de pesquisa para a vacina, e desenvolvimento de uma visão compartilhada sobre o tema entre os três países (ESTEVEZ et al, 2011).

A referência sobre a organização de um workshop na área de vacina-anti-HIV entre os países do IBAS é citado do *Annual Progress Report IAVI*, em 2005. A IAVI é uma Organização Internacional sem fins lucrativos que desenvolve pesquisa para a descoberta da vacina contra a AIDS.¹¹⁵ No ano seguinte, em 2006, o Brasil sediou o “Seminário Internacional de Pesquisa em vacina anti-HIV: questões éticas e regulatórias”, onde no

¹¹⁴ Genotipificação é o ato de analisar e caracterizar o genótipo em um ou mais *locus*, por meio de técnicas diversas. Genótipo são as características genéticas presentes no DNA cromossômico. Disponível em <http://www.biorom.uma.es/contenido/Glosario/G.html>. Acesso em 28/12/2015

¹¹⁵ A IAVI foi fundada em 1996 e trabalha com a parceria de vinte cinco países na área de pesquisa e desenvolvimento de vacina anti-HIV. Disponível em < <http://www.iavi.org/what-we-do/partner/donors>>. Acesso em 29/12/2015

relatório final há também a menção da participação do Fórum IBAS na iniciativa internacional de pesquisa de vacina anteriormente mencionada, por meio do compartilhamento de informação, tecnologia e pesquisa na área (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O projeto MCT/CNPq #45/2009, que destaca a área de HIV/AIDS como uma das áreas prioritárias para pesquisa, constitui-se também como iniciativa de cooperação na área de Ciência e Tecnologia em saúde no contexto do Fórum IBAS. Destaca-se como subárea do projeto, a Nanotecnologia¹¹⁶, que tem como uma das linhas de pesquisa a liberação controladas de nanofármacos antirretrovirais (CNPq, 2009).

Por fim, destacam-se as discussões presentes nos Fóruns Acadêmicos do IBAS. A questão da epidemia de HIV/AIDS não aparece de forma explícita nas discussões dos Fóruns ocorridos em 2006 e 2008, mas no Fórum Acadêmico realizado no Brasil em 2010, a temática da epidemia é assunto da sessão “*Health Innovation, IPR and Access to Essential Drugs*”. No relatório final ressaltou-se que um dos objetivos da palestra seria facilitar o compartilhamento de conhecimento dos três países por meio de estratégias que pudessem promover acesso universal e preços acessíveis às drogas essenciais, principalmente àquelas para o tratamento do HIV/AIDS. Destacou-se também a intenção de promover inovação em desenvolvimento e pesquisa, e produção de capacitação neste setor (PNUD, 2015).

A pesquisa por Cooperação Científico-Tecnológica no âmbito do BRICS também seguiu o mesmo caminho inicial da pesquisa no IBAS. Fez-se o levantamento de Acordos entre o Brasil e os demais países antes de se constituírem como Fórum, e também posteriormente, já agrupados como BRICS, e que fizessem referência à cooperação nessa área. Nesse sentido, Brasil e China assinaram, em 1984, o Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Científica e Tecnológica para intensificar a cooperação nas áreas de: agricultura, pecuária e piscicultura; silvicultura; saúde; energia elétrica; microeletrônica e informática; espaço; e normalização. Na área de saúde, os seguintes campos teriam prioridade de cooperação: Plantas medicinais; Acupuntura aplicada à dor; Esquistossomose; Malária; Câncer; Pesquisas em doenças tropicais; Tecnologia de estomatologia¹¹⁷; Técnicas de cirurgia cardiovascular; Ginecologia e obstetrícia; Produção de soro antiofídico (MRE, 2016j).

¹¹⁶ Nanotecnologia tem como uma das definições mais difundidas é a “compreensão e controle da matéria na escala nanométrica, em dimensões entre cerca de 1 e 100 nanômetros (nm), onde fenômenos únicos permitem novas aplicações.”. Disponível em <https://www3.eco.unicamp.br/neit/images/stories/Setoriais_fase_II/relatorio-Nanotecnologia.pdf>. Acesso em 10/01/2016

¹¹⁷ Estomatologia: ramo da medicina que trata da área da boca e dentes

O aprofundamento das Relações Diplomáticas entre os dois países culminou com a criação da Comissão Sino-Brasileira de Alto Nível de Concertação e Cooperação, em 2004, no sentido de aprofundar a cooperação em diversas áreas de interesses entre os dois países. A Comissão conhecida como COSBAN, teve sua primeira reunião no ano de 2006, em Pequim, a segunda em Brasília, em 2012, a terceira na cidade de Cantão, na China, em 2013, e a quarta em Brasília, em 2014 (MRE, 2014b).

No ano de 2009, por meio de Comunicado Conjunto, Brasil e China afirmaram a intenção de estabelecer um Plano de Ação Conjunta para o período 2010-2014, com o intuito de fortalecer a parceria estratégica entre os dois países em diversas áreas. Na área de ciência, tecnologia e inovação, os dois países estabeleceram como áreas prioritárias, bioenergia e biocombustíveis, Nanotecnologia e ciências agrárias. Na área de Nanotecnologia, os campos de interesses são nanometrologia, encapsulação de drogas (estruturas e processos) e nanomateriais¹¹⁸ (MRE, 2016d).

O aprofundamento das relações entre Brasil e China em várias áreas de cooperação, refletidas inicialmente por ocasião do Plano de Ação Conjunta para o período 2010-2014, estende-se ainda mais com a assinatura do Plano Decenal de Cooperação entre a República Federativa do Brasil e a República Popular da China em 2012. As áreas prioritárias de cooperação estabelecidas foram Ciência, Tecnologia, Inovação e Cooperação Espacial; Minas, Energia, Infraestrutura e Transportes; Investimentos e Cooperação Industrial e Financeira; Cooperação Econômica e Comercial; Cooperação Cultural, Educacional e Intercambio entre os povos (MRE, 2016e).

O campo da saúde é contemplado na área de cooperação em ciência, tecnologia e inovação, onde as áreas prioritárias estabelecidas foram Tecnologias de energia renovável e de energia limpa, com ênfase em pesquisa e desenvolvimento (P&D) em bioenergia; Nanotecnologia; Biotecnologia aplicada a: a) agricultura; e b) biomedicina e ciências da vida; Ciência e Tecnologia agrária e florestal; Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC); Popularização da Ciência, educação e difusão da Ciência; Indústrias Criativas (MRE, 2016e).

¹¹⁸*Nanotecnologia refere-se à aplicação de conhecimento científico para manipular e controlar a matéria na escala atômica, molecular ou macromolecular e que, em ao menos uma dimensão, esteja na faixa entre 1 e 100 nm e resulte em estruturas, dispositivos ou sistemas que possuam novas propriedades e funções devido ao seu tamanho. ** Nanomateriais são o principal produto da Nanotecnologia; ***Nanometrologia: aborda medições de espécies ou eventos em escala nanométrica, tais como dimensões nessa escala ou interações entre moléculas ou biomoléculas. Fonte:DAMASCENO et al, 2013. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/Jailton_Damasceno/publication/276045792_Nanometrologia_-_challenges_for_health_regulation/links/5767f7f408ae1658e2f8b458.pdf?origin=publication_list. Acesso em 15/01/2016

A cooperação na área seria implementada por meio de mecanismos tais como diálogos de Alto Nível em Ciência, Tecnologia e Inovação; a criação de laboratórios conjuntos e Centros de pesquisa conjunta, incluindo o Centro de Nanotecnologia Brasil-China e o Centro Brasil-China de Biotecnologia. A cooperação também seria estabelecida entre Laboratórios conjuntos da EMBRAPA, como o CAAS, CAS e CATAS (LABEX)¹¹⁹; por meio da cooperação na área de Mudanças climáticas e Inovação em Tecnologia da Energia; através da promoção do Programa de Intercâmbio de Jovens Cientistas e de cursos técnicos de treinamento, bem como a promoção de Fóruns e Seminários (MRE, 2016e).

Como dado concreto, o Centro Brasil-China de Pesquisa e Inovação em Nanotecnologia foi inaugurado em 2012, e terá sua sede em Campinas São Paulo. O I Seminário Brasil-China ocorreu em 2014, no Laboratório Nacional de Nanotecnologia do Centro Nacional de Pesquisa em Energia e Materiais (LNNano/CNPEM), em Campinas (SP). (MCTI, 2016).

No que tange à relação Brasil-Rússia antes da formação do BRICS, observa-se a intenção dos países em cooperar na área de HIV/AIDS presente na descrição do Programa de Cooperação em Ciência e Tecnologia assinado, em 2004, pelos dois países (MRE, 2014d).

O aprofundamento das relações entre os países culminou com a assinatura do Memorando de Entendimento na área de Ciência, Tecnologia e Inovação, em 2014 (e nesse contexto Brasil e Rússia já faziam parte do BRICS), no sentido de aprofundar cooperação na área. No que se refere à saúde, foram estabelecidas áreas prioritárias de cooperação no campo da Nanotecnologia, medicina e biotecnologia, e biotecnologia e ciências da vida (MRE, 2016b).

No âmbito do Fórum não se observa ações que demonstrem ações de cooperação entre os cinco países, como agrupamento, na área de saúde. A discussão para a criação de uma Rede de Cooperação Tecnológica entre os países BRICS vem sendo debatida, desde 2011 (FONSECA, 2011), mas ainda não foi implementada efetivamente. No entanto, negociações e aprofundamento sobre o tema têm sido discutidos nas Reuniões dos Ministros de Ciência e Tecnologia iniciadas em 2014, concretizadas por meio do Memorando de Entendimento sobre a Cooperação em Ciência, Tecnologia e Inovação dos países BRICS, publicado em 2015. O Memorando prevê como áreas de cooperação, dentre outras, medicina, biotecnologia e Nanotecnologia (MRE, 2016b).

¹¹⁹ CAAS: Chinese Academy of Agriculture Science (CAAS); CAS: *Chinese Academy of Science*; CATAS: *Chinese Academy of Tropical Agriculture Science*; LABEX: Labex China é o quarto laboratório virtual da Embrapa inaugurado em 2012 na CAAS.

Os ministros da saúde dos BRICS têm se reunido às margens da Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde, emitindo anualmente Comunicados Conjuntos, desde 2012. A temática da epidemia de HIV/AIDS tem sido reiteradamente destacada como área que necessita de cooperação e aprofundamento da mesma. Nesse contexto, o último Comunicado Conjunto dos Ministros da Saúde na 69ª AG da OMS faz referência à preocupação com a doença, e a necessidade de medidas que possam combatê-la, enfatizando a importância da transferência de tecnologia como um meio de empoderar os países em desenvolvimento (MRE, 2016a).

Os países BRICS se reúnem também em Fóruns acadêmicos, sendo o primeiro fórum realizado em 2010. O VI Fórum acadêmico do BRICS foi realizado no Brasil, em 2014, e a área da saúde esteve inserida nas discussões dos mesmos. No IV Fórum acadêmico realizado em Durban, na África do Sul em 2012, discutiu-se sobre a necessidade em se aumentar o acesso universal a sistemas de saúde (BRICS, 2012).

As recomendações emitidas ao final do Fórum, no que se refere à saúde, incluem o intercâmbio de pesquisadores e cientistas na área de Ciência e Tecnologia entre os países, bem como a necessidade de compartilhamento de políticas, práticas, padrões e experiências na área de sistemas de saúde (BRICS, 2012).

A cooperação em ciência, tecnologia e inovação na área da saúde no âmbito dos Fóruns, apresenta-se como uma área promissora de pesquisa, particularmente no que se refere ao desenvolvimento de técnicas e materiais, bem como vacinas que teriam, e têm grande influência na questão da epidemia de HIV/AIDS.

A pesquisa por uma vacina eficaz contra o vírus HIV constitui-se também como um ponto de inflexão de pesquisa na área de ciência, tecnologia e inovação em saúde, particularmente como uma estratégia com poder de interromper o ciclo de propagação do vírus HIV no mundo. Relativo a esse tema, em 2004 foi lançada a iniciativa para a criação da Rede Internacional de Cooperação Tecnológica em HIV/AIDS que é formada por Brasil, Argentina, China, Cuba, Nigéria, Rússia, Tailândia e Ucrânia, sendo a Índia, país observador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014l).

A iniciativa foi lançada por meio de uma proposta brasileira na Assembleia da Organização Mundial da Saúde, em 2004, e tem por objetivo reunir países com capacidade de produção de medicamentos a fim de compartilhar tecnologias já existentes e desenvolver novas tecnologias de prevenção do HIV/AIDS. O acordo para criação da Rede foi assinado na Conferência Internacional de AIDS, realizada em julho de 2004, em Bangkok, na Tailândia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014l).

Como um dos resultados da iniciativa, em 2011, os países da Rede Internacional de Cooperação tecnológica em HIV/AIDS iniciaram um esforço conjunto para o desenvolvimento de uma nova fórmula para o medicamento Ritonavir, utilizado para o tratamento da AIDS, que na sua fórmula original precisa ficar armazenado sob refrigeração. A nova fórmula do Ritonavir, chamada de Ritonavir termoestável, e que não precisa ser armazenado nestas condições, foi desenvolvida com matéria prima da China em laboratórios brasileiros. O novo medicamento foi desenvolvido na Fiocruz, e a análise do material ficou a cargo do Laboratório Federal de Pernambuco (FIOCRUZ, 2015e).

Pesquisa nas áreas de biotecnologia e a Nanotecnologia têm o potencial de produzir grande impacto em ações em todas as fases de ações para conter e eliminar o vírus. Exemplos de ações nessas áreas é a criação de medicamentos termoestáveis utilizados no tratamento da AIDS, como o referido anteriormente, e que não precisariam ser mantidos sob refrigeração a baixas temperaturas. Manter medicamentos refrigerados pode se tornar um grande problema em países de baixo desenvolvimento socioeconômico, realidade de muitos países africanos onde parte da população contaminada/doente com o vírus vive na zona rural, sem acesso à rede elétrica.

Outro modelo de cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional é a cooperação educacional, que no primeiro relatório do Ipea junto com a ABC e o MRE (2010) foi designado como bolsas de estudos, e nos relatórios seguintes passou a se configurar como a cooperação antes referida.

4.13 Cooperação Educacional

A cooperação educacional brasileira contempla a formação de pessoal estrangeiros por meio de concessão de bolsas de estudo e oferta de vagas em instituições de ensino no país, seja no nível médio, superior, intercâmbio de professores, dentre outras ações na área (IPEA; ABC/MRE, 2016, p.67).

A cooperação educacional é liderada pelo Ministério da Educação (MEC), em especial pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), e da Secretaria de Educação Superior (SESU), pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), no âmbito do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pelo Ministério das Relações Exteriores (MRE), por meio da Divisão de Temas Educacionais (IPEA; ABC/MRE, 2016, p.68).

No contexto da presente Pesquisa, a cooperação educacional será analisada no âmbito das Redes Estruturantes da UNASUL e da CPLP, particularmente, a RESP (Rede de Escolas de Saúde Pública) (UNASUL-Saúde, 2016).

A RESP é uma das seis redes estruturantes que constituem o Conselho de Saúde Sul Americano da UNASUL, juntamente com cinco grupos técnicos. Os grupos técnicos são divididos em: i) Rede Sul Americana de vigilância e resposta em saúde, ii) desenvolvimento de sistemas de saúde universais, iii) acesso universal a medicamentos, iv) promoção da saúde e ação sobre os determinantes sociais da saúde e por fim, v) desenvolvimento e gestão de recursos humanos em saúde. As Redes Estruturantes são RETS (Rede de Escolas Técnicas em Saúde da UNASUL)¹²⁰; RINS (Rede de Institutos Nacionais de Saúde)¹²¹ RINC (Rede de Institutos e Instituições Nacionais do Câncer)¹²²; RESP (Redes de Escolas de Saúde Pública da UNASUL)¹²³; Rede de Gestão de Riscos de Desastres e por fim a REDESSUR-ORIS (Rede de Assessorias de Relações Internacionais e de Cooperação Internacional em Saúde) (UNASUL, 2016).

A cooperação educacional no campo da cooperação para o combate ao HIV/AIDS será analisada no contexto dos grupos técnicos e da Rede de Escolas de Saúde Pública. O eixo desenvolvimento e gestão de recursos humanos em saúde promove ações que incluem a criação de um programa de bolsas de Estudos em Instituições de referência na região, como por exemplo, a Fiocruz, no Brasil, e a ANLIS (*Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud*), na Argentina (OPAS/OMS, 2016).

A RESP tem em sua essência a ideia da formação de recursos humanos em saúde; promover a estruturação de cursos de pós-graduação em saúde; mapear a situação de saúde nos países da região Sul Americana, bem como das Instituições estruturantes de saúde¹²⁴. As

¹²⁰ A RETS foi criada em 1996 pela articulação política de Instituições e Organizações envolvidas como a formação de pessoal técnico na área de saúde do Caribe e Américas, Países de Língua Oficial Portuguesa e Portugal. A partir de 2005 a RETS foi reativada quando a Secretaria Executiva foi transferida para uma instância da FIOCRUZ, e que tem como meta atual expandir a rede para países de língua portuguesa. O aprofundamento das ações no âmbito das Escolas Técnicas em Saúde e dos Institutos Nacionais de Saúde culminou com a formação das Redes RETS (Rede de Escolas Técnicas em Saúde) e RINS (Rede de Institutos Nacionais em Saúde), que no ano de 2010 foram reconhecidas pelo Conselho de Saúde Sul Americano como Redes Estruturantes e cooperativas da Unasul Saúde.

¹²¹ A RINS criada em 2010 tem por objetivo contribuir para o desenvolvimento de políticas de saúde no âmbito científico e tecnológico para problemas sanitários.

¹²² RINC é fruto da articulação e cooperação de instituições públicas nacionais dos países da UNASUL e da América Latina, e que tem como finalidade elaborar e/ou executar políticas para o controle do câncer na região.

¹²³ RESP criada em 2011 é uma rede de escolas de governo em saúde e que tem por finalidade formar recursos humanos para os Sistemas de Saúde da região, atuando por meio da promoção de educação, intercâmbio e investigação técnica para aumentar e melhorar a força de trabalho na área.

¹²⁴ O Ministério da Saúde junto com a FIOCRUZ são as principais instituições brasileiras envolvidas em ações e no desenvolvimento de estratégias em saúde no contexto da cooperação brasileira na área. A FIOCRUZ foi eleita para a secretaria executiva da RESP no triênio 2012-2015.

ações da Rede permitem, nesse sentido, analisar a temática do HIV/AIDS no contexto do Organismo regional (UNASUL, 2016).

A Fiocruz, uma das instituições atuantes na área de cooperação brasileira internacional em saúde, oferece cursos de Mestrado e Doutorado em Saúde Pública para candidatos estrangeiros com nacionalidade de países membros da UNASUL. A instituição é responsável também pelo desenvolvimento e coordenação de Mestrados na Argentina e no Peru (FIOCRUZ, 2015f), o que contribui sobremaneira, para a formação de recursos humanos em saúde com potencial força de multiplicação de conhecimento. Anualmente a instituição abre seleção para os cursos de pós-graduação anteriormente citado, para alunos exclusivamente pertencentes a países da UNASUL e da CPLP (FIOCRUZ, 2015g).

Entre os anos de 2008 e 2012 a FIOCRUZ registrou vinte e nove alunos estrangeiros das regiões da América Latina, África e outras regiões¹²⁵ cursando o Mestrado em Saúde Pública, havendo vinte e seis egressos, assim como vinte e sete alunos cursando o Doutorado em Saúde Pública, com três egressos, dois afastados para a realização de Doutorado sanduíche (BUSS, 2014).

No levantamento de dados para a América Latina e Caribe, foram cruzados os dados entre as bolsas oferecidas pelo Governo brasileiro por meio do programa PEC-PG¹²⁶ (Programa de Estudantes-Convênio de Pós-graduação), e Dissertações e Teses que continham a temática da epidemia de HIV/AIDS, defendidas entre 2010 e 2014 (considerando como último ingresso o ano de 2010 para Doutorado e 2012 para Mestrado) (CNPq, 2016).

O PEC-PG é um programa de cooperação educacional do Governo brasileiro, e é administrado conjuntamente pelo Departamento Cultural (DC) do Ministério das Relações Exteriores (MRE), pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (CNPq, 2016).

No cruzamento dos dados, no ano de 2008 houve cinco ingressos de estudantes da América do Sul para a pós-graduação (Mestrado ou Doutorado) na Fiocruz, sendo um da Bolívia, um da Colômbia, dois do Paraguai e um do Peru, porém, nenhuma das Dissertações ou Teses defendidas por esses alunos fez referencia ao tema do HIV/AIDS (CNPq, 2008).

¹²⁵ Não há referência pelo autor quais as outras regiões que os alunos não oriundos da África e América Latina advém.

¹²⁶ O PEC-PG tem como objetivo contribuir para a “formação de recursos humanos por meio de concessão de bolsas de Mestrado e Doutorado para Instituições de ensino superior brasileiras”, bem como “aprimorar a qualificação de professores universitários, pesquisadores, profissionais e graduados no ensino superior, visando a contribuição para o desenvolvimento de seus países” (CNPq, 2015)

No ano de 2009 houve seis ingressos para a pós-graduação na FIOCRUZ, e no que concerne à América Latina, quatro estudantes pertenciam à região, sendo um da Colômbia, um da Bolívia, um do Equador e um do Uruguai. Destes, apenas o estudante da Colômbia apresentou Tese de Doutorado¹²⁷ discorrendo sobre a temática na área de HIV/AIDS (CNPq, 2009).

No ano de 2010, houve dois ingressos de alunos Latino-Americanos, um da Colômbia e um da Guatemala para pós-graduação na Fiocruz, mas nenhuma das Dissertações ou Teses versou sobre a temática do HIV/AIDS (CNPq, 2010). No ano de 2011 houve seis ingressos de alunos, todos da América Latina, mas nenhuma Dissertação ou Tese sobre o Tema do HIV/AIDS (CNPq, 2011). No ano de 2012 dois candidatos, um Latino Americano e um Africano ingressaram na Fiocruz, mas nenhum defendeu Dissertação ou Tese sobre a temática da AIDS (CNPq, 2012).

A Fiocruz a partir do ano de 2008 passou também a demonstrar interesse na abertura de programas de pós-graduação fora do Brasil, como demonstrado no Relatório de Gestão da Organização Pan Americana de Saúde de 2008. No relatório consta as atividades desenvolvidas pela Fiocruz em projetos de cooperação em triangulação com a OPAS/OMS (OPAS/OMS, 2008).

O projeto ANLIS no relatório da OPAS/OMS (2008) previa o apoio à realização de cursos de pós-graduação oferecidos pela Fiocruz em convênio com a ANLIS (*Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud* da Argentina), sendo estes, o Mestrado em Epidemiologia em Saúde Pública e o Mestrado em Biologia Celular e Molecular (OPAS/OMS, 2008, p. 159).

O aprofundamento do projeto culminou com o estabelecimento dos dois cursos de pós-graduação na Argentina, em 2008, estando o Mestrado de Epidemiologia em Saúde Pública na sua segunda turma, iniciada em 2010 (BUSS, 2014).

O resumo executivo do Projeto ANLIS BRA/04/44 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014g) estabelece que o mesmo terá a duração de vinte e quatro meses, orçamento estimado em US\$ 713.151,00 (setecentos e treze mil cento e cinquenta e um dólares) a serem financiados pelo Governo brasileiro, Ministério da Saúde/Fiocruz e a ANLIS. A finalidade principal do projeto era a capacitação de técnicos argentinos na área de biologia molecular, imunologia, cultivo de células e bioquímica em áreas específicas tais como virologia,

¹²⁷ CARDENAS, C. M.M (2014) “Aconselhamento no âmbito dos Centros de Testagem no estado do Rio de Janeiro: uma análise das práticas e saberes na prevenção das DST/AIDS”. Tese. Ciências da Saúde. Fiocruz.

pesquisa de células tronco, doenças como leptospirose, parasitoses e micoses¹²⁸ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014g). Não há no resumo executivo do projeto, menção específica à capacitação na área de HIV/AIDS.

Expandindo a iniciativa na região, a Fiocruz, junto com o Instituto Nacional de Saúde peruano, deu início em 2012 ao Mestrado em Saúde Pública. Foram selecionados vinte e oito alunos para a pós-graduação, e dentre as dissertações já defendidas, a temática do HIV/AIDS esteve presente na pesquisa intitulada “*Efecto del tratamiento antirretroviral del Programa del Ministerio de Salud del Perú en la supresión de la carga viral de pacientes con VIH/SIDA: estudio longitudinal retrospectivo*”¹²⁹ (ÑOPO, 2014).

O desenvolvimento de pesquisa na área de HIV/AIDS, como demonstrado na temática de Dissertações e Teses defendida por alunos estrangeiros em programas de pós-graduação, como os desenvolvidos pela Fiocruz, bem como a Dissertação defendida por uma aluna do Mestrado em Saúde Pública no Peru, demonstram que expansão da iniciativa contribuiu para aumentar e capacitar recursos humanos na região Latino Americana.

A capacitação de recursos humanos como um dos objetivos propostos no Plano Quinquenal da UNASUL, e inserido no contexto da Rede estruturante, a RESP (Rede de Escolas de Saúde Pública), demonstra o efeito multiplicador que a iniciativa representa, permitindo a difusão de conhecimento nos países de origem dos estudantes, bem como a possibilidade de intercâmbio de informações entre os países, no tocante ao comportamento da epidemia de HIV/AIDS na região.

A formação de recursos humanos em saúde também pode ser analisada no âmbito do PECS/CPLP. O PECS/CPLP é o Plano Estratégico em Cooperação em Saúde da CPLP estruturado em sete eixos estratégicos para a definição de projetos e metas a serem atingidas pelo Plano (CPLP, 2016). Os seis eixos são: 1) formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde; 2) informação e comunicação em saúde; 3) investigação em saúde; 4) desenvolvimento do complexo produtivo da saúde; 5) vigilância epidemiológica e monitorização da situação de saúde; 6) emergências e desastres naturais; 7) promoção e proteção da saúde (CPLP, 2016).

No eixo estruturante 1, que se refere à formação em recursos humanos em saúde, observa-se como um dos objetivos presentes no corpo descritivo de projetos prioritários nesse eixo, o fortalecimento da capacidade de formação em nível de pós-graduação em saúde e

¹²⁸ Virologia é o ramo das ciências da saúde que estuda os vírus e suas propriedades

¹²⁹ Dissertação defendida por Zila Patricia Caballero Ñopo em 2014, pelo Mestrado de Saúde Pública, pós-graduação coordenada pela FIOCRUZ em parceria com o Instituto Nacional de Saúde do Peru.

ampliação do quadro de pós graduados na saúde em todos os países da CPLP. Esse objetivo seria alcançado por meio da Estruturação da Rede de Escolas Nacionais de Saúde Pública da CPLP, com foco na qualificação de dirigentes e gestores dos sistemas nacionais de saúde, bem como na Formação Médica Especializada nos Países de Língua Portuguesa. As Instituições responsáveis seriam a Fiocruz, no Brasil e o IHMT¹³⁰, em Portugal (CPLP, 2016).

No que se refere à formação de recursos humanos em saúde, o PEC-PG é um programa brasileiro que facilita o intercâmbio acadêmico de estudantes do Continente Africano para cursos de pós-graduação na área de saúde em Instituições brasileiras. Entre os anos de 2003 e 2012, sete pesquisadores do Continente Africano ingressaram em cursos de pós-graduação na Fiocruz, sendo três para o curso de Mestrado, e quatro para o curso de Doutorado, sendo beneficiados com bolsas de estudo do Programa PEC-PG (CNPq, 2016). A temática do HIV/AIDS foi assunto de pesquisa e discussão em três trabalhos, duas Dissertações de Mestrado e uma Tese de Doutorado¹³¹ de pesquisadores do Continente Africano, que ingressaram na Fiocruz nesse período (FIOCRUZ, 2014c).

Na mesma direção em que houve a internacionalização de programas de pós-graduação coordenados pela Fiocruz em países da América do Sul, como no Peru e na Argentina, ocorreu também esse movimento para o Continente Africano. Nesse sentido, o I Seminário Angola-Brasil de Saúde Pública foi realizado no Rio de Janeiro, em 2012, sendo apresentadas na ocasião, as Dissertações defendidas pelos alunos do curso de Mestrado em Saúde Pública ministrado pela Fiocruz, em Angola, por intermédio do convênio entre os Ministérios da Saúde do Brasil e de Angola (FIOCRUZ, 2014d).

A temática do HIV/AIDS esteve presente na apresentação do Seminário, resultado da dissertação intitulada “Avaliação do Programa de Prevenção da Transmissão Vertical do VIH em Luanda/Angola”¹³² (FIOCRUZ, 2014d).

Moçambique também faz parte da internacionalização de programas de pós-graduação em saúde coordenados e executados pela Fiocruz fora do Brasil. O Mestrado em Ciência da Saúde criado em 2008, em Maputo, está atualmente na quarta turma. A temática do HIV/AIDS também esteve presente em Dissertações defendidas por alunos do programa em

¹³⁰ Instituto de Higiene e Medicina de Portugal

¹³¹ SOUSA, A. M (2007). “A epidemia pelo HIV/AIDS e suas repercussões sobre a saúde da população Moçambicana (1986-2003)” Dissertação. Fiocruz; MATAVALE, R (2010). “Co-infecção pelos retrovírus HIV-1/HTLV-1: impacto sobre o fenótipo de células T regulatórias” Dissertação. Fiocruz; ARAUJO, I. M.P de (2005) “Caracterização da epidemia de HIV/AIDS em Cabo Verde: uma abordagem soro-epidemiológica no período 1987-2002”, Tese. Fiocruz.

¹³² MUQUILA, R (2012). Avaliação do Programa de Prevenção da Transmissão Vertical do VIH em Luanda/Angola. Dissertação. Fiocruz.

Moçambique¹³³(FIOCRUZ, 2014c). Atualmente Brasil e Moçambique estão em negociações para a implementação do curso de Doutorado em Ciências da Saúde em Moçambique.

Considera-se, nesse sentido, que a formação de recursos humanos em saúde, podendo gerar difusão de conhecimento e trocas de informações na área de pesquisa sobre o HIV/AIDS funciona como efeito multiplicador de conhecimento, e nesse sentido, pode contribuir para que medidas mais efetivas e eficazes sejam estabelecidas no combate à epidemia, tanto no contexto regional, como no contexto internacional.

A última modalidade de cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional estudada na presente Pesquisa é referente às organizações internacionais, particularmente àquelas que desenvolvem ações na área de combate à epidemia de HIV/AIDS.

4.14 Doações para Organizações Internacionais

As doações para organismos internacionais são os gastos do Estado brasileiro com o pagamento de compromissos financeiros junto a estas entidades, no âmbito da cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional (IPEA;ABC, 2010).

Foram consideradas as doações para a UNAIDS, para a UNITAID, para a OMS e para a OPAS, UNICEF e UNFPA, pois todos esses organismos desenvolvem ações na área de combate à epidemia de HIV/AIDS. Dentre os organismos citados, destaca-se a UNITAID, iniciativa internacional que promoveu diversificação na forma de financiamento para ações no campo do HIV/AIDS.

No ano de 2006, Brasil, Chile, França, Noruega e Reino Unido decidiram criar uma Instituição que tinha como objetivo principal, aumentar as fontes de financiamento para o tratamento de doenças como o HIV/AIDS, a Malária e a Tuberculose, a UNITAID. Na definição de Bermudez, Secretário Executivo da Instituição, a UNITAID é “uma organização financeira internacional inovadora que utiliza vários tipos de mecanismos voltados para a expansão do acesso aos diagnósticos, e tratamentos já conhecidos para o controle do HIV/AIDS, da Tuberculose e da Malária, em várias partes do mundo” (FIOCRUZ, 2015h;UNITAID, 2014).

A criação da UNITAID é vista como iniciativa inovadora no campo da saúde global, e que vem colaborando para aumentar o financiamento para ações de prevenção, diagnóstico e

¹³³ VUBIL, A. S (2013) “Estudo da diversidade genética e identificação de mutações de resistência primária de HIV aos ARVs em doadores de sangue na região norte de Moçambique”. Dissertação. Fiocruz. O autor ingressou no programa na seleção da Fiocruz de 2010.

tratamento das doenças mencionadas anteriormente. Atualmente a Organização é formada por dezenove países¹³⁴, entre desenvolvidos e em desenvolvimento, a Fundação Bill e Melinda Gates e a Fundação Millenium. As raízes da intenção de criar a Organização remontam as ideias lançadas, e posteriormente acordadas na Declaração do Milênio, para a diminuição da fome e da pobreza no mundo, acrescida do combate à mortalidade materno-infantil e de doenças como o HIV/AIDS, a Malária e a Tuberculose, dentre os outros objetivos estabelecidos na Declaração do Milênio (FIOCRUZ, 2015h; UNTAID, 2014).

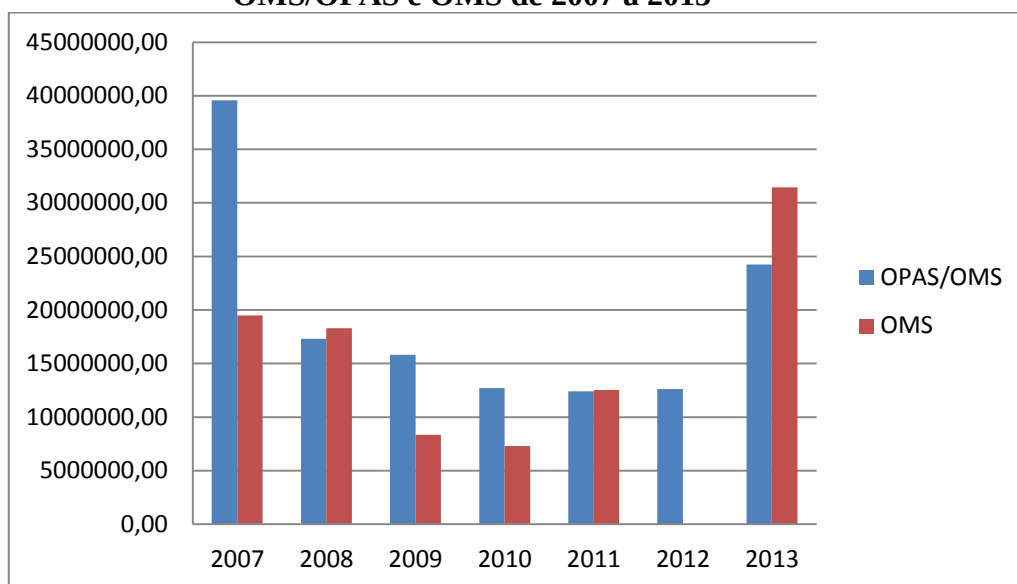
O aprofundamento do pensamento de cooperação internacional na área esteve presente nas discussões da Conferência Internacional de Monterrey, em 2002, nas ideias da Ação Global contra a Fome e a Pobreza, lançada, inicialmente, pelo Brasil em 2004, e na Conferência das Nações Unidas sobre Financiamento para o Desenvolvimento, em 2005, que emitiu a Declaração de Nova York ressaltando a questão de Fontes Inovadoras de Financiamento para o Desenvolvimento (FIOCRUZ, 2015h; UNTAID, 2014).

Na Assembleia Geral das Nações Unidas do ano seguinte, em 2006, Brasil, Chile, França, Noruega e Reino Unido lançaram a ideia de criação do Organismo, sendo constituída a UNTAID, e que tem como uma das fontes de financiamento a taxação de bilhetes aéreos. A forma de cobrança varia de país para país, e naqueles países onde não há uma taxação direta sobre os bilhetes aéreos, como no Brasil, Reino Unido e Espanha, a transferência de recursos é feita por meio de contribuições multianuais à Organização (FIOCRUZ, 2015h; UNTAID, 2014).

Considerando os organismos anteriormente citados, o gráfico a seguir demonstra os gastos federais com pagamentos de contribuições regulares para OMS e OPAS/AOMS entre os anos de 2007-2013:

¹³⁴ A UNTAID é formada pelos países Brasil, Camarões, Chile, Congo, Chipre, França, Guiné, Luxemburgo, Madagascar, Mali, Maurícius, Níger, Noruega, República da Coréia, Espanha e Reino Unido.

Gráfico 33 – Gasto brasileiro com doações para os Organismos Internacionais OMS/OPAS e OMS de 2007 a 2013

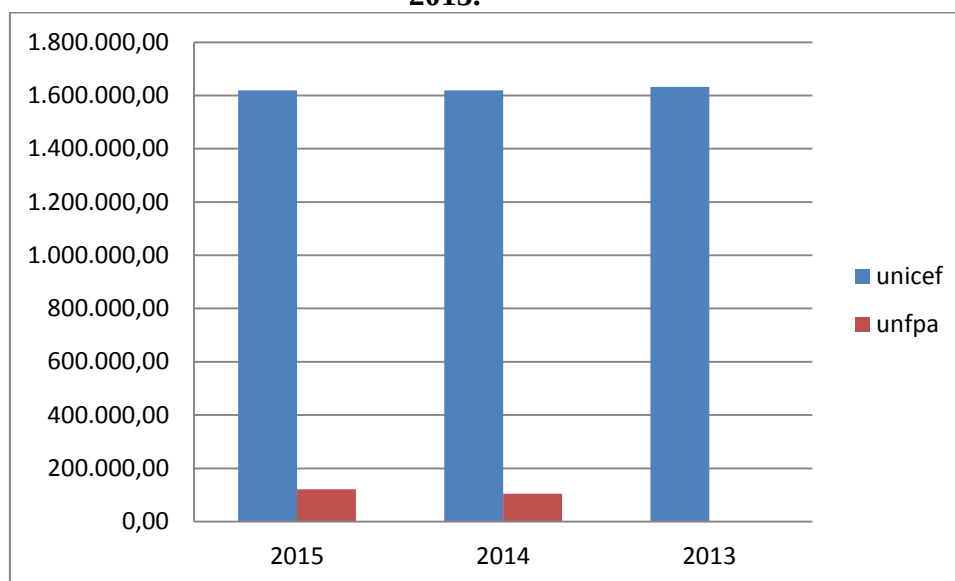


Elaborado pela autora. Fonte: Relatório do IPEA; ABC/MRE, Cooperação Brasileira Para o Desenvolvimento Internacional, 2016

Observa-se a partir da análise descritiva do gráfico 33, que entre os anos de 2007 e 2010 houve uma diminuição do gasto federal para a OPAS/OMS e também para a OMS, sendo a diminuição mais evidente para esta última a partir de 2009, não havendo registro de doação brasileira para a mesma em 2012, período de inadimplência do país junto a Organização (IPEA; ABC/AMRE, 2016, p. 161).

No que concerne à doação para UNICEF, UNFPA e UNITAID, observa-se o montante doado pelo Brasil para estas Organizações, demonstrado no gráfico a seguir:

Gráfico 34 – Doações financeiras do Brasil para UNICEF e UNFPA de 2013 a 2015.



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados extraídos do Relatório do IPEA; ABC/MRE sobre a cooperação brasileira internacional para o desenvolvimento publicado em 2016

Observa-se a partir da análise descritiva do gráfico 34 que houve doação considerável para o UNICEF entre os anos 2013 e 2015, período onde se encontrou dados disponíveis para avaliação. Os dados relativos à UNITAID, presentes no relatório do organismo, demonstram que entre 2006-2012 o Brasil doou US\$ 37.202,00 para a instituição.

O UNICEF desenvolve ações específicas para o combate à epidemia de HIV/AIDS voltadas para crianças, adolescentes e mães, no sentido de promover maior acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento para portadores do vírus HIV. O UNFPA desenvolve ações dando suporte a questões que envolvem a saúde reprodutiva e sexual, especificamente por meio de cuidados, prevenção e tratamento da AIDS. As ações da Organização visam o empoderamento de populações vulneráveis, particularmente mulheres e jovens, no sentido de promover mais acesso à saúde a esse grupo de pessoas, para que as mesmas vivam livre do estigma e da discriminação da doença, bem como de todas as formas de violência de gênero relacionadas ao tema (UNFPA, 2016).

Observa-se, nesse sentido, que apesar da grande variabilidade no montante de doações para esses Organismos, ao fazer doações e mantê-las regularmente, o país está contribuindo para ações no combate à epidemia de HIV/AIDS no mundo, e atuando de maneira variada. As ações se desenvolvem de forma diversificada como, por exemplo, desenvolver estratégias para diminuir a mortalidade infantil decorrente da doença; colaborar para que maior número de crianças receba medicamentos; combater à discriminação e as questões de gênero em

portadores do vírus; contribuir para que haja mais ações na área de direitos humanos para pessoas e/ou grupos de pessoas portadoras/doentes pelo vírus. No que se refere a ações inovadoras na área de combate à AIDS, Malária e Tuberculose, a UNITAID representa uma forma alternativa para financiar ações de combate ao HIV/AIDS e doenças negligenciadas como a Malária e a Tuberculose.

5. VERTICALIDADE OU HORIZONTALIDADE DA COOPERAÇÃO SUL-SUL BRASILEIRA NO COMBATE AO HIV/AIDS?

O estudo das estratégias e da estrutura da Cooperação Sul-Sul brasileira no combate ao HIV/AIDS permite que a diplomacia de nicho seja analisada como um instrumento da política externa brasileira, no contexto dos governos presidenciais entre 2002 e 2016. O estudo permite, ademais, uma análise mais aprofundada da cooperação no modelo Sul-Sul, no sentido de verificar qual o papel desempenhado pelo o país ao cooperar por meio desse modelo em uma área tão específica da cooperação em saúde brasileira.

5.1 A cooperação Sul-Sul brasileira de combate ao HIV/AIDS como diplomacia de nicho

Reflexões sobre países considerados *Middle Powers* no Sistema Internacional estiveram, e ainda estão fortemente associados ao contexto histórico-político internacional, particularmente durante o século XX, onde o estudo mais aprofundado do conceito se desenvolveu até o momento. Nesse sentido, países que se reconhecem e são reconhecidos como *Middle Powers* ou países intermediários reivindicaram ter papel mais assertivo e, portanto, de ter mais poder no seio de organização de instituições decisórias como no caso da Liga das Nações, no pós I Guerra, e no Conselho de Segurança das Nações Unidas, no pós II Guerra Mundial. No período da *détente*, estes países foram estudados como mediadores entre países que estavam em polos opostos de poder, ou foram analisados pelo grau de influência que os mesmos exerciam no Sistema Internacional (KEOHANE, 1969; HOLBRAAD, 1984).

O fim da Guerra Fria e um novo rearranjo político internacional trouxe para o mundo das relações internacionais a necessidade de repensar os países intermediários além da questão da segurança internacional. A estratégia como instrumento de atuação desses países passa a ser ressaltada em suas formas variadas, como um dos principais modos de atuação desses Estados no Sistema Internacional, além de ampliar a discussão de como esses países agem no sistema internacional em prol da consecução de seus interesses.

A diplomacia de nicho, conceito presente nos estudos de Cooper, Nossal e Higgot (1997) para análise de países intermediários tradicionais, como Austrália e Canadá, pode ser utilizada como instrumento de análise da inserção do Brasil no Sistema Internacional, e da consecução de seus interesses (ganhos e influência) por meio da Cooperação Sul-Sul brasileira em HIV/AIDS.

O Brasil percorreu todo o século XX considerando-se e sendo considerado como país intermediário ou *Middle Power* em todas as fases do contexto político internacional nesse

período. O fim da Guerra Fria e o início do século XXI trouxeram para o campo de estudos dos países intermediários mais dois conceitos, onde países assim denominados também podem ser inseridos: potência regional e/ou de potência emergente. Autores como Nolte (2010) ressaltam que o fato de o país pertencer a uma categoria, não o exclui da capacidade analítica que ele pode ter sob outro prisma, e que a análise do mesmo vai depender do contexto em que está inserido o Estado.

Considerando-se os textos de Cooper, Nossal e Higgot (1997) sobre a diplomacia de nicho de países intermediários tradicionais; o texto de Nolte (2010) sobre potências regionais; e o texto de Jordaan (2003) sobre países intermediários e emergentes, fez-se a compilação das características sobre essas categorias de países citadas nos textos, apresentando-as no quadro a seguir:

Quadro 3 - Características das potências intermediárias, regional e emergente.
Fonte: Cooper, Nossal e Higgot (1997); Nolte (2010) e Jordaan (2003)

Categorias dos países	Características dos países
País Intermediário	a) Auto-percepção b) Capacidades materiais c) Reconhecimento de outros países d) Desejo e habilidade de aceitar responsabilidades e) ativismo internacional em assuntos de seu interesse f) Mediadores em situação de conflitos g) Preferência pelo multilateralismo e por ações em fóruns multilaterais h) diplomacia de nicho como uma estratégia de atuação no sistema internacional
Potência regional	a) Articula a pretensão de ser líder regional b) Dispõe de recursos materiais, organizacional e ideológicos c) Tem capacidade de influenciar em assuntos regionais d) Está interconectado econômica, política e culturalmente com a região a que pertence e) Exerce sua influência por meio de estruturas de governança regional g) Define e articula uma identidade comum ou projeto regional h) Promove bens coletivos para a região ou participa de forma significativa na provisão de bens coletivos i) Tem papel importante na definição da agenda de segurança regional j) A posição de liderança regional é reconhecida ou pelo menos respeitada pelos outros Estados dentro ou fora da região l) Está integrado em fóruns inter-regionais e instituições onde articula não apenas seus próprios interesses mas age também, pelo

Potência Emergente	menos de forma rudimentar, como representante dos interesses regionais a)recentemente redemocratizado b)Época de emergência como país intermediário: após o fim da Guerra Fria* c)País localizado na semiperiferia** d)Distribuição desigual da riqueza doméstica e)Alta influência regional f)Forte orientação regional g)Interesses em assuntos regionais, ações relacionadas à integração e cooperação regional h) Age com interesses reformistas do Sistema Internacional
--------------------	--

*O autor quer diferenciar entre países considerados como intermediários tradicionais e intermediários emergentes de acordo com a época em que o termo foi cunhado; ** o autor se baseia na divisão do mundo entre centro, periferia e semiperiferia, presente na Teoria do sistema-Mundo de Wallerstein¹³⁵.

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos textos de Nolte (2010), Joordan (2003) e Cooper, Nossal e Higgot (1997) que discorrem sobre as categorias potência regional, potência emergente e países intermediários, respectivamente.

Tomando como base as características das potências regionais, emergentes e países intermediários, descritas no quadro 3, pode-se verificar em quais delas o Brasil se insere. Observando-se inicialmente as características atribuídas a países intermediários, o Brasil possui capacidades materiais, se autopercebe e se considera como um país intermediário. Tem o desejo e a habilidade de aceitar responsabilidades, como por exemplo, no caso da missão de paz, a MINUSTAH, no Haiti. No contexto de adotar um posicionamento de ativismo em assuntos de seu interesse, o Brasil foi um dos criadores da instituição UNITAID, instituição formada com o intuito de aumentar as fontes de financiamento internacional para doenças como a AIDS, a Malária e a Tuberculose.

Como mediador, o país agiu recentemente, em 2010, na intermediação de um acordo entre Irã e Turquia na troca de combustível nuclear (urânio enriquecido)¹³⁶, e diante do êxito atingido na negociação, pode-se inferir que o país foi capaz de influenciar o sistema internacional nesse assunto, nesse período.

¹³⁵ A teoria do Sistema-Mundo foi cunhada por Immanuel Wallerstein nos anos 1970, onde o autor divide o mundo em três níveis hierárquicos, não fixa, com critérios econômicos, políticos e culturais. Os países seriam divididos em áreas consideradas como centro, periferia e semiperiferia. No centro estariam países com elevado capital humano e tecnológico, geralmente considerados grandes potências mundiais, com forte identidade nacional. Na semiperiferia estariam os países com menor capital humano-tecnológico, quando comparado aos países do centro, não tem recursos para produzir tecnologia, mas absorve mão-de-obra semiespecializada e não especializada, e geralmente são países em desenvolvimento. Os países periféricos produtores de matéria-prima exportadora de baixo valor agregado, considerados pequenos Estados no Sistema Internacional, e no campo cultural, apresentam alguns deles, identidades fragmentadas (MARTINS, 2015). Disponível em: <http://iberoamericasocial.com/immanuel-wallerstein-e-o-sistema-mundo-uma-teoria-ainda-atual/>. Acesso em 25/12/2016.

¹³⁶ Declaração de Teerã (2010): Disponível em <http://www.cfr.org/brazil/joint-declaration-iran-turkey-brazil-nuclear-fuel-may-2010/p22140>. Acesso em 29/10/2016.

O tamanho territorial do Brasil em relação aos outros países da América do Sul constitui-se como um ponto importante quando se considera a questão geográfica, tanto dentro como fora da própria região. O maior país Sul Americano em termos territoriais, quando observado de “fora para dentro” supõe ter maior quantidade de recursos materiais e naturais, recursos humanos (em termos militares) e recursos econômicos quando comparado aos países localizados em seu entorno. Pode-se considerar também que o Brasil ocupa posição estratégica no Continente, considerando seu tamanho e seus recursos, bem como a grande parte de suas fronteiras marítimas voltadas para o Atlântico Sul, e suas fronteiras terrestres com quase todos os países da região Sul Americana.

A participação em Fóruns multilaterais como negociador também está presente como, por exemplo, na aprovação da declaração de Doha sobre Propriedade Intelectual e saúde pública em 2001, onde o país exerceu papel importante nas negociações para que o texto fosse aprovado.

No contexto do que caracterizaria um país como potência regional observa-se, no que se refere aos recursos materiais, naturais e militares, que o Brasil, em tese, teria condições de se posicionar contra coalizões que se formassem na região, no entanto, o país não pode ser considerado um *Great Power*, pois possui recursos limitados quando comparado as grandes potências mundiais, e ademais, mantém um histórico de paz com países da região, excluindo-se a Guerra com o Paraguai (1865-1870).

A questão de o Brasil querer ser ou não uma liderança regional é motivo de discussão em vários estudos no campo das relações internacionais. A característica liderança regional será aqui analisada de forma mais simplista no contexto da Cooperação Sul-Sul brasileira em HIV/AIDS, não considerando todos os posicionamentos teóricos que existem sobre a questão, uma vez que essa discussão foge ao escopo dessa pesquisa.

Nesse sentido, a iniciativa do país em criar a Comissão Intergovernamental de combate ao HIV/AIDS no âmbito do MERCOSUL, estabelecendo Acordos e iniciativas que abrangem as áreas de prevenção, diagnóstico, tratamento, direitos humanos, dentre outros para os países integrantes e associados do bloco, pode ser considerada uma forma de estabelecer liderança regional no combate à epidemia na região Sul Americana. Outra iniciativa que representou a liderança brasileira na região foi a ativa participação para a criação da Rede Ibero Americana de Bancos de Leite Humano, atualmente formada por Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Espanha, Panamá, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela (FIOCRUZ, 2016).

A cooperação na área de bancos de leite humano e na área de combate à epidemia de HIV/AIDS permite a visualização da atuação do país por meio de estruturas de governança regional, e que têm a capacidade de prover outros países da região com bens considerados coletivos.

Apesar de ter interesses regionais, quando se analisa o país no contexto de blocos regionais como o MERCOSUL, o país alarga seus interesses para além da região no momento em que se agrupa em fóruns inter-regionais como os Fóruns IBAS e BRICS.

Embora o interesse maior seja a preocupação com a segurança de suas próprias fronteiras, pode-se considerar que o Brasil se compromete e tem responsabilidade sobre a segurança regional. A Zona de Paz e Cooperação do Atlântico Sul (ZOPACAS) foi estabelecida em 1986 por meio da resolução 41/11 da Assembleia Geral das Nações Unidas, e é integrada por: África do Sul, Angola, Argentina, Benin, Brasil, Cabo Verde, Camarões, Congo, Costa do Marfim, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné-Conacri, Guiné-Bissau, Guiné-Equatorial, Libéria, Namíbia, Nigéria, República Democrática do Congo, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Togo e Uruguai (MRE, 2016c).

No contexto de potência emergente, o Brasil é um país recentemente redemocratizado, principalmente quando se considera que após mais de vinte anos de ditadura miliar, a mais recente Constituição Federal foi promulgada em 1988. O termo emergente surge no período pós Guerra Fria, e tem suas raízes no campo econômico, sendo transportado o conceito para o campo das relações internacionais, e utilizado para se referir a países em desenvolvimento que apresentavam no final dos anos 1990 e início dos anos 2000, rápido crescimento econômico, como observado por O'Neil¹³⁷ (2001).

As potências emergentes estão localizadas na região do mundo conhecida como semiperiferia, de acordo com a Teoria do Sistema-Mundo apresentada por Immanuel Wallerstein, e desenvolvida no seu livro "*The Modern World-System*"¹³⁸, onde o autor analisa o sistema de produção capitalista desde o século XVI, até o período que antecede a I Guerra Mundial, em 1914.

No contexto dos países considerados como potências emergentes, algumas delas são também grandes potências regionais, e nesse sentido, têm também forte orientação para

¹³⁷ O economista chefe da Goldman Sachs Jin O'Neil à época da publicação do artigo intitulado "*Building Better Global Economic BRICS*" em 2001, chamou a atenção para o rápido crescimento econômico de um grupo de países, que ele denominou BRICS: Brasil, Rússia, Índia e China. Na época a África do Sul ainda não pertencia ao fórum, que ao final daquela década, esse grupo de países, a continuar esse rápido crescimento, poderia e iria gerar grandes impactos na política fiscal e monetária da economia global. Disponível em <http://www.goldmansachs.com/our-thinking/archive/archive-pdfs/build-better-brics.pdf>

¹³⁸ A primeira versão do livro foi publicada em 1974.

assuntos regionais exercendo pelo mesmo motivo, forte influência na região a que pertencem, como é o caso do Brasil, da China, da Rússia, da Índia e da África do Sul. A cooperação brasileira em diversas áreas, inclusive a saúde, com países da região Sul Americana demonstra a importância que ações no âmbito da região têm para o país na condição de potência emergente. Iniciativas de novos arranjos cooperativos com países de outras regiões, a participação na criação de instituições como a UNITAID, e a criação de Redes de cooperação tecnológica na área de HIV/AIDS orientam o pensamento para um posicionamento mais reformista do que revisionista do país no Sistema Internacional.

A diplomacia de nicho é a última característica analisada e atribuída, primordialmente, aos países intermediários tradicionais, tais como Austrália e Canadá. Considera-se, nesse tocante, que por ser a Cooperação Sul-Sul brasileira para o combate de HIV/AIDS uma área específica da cooperação estabelecida pelo país, a mesma pode ser analisada sob a perspectiva de um país intermediário não tradicional, que também pode ser categorizado como potência regional e potência emergente.

A diplomacia de nicho se refere ao estilo da política externa que países intermediários estabelecem no sistema internacional. Para os autores, cinco características definem esse tipo de diplomacia: escopo, estilo, foco, forma e fórum.

Uma vez que a diplomacia de nicho envolve “concentrar recursos em áreas específicas que são capazes de gerar ganhos importantes, ao contrário de tentar atuar em muitas áreas”¹³⁹ (EVANS apud COOPER, 1997, p.5)¹⁴⁰, a Cooperação Sul-Sul brasileira em HIV/AIDS se encaixa na definição, por ser uma área específica da cooperação brasileira em saúde. A segunda parte da assertiva “gerar ganhos importantes” pode ser analisada sob o ponto de vista de ganhos políticos (maior prestígio político no sistema internacional ao cooperar para combater uma epidemia mundial por meio de várias estratégias), econômicos (a cooperação poderia gerar retornos financeiros, devido ao aumento das relações comerciais bilaterais, funcionando as iniciativas na área como facilitadora de canais de comunicação entre os países, bem como fomentadora para investimentos em tecnologia) e sociais (ao cooperar na área o país assume o papel de bom cidadão internacional).

O escopo de ação de um país intermediário ou *Middle Power* é caracterizado “pelo espectro de ação do mesmo, ou seja, um país intermediário tende a se envolver em uma gama de assuntos diplomáticos, usualmente se estendendo para além de suas fronteiras regionais”.

¹³⁹ No original: “Concentrating resources in specific areas best able to generate returns worth having, rather than trying to cover the field”.

¹⁴⁰ passim

Atuar diplomaticamente para além de assuntos regionais está inserido no pensamento de que, atividades diplomáticas que abrangem interesses da comunidade internacional, também podem e devem ser exercidos por outros Estados que não necessariamente as grandes potências. Quando os Estados participam de assuntos além dos limites de suas fronteiras regionais, os mesmos estão atuando em prol dos próprios interesses, assumindo em muitas ocasiões, também, o papel de bom cidadão internacional (NOSSAL; STUBBS, 1997, p.149).

Quando se observa a doação de antirretrovirais e os projetos desenvolvidos pelo Brasil na cooperação humanitária e técnica, respectivamente, para o combate à epidemia de HIV/AIDS, verifica-se que nos dois modelos de cooperação as ações estabelecidas não ficaram circunscritas à região sul americana. No caso da doação de antirretrovirais, o país doou esses medicamentos para países das regiões Sul Americana, Africana, Centro-Americana e Asiática.

No tocante a projetos técnicos para o combate à epidemia de HIV/AIDS o país estabeleceu ações com dezoito países das mesmas regiões que as observadas na doação de medicamentos de combate ao HIV/AIDS. No que se refere à cooperação técnica, maior número de projetos foi estabelecido com países do continente africano, e nesse contexto, não apenas com países de língua portuguesa, mas também com países anglófonos, francófonos, e cazaque/russo como é o caso do Cazaquistão.

No âmbito da doação de antirretrovirais, países do continente africano, assim como observado em relação aos projetos na área de HIV/AIDS, também foram os que mais receberam os medicamentos, não ficando essa ação circunscrita apenas a países de língua portuguesa, sendo doado antirretrovirais para países anglófonos, francófonos e árabe, como é o caso da Líbia.

No que se refere ao escopo da Cooperação Sul-Sul brasileira de combate ao HIV/AIDS, nos modelos de cooperação humanitária e cooperação técnica observa-se que as fronteiras regionais não foram aspectos limitantes para o país empreender ações na área, assim como também não o foi a questão do idioma português, no que se refere aos países do continente africano, ou espanhol para os países da América Central e do Sul, bem como outro idioma oficial de países africanos e asiáticos como os citados anteriormente.

A elevada prevalência de pessoas contaminadas como o vírus HIV entre 15-49 anos no Continente Africano, a exemplo de Botsuana, Moçambique, Malaui, Quênia, Guiné-Bissau, Tanzânia e Zâmbia, reforça a ideia de que a cooperação técnica e humanitária empreendida pelo Brasil com esses países contribui para que menos nacionais desses Estados sejam contaminados pelo vírus, bem como mais e mais cidadãos tenham acesso a tratamento com

medicamentos antirretrovirais, o que diminui a mortalidade pela doença e aumenta a sobrevida dos indivíduos.

Diante do exposto, pode-se inferir que o Brasil, ao estabelecer ações no campo do combate à epidemia de HIV/AIDS no mundo, por meio da cooperação humanitária e a cooperação técnica na área, está atuando em prol de interesses internacionais e agindo como um bom cidadão internacional. Os dois modelos de cooperação anteriormente citados reforçam a ideia de “capacidades”¹⁴¹ que um país em desenvolvimento pode ter ao estabelecer cooperação no modelo Sul-Sul com países de vários continentes.

A segunda característica da diplomacia de nicho se refere ao estilo adotado pelos países intermediários para a consecução de seus interesses no sistema internacional. Segundo Nossal e Stubbs (1997, p. 150), “os países intermediários tendem a adotar um estilo ativista, procurando se inserir em assuntos de interesses internacionais, agindo por meio de iniciativa diplomática”. Ações inseridas nesse contexto envolvem “gerar um plano de ação frequentemente baseado em sua *expertise* técnica, conquistando apoio de outros Estados que compartilham as suas ideias e opiniões”, apresentando por fim as soluções pensadas para as grandes potências.

O estilo ativista do Brasil por meio da cooperação na área de combate ao HIV/AIDS pode ser visto tanto em ações no âmbito regional, inter-regional e internacional. No contexto regional observa-se a assinatura do Acordo 02/02 na XIII Reunião de Ministros de Saúde do MERCOSUL, Bolívia e Chile em 2002, que criou a Comissão Intergovernamental de combate ao HIV/AIDS para promover uma política integrada de luta contra a epidemia de HIV no MERCOSUL, Bolívia e Chile (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014k).

No âmbito inter-regional destaca-se a necessidade de desenvolvimento de vacinas anti-HIV, temática presente tanto no Plano de Ação do IBAS de 2004, como do grupo de trabalho de Ciência e Tecnologia do Fórum IBAS, que ainda contempla o projeto MCT/CNPq #45/2009 (CNPq, 2009), já citado anteriormente.

Pensando em ações que têm escala internacional, destaca-se a criação da UNITAID e da Rede Internacional de Cooperação Tecnológica em HIV/AIDS, iniciativas já citadas, e que podem ser consideradas como diplomáticas, uma vez que o combate à epidemia no mundo faz parte dos interesses dos países que as implementaram e a cooperação nas referidas áreas irão

¹⁴¹ O termo “Capacidades” está sendo utilizada nesse contexto como recursos em várias áreas, ou seja, utilizar uma parte dos medicamentos antirretrovirais produzidos pela indústria nacional brasileira para doação no âmbito da cooperação humanitária, bem como a utilização da *expertise* na área de combate ao HIV/AIDS em projetos no âmbito da cooperação técnica com outros países.

beneficiar não apenas os países que participam, mas em perspectiva futura, podem trazer benefícios também em escala internacional.

Outras iniciativas diplomáticas no âmbito internacional se traduzem por meio da aproximação do Brasil com a China e a Rússia. Nesse sentido, destaca-se a assinatura do Plano de ação conjunta Brasil-China para 2010-2014, do Plano Decenal de Cooperação entre a República Federativa do Brasil e a República Popular da China, em 2012, e a criação do Centro Brasil-China de Pesquisa e Inovação em Nanotecnologia, sediado em Campinas, Brasil (MRE, 2016e).

No contexto da relação Brasil Rússia destaca-se o Programa de Cooperação em Ciência e Tecnologia, assinado em 2004, que demonstrava a intenção de cooperação entre os países, e já no contexto do BRICS, destaca-se também as discussões para a criação da Rede de Cooperação Tecnológica dos BRICS, ainda não efetivada (MRE, 2014d).

Foco é o terceiro atributo relacionado à diplomacia dos países intermediários ou *Middle Powers*, e está relacionado à intenção e ao estabelecimento de ações para a “diminuição de conflitos como um fim primário do Estado sendo, além disso, um elemento importante de atividade diplomática”¹⁴²(NOSSAL; STUBBS, 1997, p.150). No contexto descrito pelos autores para tratar dessa característica, há um foco maior nas ações que países intermediários podem estabelecer em situações de instabilidade causada por conflitos (guerras civis, milícias). Nesse tocante, os autores ressaltam a questão da mediação e o desenvolvimento de medidas que aumentem a confiança entre os adversários do conflito para que este não evolua para um conflito maior.

Considerando que os modelos de cooperação brasileira na área de HIVAIDS não incluem as ações de operações de paz em zonas de conflitos, buscou-se avaliar essa característica no contexto dos modelos de cooperação descritos na presente pesquisa. Neste sentido, observou-se que em alguns dos projetos de cooperação técnica estabelecidos pelo Brasil, a questão da mediação entre setores da sociedade fazia parte do corpo descritivo dos mesmos.

Nesse tocante, podem ser citados projetos como o BRA/04/044-A447 entre Brasil, Botsuana, Gana, Quênia, Tanzânia e Zâmbia, o BRA/04/044-A039 entre Brasil e El Salvador, o BRA/04/044-S154 entre Brasil e Suriname e o BRA/04/044-S393 entre Brasil e Uruguai, onde se observou a mediação do Brasil entre vários setores como Estado, sociedade civil, organizações governamentais e não-governamentais, etc, promovendo, nesse sentido, a

¹⁴² No original: “[...] focus on conflict reduction as a primary end of statecraft, and an important element in the diplomatic activities of the state” (NOSSAL e STUBBS, 1997, p.150)

construção de confiança entre as partes da sociedade envolvidas e interessadas em medidas de combate à epidemia, a fim de que os objetivos principais dos projetos fossem alcançados, e a sociedade como um todo fosse a grande beneficiária dessas ações (ABC/MRE, 2016b).

A quarta e quinta característica da diplomacia de nicho são forma e Fóruns. No que se refere a estas estratégias, Nossal e Stubbs (1997, p.151) ressaltam que os países intermediários têm mais preferência por ações multilaterais do que por ações bilaterais, agindo, particularmente, no contexto de instituições internacionais. Nesse sentido, a forma da diplomacia teria uma preferência pelo multilateralismo e os Fóruns seriam as Instituições Internacionais onde ações como barganha, negociações e Acordos têm mais chance de acontecer e serem implementados.

O caráter multilateral da cooperação pode ser visto tanto nas iniciativas entre os países, quanto no contexto das instituições que o Brasil participa. Nesse sentido, no contexto da cooperação técnica entre países, observa-se que houve projetos com mais de um país, como por exemplo, o projeto entre Brasil, Botsuana, Quênia e Zâmbia, e o Brasil e vários países do Caribe (Antígua e Barbuda, Bahamas, Barbados, Dominica, Granada, Saint Kitts e Nevis, São Vicente e Granadinas, e Trinidad e Tobago) (ABC/MRE, 2016b).

A criação da Rede Internacional de Cooperação Tecnológica em HIV/AIDS representa também o caráter multilateral de ações estabelecidas entre o Brasil e outros países na área de combate à epidemia de HIV/AIDS, participando da mesma, países da América do Sul, América Central, África e Ásia. A iniciativa demonstra a diversidade geográfica, cultural e tecnológica dos países que compõem a Rede.

A própria formação inicial da UNITAID e da qual participam atualmente dezenove países¹⁴³ (UNITAID, 2014), demonstra, também, o caráter multilateral das relações entre os países no campo do financiamento para ações de combate ao HIV/AIDS, a Malária e a Tuberculose.

Outra iniciativa multilateral entre países é referida no contexto da cooperação educacional. A oferta de cursos de pós-graduação em áreas específicas oferecidas pela Fiocruz com editais exclusivos para candidatos de países da UNASUL e CPLP tem potencial de gerar impacto direto na questão da multiplicação de conhecimento, particularmente, mas não necessariamente quando esses mestres e doutores retornarem para seus países de origem.

No âmbito da cooperação trilateral do Fundo IBAS, observa-se projetos em várias áreas, inclusive a área de saúde, destacando-se o projeto na área de combate ao HIV/AIDS

¹⁴³ Camarões, Congo, Níger, Guiné, Madagascar, Mali, Maurício, República da Coreia, Chipre, França, Luxemburgo, Espanha, mais as Fundações Bill e Melinda Gates e Millenium.

com o Burundi (IBSA FUND, 2011, p. 7-8), além dos projetos do grupo de trabalho em Ciência e Tecnologia que englobam pesquisa na área de vacinas contra o vírus HIV (ESTEVEZ et al, 2011), e o projeto MCT/CNPq #45/2009, já referido anteriormente (CNPq, 2009).

A quinta característica da diplomacia de nicho dos países intermediários é representada pelo local onde estes países têm uma maior preferência de atuação, seja para negociação, barganha ou construção de Acordos de interesses dos países. Podem-se destacar os níveis regional e internacional de atuação do Brasil no âmbito da cooperação na área de HIV/AIDS.

No nível regional destaca-se a participação do país em organismos como a UNASUL e o MERCOSUL¹⁴⁴, que têm áreas de cooperação específicas no campo da saúde, destacando-se que decisões concernentes à área são tomadas nas reuniões dos Ministros da Saúde dos países que compõem os referidos organismos. Nesse sentido, podem-se destacar alguns Acordos estabelecidos pelos Ministros da Saúde do MERCOSUL no âmbito da Comissão Intergovernamental para promover uma política integrada de luta contra a epidemia de HIV/AIDS no MERCOSUL e Estados Associados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014k).

Destaca-se especialmente o Acordo 02/02 que cria a Comissão, o Acordo 05/03 que especifica quais são as áreas de atuação prioritárias em HIV/AIDS e o plano de ação da Comissão; o Acordo 16/04 que estabelece as estratégias para a redução da transmissão vertical (mãe/feto) do vírus HIV e as Sífilis congênita na região do MERCOSUL e Estados Associados; o Acordo 10/04 que criou estratégias de acesso a medicamentos antirretrovirais para os países que formam e estão associados ao bloco. O Acordo 04/2011 priorizou as estratégias de prevenção de transmissão mãe-feto do vírus HIV e Sífilis nas zonas de fronteiras do MERCOSUL (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016c).

A participação do Brasil em instituições internacionais está representada pelas reuniões dos BRICS e do IBAS às margens de Organizações multilaterais tais como a Organização Mundial da Saúde (OMS). No âmbito do BRICS, os Ministros de Saúde vêm se reunindo nas Cúpulas do Fórum, bem como às margens da Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde, demonstrando alinhamento de posicionamentos em relação a questões como ações de combate à epidemia de HIV/AIDS e reforma da OMS, uma das temáticas das discussões dos Ministros na 64ª AG da OMS em Genebra, em 2011 (HERZ et al, 2012).

¹⁴⁴ O MERCOSUL discute as questões relacionadas à epidemia de HIV/AIDS entre os países membros no âmbito da Comissão Intergovernamental de combate ao HIV/AIDS.

O grupo de trabalho da saúde no âmbito do IBAS se reuniu pela primeira vez às margens da 58ª Assembleia Geral da OMS em 2005, e vem se reunindo em todas as Cúpulas do Fórum até 2011, último encontro realizado pelos países até o momento (ESTEVEZ et al, 2011).

A tentativa de ampliar o papel de um país intermediário que também pode ser considerado potência regional e/ou emergente incorpora visões mais contemporâneas sobre países que apresentam essas características. No trabalho de Nolte (2010) sobre potências regionais, o autor ressalta que países considerados como tal, utilizariam como estratégia a formação de coalizões nas negociações no seio das instituições internacionais e regionais, bem como ações de cooperação regional.

No que se refere à cooperação regional tomando como análise a Cooperação Sul-Sul brasileira de combate à epidemia de HIV/AIDS, observa-se que sob o modelo de cooperação humanitária o Brasil doou medicamentos antirretrovirais para alguns países da América do Sul, tendo Bolívia e Paraguai participado junto com o Brasil e outros países da América Central e África da iniciativa Laços Sul-Sul.

No âmbito da cooperação técnica observa-se também a existência de projetos bilaterais na área de HIV/AIDS com países da região Sul Americana (ABC; MRE, 2016). A cooperação educacional no âmbito regional pode ser vista por meio do fornecimento de bolsas de estudos para candidatos estrangeiros oriundos de países da UNASUL para os cursos de pós-graduação já citados, e ministrados pela Fiocruz (FIOCRUZ, 2015f). Observa-se neste sentido que modalidades da cooperação brasileira na área de HIV/AIDS no âmbito internacional também podem ser analisadas sob o prisma da cooperação regional com países da América do Sul.

Carneiro (2008, p.12) discorrendo sobre países emergentes e segurança nas relações internacionais considera quatro elementos que podem ser utilizados para caracterizar uma potência emergente: ser um país considerado uma potência econômica, ter estabilidade política, poderio militar, proeminência regional e legitimidade. No tocante a esta última característica, o autor se referiu à prevalência dos direitos humanos como norma de conduta para os Estados na questão da segurança coletiva (CARNEIRO, 2008, p. 24).

No caso do Brasil, o país se enquadra nos critérios de potência emergente referidos anteriormente. Concernente à Cooperação Sul-Sul brasileira na área de HIV/AIDS, a questão da proeminência regional pode ser vista pelos Acordos firmados na área de combate à epidemia no contexto do MERCOSUL, nos projetos de cooperação técnica estabelecidos com

países da região, na doação de antirretrovirais, e no fornecimento de bolsas de estudos no âmbito da cooperação educacional para países da UNASUL.

O critério legitimidade deve ser transposto para a vinculação entre direito à saúde, previsto na Constituição brasileira de 1988, e direito ao tratamento do HIV/AIDS, como um direito humano, onde todo indivíduo contaminado/doente em decorrência do vírus recebe tratamento com medicamentos antirretrovirais fornecidos pelo Estado brasileiro, por meio do sistema único de saúde (SUS). Políticas de saúde brasileiras no tocante a essa questão incluem ainda ações para a não discriminação de pessoas ou grupos de pessoas contaminadas pelo vírus HIV.

Utilizando as características da diplomacia de nicho para o estudo do Brasil como potência regional e potência emergente, observa-se que o escopo das ações não se limitando à região em que o país está inserido, pode ser utilizado para análise do Brasil como potência emergente, uma vez que a cooperação humanitária, a cooperação técnica e a cooperação educacional se estabelecem com países de outras áreas geográficas além da região Sul Americana.

No que se refere ao estilo e o foco, essas características podem ser utilizadas para as duas categorias, e nesse sentido, o ativismo diplomático tanto pode ser visto nas ações de combate à epidemia no âmbito dos Acordos do MERCOSUL, e nesse tocante, restritas à questão regional, quanto nas ações estabelecidas no âmbito da UNITAID e da Rede de Cooperação Internacional Tecnológica em HIV/AIDS, representando o âmbito internacional das ações. A mediação entre vários setores da sociedade está presente tanto no contexto regional, quanto no internacional, quando se observa projetos técnicos bilaterais com países da região Sul Americana, e projetos multilaterais, por exemplo, com países africanos em que a questão da mediação entre sociedade civil, organizações não governamentais e governamentais e governo atende a interesses de todos os setores referidos.

A característica forma multilateral pode ser analisada sob dois aspectos, o primeiro está relacionado à quantidade de países envolvidos na cooperação, que em alguns modelos de cooperação (técnica, científico-tecnológica e educacional) se estabelece de forma multilateral. O segundo aspecto se refere às ações multilaterais em Fóruns internacionais. Como instrumento de análise no âmbito regional, a avaliação se atém às ações estabelecidas no contexto de Organismos regionais tais como o MERCOSUL e a UNASUL, que estabelecem cooperação na área de saúde, destacando-se o MERCOSUL, que empreende ações especificamente também na área de HIV/AIDS.

No contexto de potência emergente, o alinhamento político dos BRICS em Fóruns multilaterais internacionais, tais como a OMS, demonstra que essa característica também pode ser utilizada como instrumento analítico para essa categoria de país no contexto da cooperação em saúde.

Considera-se, portanto, que sob o espectro das categorias potência regional e emergente, a diplomacia de nicho, embora não possa ser utilizada para a análise do Brasil como potência intermediária, regional e emergente simultaneamente, apresenta características que permitem a avaliação do país dentro dessas classes conceituais de acordo com o contexto em que está inserido.

O estudo do Brasil como potência regional e/ou emergente agrega para o campo de pesquisa sobre os países intermediários a questão da influência que esses Estados teriam no Sistema Internacional sob a ótica do poder que os mesmos exercem nesse sistema. Cooper (2011-12, p. 162), discorrendo sobre potências emergentes e o novo multilateralismo, ressalta que países que não são vistos como potências emergentes, mas se enquadram no conceito de potências regional ou média, podem atuar como “pontes” entre grupos e regiões no contexto de Fóruns internacionais.

Cooper (2011-12) ressalta o papel do multilateralismo como estratégia preferencial das potências emergentes, particularmente no seio de Fóruns internacionais tais como G20 financeiro, no sentido de oferecer soluções a problemas internacionais, assim como na oferta de bens públicos globais. No final de sua análise, o autor faz referência à dificuldade, ainda atual, de se entender em sua totalidade qual o papel, a influência e as mudanças reais que esses países têm provocado no sistema internacional, uma vez que não há consenso sobre que países devem ser considerados como emergentes, que critérios devem ser considerados para que um país seja analisado sob esta categoria, como, com que finalidade e qual o real ganho para esses países diante da sua atuação em fóruns internacionais, além da presença de incertezas político-financeiras a partir da crise financeira de 2008.

Para o autor, embora o Produto Interno Bruto (PIB) de um país seja um critério utilizado para considerar um Estado como uma potência emergente, o mesmo segue como um critério limitado, uma vez que não leva em consideração a influência regional e as desigualdades sociais dos países (COOPER, 2011-2, p.162)

Lima (2007) ao refletir sobre a imprecisão do conceito de país intermediário e emergente destaca a questão do poder objetivo, subjetivo e o poder social. No tocante ao objeto da presente pesquisa, destacam-se as ideias ligadas ao poder subjetivo, que inclui a concepção de autopercepção ou aspiração do país em ser/ter reconhecido/reconhecimento

como um país emergente ou intermediário no cenário internacional. Para a concretização dessa visão de si mesmo, o país utilizaria como estratégias a construção de capacidades materiais como poderio militar, bem como passaria a exercer ativa participação em arenas multilaterais, que a autora refere como “meta-poder” (LIMA, 2007, p.172). O Meta-poder seria nesse caso, “o exercício de uma ativa diplomacia parlamentar nestes Fóruns”, referidos como arenas multilaterais (KRASNER apud LIMA, 2007).

Krasner (1985, p. 14) ao analisar as estratégias utilizadas pelos países do Terceiro Mundo¹⁴⁵ na construção de regimes internacionais, refere-se a dois tipos de poder, o relacional e o meta-poder. No caso do poder relacional, a estratégia seria estabelecer esforços para maximizar valores dentro de um determinado conjunto de estruturas institucionais, e no caso do meta-poder, esses esforços teriam a função de mudar as próprias instituições. Enquanto o poder relacional implicaria na habilidade de mudar resultados ou afetar o comportamento de outros países dentro de um Regime Internacional e, portanto, uma visão mais reformista, a ideia de meta poder implicaria na habilidade de mudar as regras do “jogo” durante a negociação de um Regime, o que representaria uma ação mais revisionista do país no sistema internacional.

A ideia de poder que o país exerce, e como por meio dele influencia esse sistema, constitui o fio condutor da análise do poder brando, ou *Soft Power*. A cooperação em saúde não utiliza o uso da força para estabelecer ações na área, e as estratégias que utiliza podem ser enquadradas no conceito de *Soft Power*, em que ideias como poder de atração, influência e persuasão são destacados.

A ideia de influenciar o comportamento do outro para conseguir que os seus interesses sejam alcançados, delineia os estudos de Nye (2004) no que se refere ao conceito de *Soft Power* no Sistema Internacional. Poder de atração e não de coerção, e a habilidade que tem um Estado em moldar as preferências de outros Estados tende “a ser associado a bens intangíveis tais como personalidade, no caso de um líder, cultura, valores políticos e instituições e políticas que são vistas como legítimas ou tendo autoridade moral”¹⁴⁶ constituindo-se como fontes de *Soft Power* (NYE, 2004, p.6).

Nye (2004, p.6) ressalta que o *Soft Power* não é apenas poder de atração e/ou persuasão, embora sejam características que fazem parte desse tipo de poder. O autor aumenta

¹⁴⁵ Na época em que o autor escreveu o livro o termo terceiro mundo ainda era utilizado por alguns estudiosos para se referir aos países em desenvolvimento localizados, em sua maioria, na região do sul global.

¹⁴⁶ No original: “the ability to establish preferences tends to be associated with intangible assets such as an attractive personality, culture, political values and institutions, and policies that are seen as legitimate or having moral authority”.

o espectro analítico dessa ferramenta ao considerar que *Soft Power* é também a “habilidade de atrair, e a atração frequentemente leva a aquiescência”. As fontes desse tipo de poder é que produzem essa atração.

As fontes de *Soft Power* de um país se encontram primariamente na sua cultura, nos seus valores políticos, e na sua política externa. Considerando os Fóruns em que os países podem atuar, as instituições também podem aumentar o *Soft Power* de um país (NYE, 2004, p.10-1) à medida que o mesmo negocia e barganha sobre assuntos de seus interesses nesses locais.

A política brasileira de combate à epidemia de HIV/AIDS teve início nos anos 1980 com a criação do Programa Nacional de HIV/AIDS em 1986, adstrito ao Ministério da Saúde, tendo início também a notificação compulsória da doença, o que permitiu o acompanhamento da epidemia no país (LIMA; CAMPOS, 2010, p. 121). Os autores ressaltam também que o modelo brasileiro de combate à doença foi:

Construído baseada em princípios fundamentais, formulados seja a partir da mobilização da sociedade civil, seja da implementação de programas governamentais, (...) centrados basicamente na articulação entre direitos humanos e cidadania numa perspectiva solidária. (...)A solidariedade foi o conceito-chave utilizado para transformar o discurso dominante de estigma, preconceito e exclusão das pessoas com HIV/aids num discurso radicalmente diferente, baseado na inclusão, possibilitando a articulação entre prevenção, assistência e garantia de direitos de cidadania (GALVÃO, 1997; 1997A; TEIXEIRA, 1997; DANIEL & PARKER, 1991, 1993; PARKER, 2003; PAIVA, 2003, apud ALMEIDA, 2005)¹⁴⁷

Nesse contexto, a ideia de solidariedade, proteção da pessoa ou grupo de pessoas portadoras/doentes pelo vírus HIV e cidadania vinculadas à garantia constitucional de direito ao tratamento com os medicamentos antirretrovirais, podem ser considerados como parte da cultura e valores políticos do país, no que concerne a ações estabelecidas por vários setores da sociedade e do Estado brasileiro para garantir o direito de combate à doença em território nacional.

O ativismo brasileiro na área, principalmente defendendo o acesso universal ao tratamento com antirretrovirais foi e continua sendo uma política que promove valores e

¹⁴⁷ GALVÃO, J. As respostas religiosas frente à epidemia HIV/AIDS no Brasil. In: Richard Parker (Org.) Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. p. 109-34. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA. 1997.; GALVÃO, J. As respostas das organizações não-Governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/AIDS. In: Richard Parker (Org.) Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. p. 69-108. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA. 1997; TEIXEIRA, P.R. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER R. (Org.), Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. p.43-68. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA (1997); DANIEL, H.; PARKER, R. AIDS: a terceira epidemia (ensaios e tentativas). São Paulo: Iglu. 1991. DANIEL, H.; PARKER, R. Sexuality, politics and AIDS in Brazil: in another world? London: The Falmer Press. 1993; 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, n.27, p.8-49, 2003.

interesses que podem ser compartilhados por todas as sociedades, principalmente àquelas que enfrentam graves problemas no combate à epidemia de HIV/AIDS. Nesse tocante, o Brasil participou ativamente em Fóruns internacionais multilaterais, contribuindo para a aprovação de Resoluções e Declarações, tais como:

Aprovação da Resolução 33/2001 na 57ª Sessão da Comissão das Nações Unidas para Direitos Humanos, estabelecendo que o acesso a medicamentos antirretrovirais é um direito humano básico; Aprovação da proposta brasileira feita durante a Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2001 que destaca a importância da disponibilidade crescente de medicamentos acessíveis àqueles afetados pela doença; Aprovação da Declaração de Compromisso sobre HIV/AIDS na Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (A/RES/S-26/2) que reconhece a necessidade de adoção de uma abordagem integral entre prevenção, tratamento e proteção dos direitos humanos como o único caminho para conter efetivamente a disseminação da epidemia; Envolvimento direto brasileiro no Fundo Global para o Combate à AIDS, Tuberculose e Malária, lutando por uma participação igualitária entre países ricos e em desenvolvimento em seu principal órgão decisório, o Corpo Diretivo (BRASIL, 2002 apud LIMA; CAMPOS, 2010)¹⁴⁸.

O combate à epidemia de HIV/AIDS dentro do território nacional, desde o seu princípio, instituiu várias políticas de saúde que abrangem prevenção, diagnóstico, tratamento, proteção da pessoa e/ou grupos de pessoas portadoras do vírus HIV, incluindo a proteção contra discriminação e direitos humanos. Ao longo de mais de trinta anos desde o diagnóstico do primeiro caso brasileiro, pode-se considerar que as medidas estabelecidas foram, e são responsáveis em grande medida pela baixa prevalência da doença no país até os dias atuais. Ao iniciar ações de cooperação internacional na área a partir do ano 2002, com projetos e doação de antirretrovirais, pode-se inferir que a *expertise* brasileira nesse campo da saúde conferiu-lhe e ainda confere autoridade moral no contexto da cooperação para o combate ao HIV/AIDS no mundo, sendo, ademais, uma potencial fonte de *Soft Power*.

Observa-se que embora a temática tenha sido objeto de Acordos e Ajustes a Acordos de Cooperação na área durante o governo do Presidente Fernando Henrique, foi efetivamente durante o governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva que ações mais concretas no sentido de projetos, doação de antirretrovirais e cooperação em outras áreas foram estabelecidas. Nesse sentido, a presença da temática como área de destaque no governo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva estão presentes em alguns de seus discursos¹⁴⁹, bem

¹⁴⁸ BRASIL, Ministério da Saúde, SVS, Programa Nacional de DST/aids. Respostas à experiência do Programa brasileiro de AIDS. Brasília, 2002. BRASIL, Ministério da Saúde, *International Cooperation Programme: for HIV and AIDS Prevention and Control Activities for Other Developing Countries*. 2002.

¹⁴⁹ O Presidente Luiz Inácio Lula da Silva fez referência ao combate a AIDS na LIX Assembleia Geral das Nações Unidas em 2004; na 5ª. Conferência de Chefes de Estado e de Governo da CPLP, julho de 2004; na Cúpula África-América do Sul que ocorreu na Nigéria em 2006 (PUENTE, 2010, p.238-9).

como ações efetivas com relação ao combate à epidemia de HIV/AIDS no mundo. Nesse tocante, pode-se inferir que a personalidade do líder, no caso o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, contribuiu para o estabelecimento de ações efetivas na área, bem como o desenvolvimento de outras, tais como a cooperação educacional e a científico-tecnológica.

O Brasil é um país que dispõe de recursos limitados de poder quando comparado aos *Great Powers*, mas utiliza como estratégia de ação a ativa participação em Fóruns multilaterais a fim de aumentar seu poder de influência e tentar alterar resultados internacionais que sejam de seus interesses (LIMA, 2005, p.172). A contribuição do país para a aprovação de Resoluções e Declarações no âmbito da OMS, como já citado anteriormente, bem como em tempos mais contemporâneos a reunião dos Ministros da Saúde dos BRICS às margens da Assembleia Geral da OMS, assim como a reunião do grupo de trabalho do IBAS, também às margens da OMS, são exemplos da participação do país em Fóruns inter-regionais e no contexto de Fóruns multilaterais internacionais. Infere-se que a partir do alinhamento político para discussões de questões como maior equilíbrio do direito de propriedade intelectual na área de saúde (temática principal do grupo de trabalho do IBAS) nesses Fóruns internacionais, esta ação funciona também como fonte de *Soft Power*, uma vez que grandes potências emergentes e regionais agrupadas têm maior capacidade de negociar seus interesses na área com países considerados grandes potências.

No contexto das doações para organizações multilaterais, tais como a OMS, a OPAS, UNICEF e UNFPA, os BRICS se constituem como mais uma fonte de financiamento no contexto do combate à epidemia de HIV/AIDS no mundo, mesmo que comparativamente muito pequena em termos de quantidade doada. No *Annual Report* da UNAIDS de 2013, os BRICS foram responsáveis junto com países não pertencentes à OCDE por 0,1% do financiamento internacional para ações de combate à epidemia no ano de 2012 (UNAIDS, 2013). Em termos percentuais é muito pouco quando comparado a doações dos Estados Unidos (48% no ano de 2012), ou da União Europeia (16% em 2012), no entanto, a análise das doações dos BRICS para o combate à epidemia deve ir além da questão financeira, e considerar a questão política. Ao contribuir como agrupamento esta doação funciona como estratégia política de países em desenvolvimento, exceto a Rússia que não se enquadra nessa classificação, em busca de mais espaço político, ao mesmo tempo em que se posiciona tentando contrabalançar com as grandes potências no sistema internacional.

A diplomacia de nicho, ferramenta analítica referida por Nossal e Stubbs (1997) para estudar países intermediários tradicionais, também pode ser utilizada para o estudo do Brasil no contexto das três categorias a que pertence, utilizando-se como objeto de pesquisa a

cooperação brasileira na área de HIV/AIDS. Considera-se que essa ferramenta analítica pode funcionar como uma “ponte” para a análise de estratégias entre países intermediários tradicionais, cuja origem conceitual surge ainda no contexto da Guerra Fria e emergentes, cuja ideia se desenvolve, particularmente, no início do século XXI (JORDAAN, 2003).

Mensurar ganhos de um Estado utilizando particularmente um instrumento de *Soft Power* pode muitas vezes ser difícil de identificar concretamente. No caso do Brasil, a construção do modelo estatístico sobre a Cooperação Sul-Sul brasileira na área de HIV/AIDS pode demonstrar esses ganhos.

Utilizando-se inicialmente o Modelo I, os ganhos do país ao cooperar podem ser vistos quando se considera os países que receberam mais doação de antirretrovirais, tanto em quantidade, quanto em tempo de doação. Pode-se inferir que o país obteve ganhos quando se considera que todos os países africanos pertencentes da CPLP receberam doação de medicamentos, destacando-se Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe como grandes destinos dessa cooperação, e que os dois países participaram da iniciativa Laços Sul-Sul, junto Bolívia e Paraguai, estes últimos, país membro e associado, respectivamente, do MERCOSUL. No mesmo modelo estatístico a doação de antirretrovirais ocorreu particularmente para países com PIB/per capita relativamente maior, quando comparado com países da mesma região que tinham PIB/per capita menor; e para países onde a prevalência em HIV/AIDS era relativamente baixa.

A observação do fluxo das exportações brasileiras para os países que receberam doação de antirretrovirais permite a inferência de que o país também obteve ganhos com essa modalidade de cooperação. A análise do modelo I permite a inferência de que mesmo que a lógica da Cooperação Sul-Sul brasileira se pautasse pela demanda (constatada pelo aumento do número de projetos, países cooperando e quantidade de antirretrovirais doados ao longo dos anos, considerando-se ao menos o período até o ano de 2009), a cooperação humanitária estabelecida por meio de doação de antirretrovirais se orientou por interesses políticos e econômico-comerciais.

Considera-se, nesse sentido, que a cooperação humanitária por meio da doação de antirretrovirais criou canais de comunicação para que pudesse haver aumento das relações comerciais brasileiras com os países com os quais cooperou. Observa-se, nesse sentido, o que refere Puente (2010) sobre adensamento de relações bilaterais entre países. Para o autor, iniciativas de cooperação podem servir como meio de construção de uma rede de relacionamentos, permitindo o adensamento das relações/vínculos bilaterais brasileiros com

países de outras regiões, contribuindo, nesse sentido, para o desenvolvimento de relações político-econômico-comerciais que irão ser maturadas ao longo do tempo.

No modelo II considera-se que além de interesses políticos, existiram também interesses sociais, altruístas e éticos ao empreender cooperação técnica na área de combate ao HIV/AIDS por meio de projetos.

Os dados referentes à cooperação técnica durante o período estudado demonstram que países pertencentes ao MERCOSUL, ou no caso do Suriname, país localizado em área de fronteira, e ainda países pertencentes ao Continente Africano, são Estados que estão inseridos nas diretrizes da política externa brasileira, que ressalta a necessidade de aproximação com países do entorno geográfico e do Continente referido, reforçando a presença de interesses políticos do país.

Por outro lado, o fato de países que receberam menor exportação desenvolverem mais projetos com o Brasil, orienta o pensamento para que, nessa modalidade de cooperação interesses éticos, solidários, morais e altruístas também tenham sido considerados para o estabelecimento de iniciativas na área. Nesse sentido, apesar de Nigéria, Quênia e Angola terem sido os países que receberam maior fluxo de exportações brasileiras e terem também desenvolvidos projetos, Moçambique, Zâmbia e Botsuana, países que têm taxas de prevalência muito elevada da doença, desenvolveram vários projetos na área de forma bilateral e multilateral.

A demonstração de ganhos políticos, embora menos concreta, pode ser vista pelo aumento da demanda dos países por cooperação humanitária, traduzida por aumento da quantidade de comprimidos antirretrovirais doados, particularmente até o ano de 2009, bem como o número de países que passaram a desenvolver projetos com o Brasil durante o período de estudo, particularmente, durante o governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva.

Sendo a lógica da cooperação brasileira orientada pela demanda, o aumento da demanda dos países por essas duas cooperações ao longo do tempo, permite inferir que a cooperação brasileira na área foi inicialmente reflexo do reconhecimento, por parte de outros países, de que o Brasil tinha *expertise* na área. A partir desse reconhecimento, a cooperação passou a funcionar como instrumento de aumento de prestígio político do Estado, capitaneado em grande medida, pela personalidade do presidente que estava no poder naquele momento, e que colocou ações de combate à epidemia como uma área de destaque em seu governo.

Nesse sentido, se *Soft Power* significa poder de influência, atração e habilidade em moldar a preferência de outros Estados no sistema internacional, a Cooperação Sul-Sul

brasileira na área de HIV/AIDS foi o instrumento utilizado pela política externa do Brasil para aumentar poder de influência, alcançar interesses e obter ganhos nesse sistema.

Por outro lado, não sendo a ação brasileira livre de críticas na forma como executa a cooperação (LEITE et al 2013, CABRAL;WEINTOCK, 2010), questiona-se se o Brasil estaria repetindo o padrão Norte-Sul de cooperação. Nesse modelo referido como tradicional, o país doador estabelece as regras e as ações que irão ser empreendidas nesta relação. No contexto da presente pesquisa, questiona-se se o Brasil ao estabelecer ações de Cooperação Sul-Sul na área de HIV/AIDS, estaria repetindo o padrão de cooperação Norte-Sul, ou se as estratégias por ele implementadas na cooperação manteriam o país dentro dos princípios da Cooperação Sul-Sul.

Puente (2010), sobre esse mesmo ponto de discussão no contexto da cooperação técnica horizontal brasileira, pondera que concordar com esse pressuposto sem análise mais aprofundada é tornar o discurso da cooperação horizontal ou Sul-Sul mera retórica. Analisando a cooperação técnica horizontal como um instrumento de política externa sob a ótica de matrizes teóricas tais como o realismo, o idealismo e o estruturalismo, o autor entende que a mesma pode ser estudada sob um prisma mais amplo, e ressalta o papel que o *Soft Power* tem como ferramenta explicativa das ações de cooperação, sem necessariamente reproduzir as assimetrias e a dependência presente no modelo Norte-Sul da cooperação internacional (PUENTE, p. 95-6).

No contexto da Cooperação Sul-Sul brasileira na área de HIV/AIDS, o conceito de cooperação estruturante (já descrito anteriormente) deve ser agregado à análise no sentido de se responder a essa questão.

5.2 Brasil: doador ou parceiro de cooperação internacional?

A análise inicial do que diferencia os modelos Norte-Sul e Sul-Sul de cooperação internacional deve se basear no entendimento do significado de doador, receptor e parceiro nesse tipo de relação entre países. A primeira premissa é a posição econômico-social presente na relação doador-receptor. No modelo Norte-Sul observa-se que o país que doa (doador) é, de forma geral, industrializado, desenvolvido economicamente e localizado geograficamente no hemisfério Norte ¹⁵⁰. A maioria dos países que se enquadra nessas condições participa da

¹⁵⁰ São considerados como economias avançadas: Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Chipre, República Tcheca, Dinamarca, Estônia, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hong Kong, Islândia, Irlanda, Israel, Itália, Japão, República da Coreia, Letônia, Lituânia, Luxemburgo, Macau, Malta, Países Baixos, Nova Zelândia, Noruega, Portugal, Porto Rico, San Marino, Singapura, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Suécia, Suíça, Taiwan,

Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE). O país que recebe (receptor) é um país em desenvolvimento e/ou emergente¹⁵¹, menos desenvolvido economicamente e localizado, de forma geral, no que se chama de Sul global.

A ideia de países parceiros na cooperação está ligada ao modelo Sul-Sul. A questão socioeconômica dos Estados é vista como mais homogênea, uma vez que os países envolvidos nessa relação, de forma geral, são considerados em desenvolvimento, estão localizados no chamado Sul global, compartilham problemas sociais e econômicos semelhantes e para alguns deles, existem ainda laços culturais importantes, como é o caso do Brasil e alguns países do Continente Africano.

A segunda premissa é a forma como se estabelece a relação de cooperação. O modelo tradicional ou Norte-Sul se baseia na transferência de recursos em diversas áreas e finalidades de países desenvolvidos, os doadores, para países em desenvolvimento e/ou emergentes, os receptores. Os fluxos de ajuda têm caráter concessional e um elemento de doação de ao menos 25% (GALÁN e SANAHUJA apud AYLLÓN, 2006, p. 7), a que se chama de “ajuda atada”. Nesse tipo de cooperação a ideia que prevalece é a de verticalidade, ou seja, o país doador determina as prioridades da cooperação e o país receptor, para receber a mesma, acolhe as condições impostas para o recebimento da ajuda internacional.

No caso do modelo Sul-Sul de cooperação, os fluxos da ajuda ocorrem de forma variada de acordo com o que cada país considera como modelo de cooperação. No caso brasileiro, o relatório publicado pelo IPEA em conjunto com a Agência Brasileira de Cooperação e o Ministério das Relações Exteriores, em 2010, considerou sete modalidades de cooperação brasileira: cooperação humanitária, técnica, científico-tecnológica, educacional,

Reino Unido e Estados Unidos. Disponível em <http://www.imf.org/external/datamapper/index.php>. Acesso em 02/11/2016.

¹⁵¹ De acordo com o Fundo Monetário Internacional os países emergentes e em desenvolvimento são: Afeganistão, Albânia, Argélia, Angola, Antígua e Barbuda, Argentina, Armênia, Azerbaijão, Bahamas, Bahrain, Bangladesh, Barbados, Bielorrússia, Belize, Benin, Butão, Bolívia, Bósnia e Herzegovina, Botsuana, Brasil, Brunei Darussalam, Bulgária, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camboja, Camarões, República Centro Africana, Chade, Chile, China, Colômbia, Comoro, República do, Congo, República Democrática do Congo, Costa Rica, Croácia, Curaçao, Costa do Marfim, Djibouti, Dominica, República Dominicana, Equador, Egito, El Salvador, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Fiji, Macedônia, Gabão, Gambia, Geórgia, Gana, Granada, Guatemala, Guiné, Guiné-Bissau, Guiana, Haiti, Honduras, Hungria, Índia, Indonésia, Iran, Iraque, Jamaica, Jordânia, Cazaquistão, Quênia, Kiribati, Kosovo, Kuwait, Quirquístão, Laos, Líbano, Lesoto, Libéria, Líbia, Madagascar, Malawi, Malásia, Maldivas, Mali, Ilhas Marshall, Maurtânia, Maurício, México, Micronésia, Moldova, Mongólia, Montenegro, Marrocos, Moçambique, Myanmar, Namíbia, Nepal, Nicarágua, Níger, Nigéria, Omã, Paquistão, Palau, Panamá, Papua New Guiné, Paraguai, Peru, Filipinas, Polónia, Qatar, Romênia, Rússia, Ruanda, Saint Kitts e Nevis, Saint Lucia, Saint Vincent e Granadinas, Samoa, Arábia Saudita, Senegal, Sérvia, Seychelles, Serra Leoa, Saint Martin, Ilhas Salomão, África do Sul, Sudão do Sul, Sri Lanka, Sudão, Suriname, Suazilândia, Síria, São Tomé e Príncipe, Tadjiquistão, Tanzânia, Tailândia, Timor-Leste, Togo, Tonga, Trinidad e Tobago, Tunísia, Turquia, Turcomenistão, Tuvalu, Uganda, Ucrânia, Emirados Árabes Unidos, Uruguai, Uzbequistão, Vanuatu, Venezuela, Vietnam, Iêmen, Zâmbia e Zimbábue. Disponível em <http://www.imf.org/external/datamapper/index.php>. Acesso em 02/11/2016

doação para Organizações Multilaterais Internacionais, Missões de Paz e recentemente foi agregada a proteção aos refugiados. A cooperação se estabelece principalmente com países em desenvolvimento sem haver a exigência do caráter concessional para ações de cooperação entre os países.

A Cooperação Sul-Sul é regida por princípios (CORRÊA, 2010, p.91), já citados anteriormente, que sustentam o caráter de horizontalidade das ações, e ressaltam características que a diferem do modelo Norte-Sul. O reconhecimento das necessidades locais e a ideia de sustentabilidade dos projetos, para que os mesmos possam ser multiplicados por iniciativas locais, é um dos pontos chaves presentes na ideia do modelo. O discurso oficial brasileiro sobre a Cooperação Sul-Sul afirma que:

A estratégia maior da cooperação técnica prestada pelo Brasil, que não é assistencialista, não tem fins lucrativos nem pretensões comerciais e está centrada no fortalecimento institucional de nossos parceiros, é condição fundamental para que a transferência e a absorção de conhecimentos sejam efetivas (ABC, 2016a).

No caso da cooperação em saúde, pode-se incorporar a ideia de cooperação estruturante em saúde, que segundo Almeida e Campos (2010, p.28) baseia-se na “construção de capacidades para o desenvolvimento”. No caso da Cooperação Sul-Sul brasileira, entende-se que a mesma deve estar centrada no “fortalecimento institucional dos sistemas de saúde dos países parceiros, combinando intervenções concretas com a construção de capacidades locais e a geração de conhecimentos, além de promover o diálogo entre atores”, para que as ações estabelecidas possam ter o caráter multiplicador.

Nas diretrizes brasileiras para a formulação de projetos de cooperação técnica internacional, publicada em 2005, três dessas orientações se inserem também na ideia de cooperação estruturante em saúde. Na referida diretriz, destacou-se que deve haver priorização de projetos que possibilitem a criação de efeitos multiplicadores; deve-se dar ênfase a projetos que integrem os componentes básicos da cooperação técnica internacional, ou seja, a consultoria, a formação de recursos humanos, o treinamento de pessoal e a complementação da infraestrutura da instituição receptora; e os projetos devem garantir maior alcance dos resultados, evitando-se, nesse sentido, a pulverização e a dispersão de esforços (ABC; MRE 2005, p.12).

O conceito estruturante remonta, como citado anteriormente, à ideia de desenvolvimento de capacidades presente do relatório do PNUD (1997). No relatório ressalta-se que esse desenvolvimento deve estar presente em vários setores do Estado, em que participam indivíduos, organizações, instituições e sociedade civil, de forma individual e

coletiva, no sentido de desenvolvimento de capacidades, a fim de solucionar problemas, e alcançar os objetivos desejados pelo país ao final.

No caso da Cooperação Sul-Sul brasileira na área de HIV/AIDS o caráter estruturante da cooperação em saúde pode ser observado no contexto da cooperação técnica, científico-tecnológica e educacional.

No contexto da cooperação técnica estabelecida por meio de projetos e missões na área de combate à epidemia de HIV/AIDS observou-se que, quando se dividiu as ações em três níveis de atuação, micro ou do indivíduo, intermediário ou do sistema de saúde, e macro ou técnico-institucional, estas, em sua grande maioria, tinham como finalidade principal a construção de capacidades para o desenvolvimento.

Exemplos da construção de capacidades estão nos projetos BRA/04/044-A410 entre Brasil, Libéria e Serra Leoa e no projeto BRA/04/044-S156 entre Brasil e Suriname, em que na descrição desses dois projetos técnicos na área de combate ao HIV/AIDS observa-se no primeiro, o fortalecimento de recursos humanos para atuar no sistema de saúde do país cooperante, contribuindo assim para o combate da epidemia no país, e o fortalecimento do sistema de saúde do país cooperante no nível técnico-institucional, no segundo, contribuindo também, porém em outra instância, para o combate à epidemia no país (ABC, 2016b).

Destaque no âmbito dos projetos merece ser feito ao projeto para a construção da fábrica de medicamentos de Moçambique, assinado em 2008, e inicialmente orçado em US\$ 12.400.000,00 (doze milhões e quatrocentos mil dólares) com o Ministério da Saúde brasileiro financiando US\$ 7.900.000,00 (sete milhões e novecentos mil dólares) e o governo de Moçambique US\$ 4.500.000,00 (quatro milhões e quinhentos mil dólares) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014g). A fábrica de medicamentos que passou a se chamar Sociedade Moçambicana de Medicamentos foi concluída em 2012 (MILANI; LOPES, 2014b).

O total financiado pelo Brasil para a fábrica de medicamentos em Moçambique, ao final, foi orçado em aproximadamente R\$ 41.800.000,00 (quarenta e um milhões e oitocentos mil reais), e Moçambique, US\$ 15.400.000,00 (quinze milhões e quatrocentos mil dólares), já incluindo o apoio financeiro dado pela empresa Vale Moçambique. Resultados concretos dessa cooperação já podem ser contabilizados, quando se considera que em agosto de 2014, a fábrica começou a produção da medicação genérica lamivudina, antirretroviral que faz parte do esquema de tratamento de pessoas infectadas pelo vírus da AIDS, e em outubro, começou a produção de outro antirretroviral genérico, a nevirapina, que também é utilizada em esquemas terapêuticos para o tratamento da doença. Além da produção de medicamentos,

quinze técnicos moçambicanos foram capacitados, e em torno de cinquenta (na época) estavam sob treinamento (FEDATTO, 2015, p.25).

A finalização da construção da fábrica de medicamentos em Moçambique, em 2012, e o início da produção de medicamentos, bem como de treinamento de recursos humanos na área representa a ideia de construção de capacidades e multiplicação de iniciativas em um país que apresenta elevada prevalência da doença entre pessoas de 15-49 anos, em torno de 10,6%, nos dados referentes ao ano de 2014 (BANCO MUNDIAL, 2016).

Como efeito multiplicador da iniciativa, além da capacitação de técnicos moçambicanos e da produção dos primeiros antirretrovirais no país, destacam-se os interesses de Angola e da Nigéria na área de produção de antirretrovirais, traduzidos nos projetos BRA/04/044-A187 e BRA/04/044-A110, correspondendo respectivamente aos países citados (ABC; MRE, 2016b).

Ainda no contexto do Continente Africano, a internacionalização da Fiocruz, com a abertura de um escritório em Moçambique, orienta o pensamento para a construção de capacidades para o desenvolvimento no âmbito institucional, a partir do momento em que uma Instituição brasileira, reconhecidamente atuante na área de saúde e na cooperação internacional na área, redimensiona a questão logística para a execução de suas ações, estabelecendo-se presencialmente mais perto dos atores envolvidos nas iniciativas na área.

Projetos técnicos com características estruturantes também podem ser vistos no âmbito do Fundo IBAS, como no projeto para a construção de um centro de saúde e fornecimento de insumos no Burundi, cujas funções previam a execução de testes para saber se o indivíduo é portador do vírus HIV, bem como assistência para o tratamento de pacientes da região. Enquanto o centro era construído, técnicos eram treinados nas áreas em que iriam atuar. Observa-se nesse sentido, que a construção de capacidades para o desenvolvimento está presente na capacitação técnica de recursos humanos para trabalhar no centro de saúde, além da troca de informações que gera, consequentemente, e para essa realidade, a difusão de conhecimento e a perspectiva de se ter um efeito multiplicador com o estabelecimento de ações semelhantes no próprio país e em países vizinhos.

No âmbito da CPLP observa-se, também, a existência de projetos estruturantes, tais como o projeto de cooperação técnica BRA/04/044-S404 com Guiné-Bissau, já citado anteriormente, onde se destaca a construção de capacidades em dois níveis. No primeiro, o nível técnico, o projeto objetivou a capacitação de recursos humanos para trabalhar em uma determinada área (laboratorial), e o segundo, em nível institucional, ocorreu a criação de um Instituto de Saúde voltado, dentre outras coisas, para albergar o Laboratório de Saúde Pública

onde irão trabalhar os técnicos capacitados na área de diagnóstico laboratorial em HIV (CPLP, 2010b).

A capacitação de recursos humanos em saúde no âmbito da CPLP ocorre também no contexto da Rede de Escolas Nacionais de Saúde Pública (RESP), destacando-se o projeto Pr11/ST/01 com foco na área de HIV/AIDS, e executado no contexto do Plano Indicativo de Cooperação (PIC), anteriormente citado (CPLP, 2010b).

No âmbito da Cooperação Científico-Tecnológica a construção de capacidades para o desenvolvimento pode ser vista no projeto MCT/CNPq #45/2009 no contexto do Fórum IBAS, já citado anteriormente, permitindo para esse contexto o diálogo entre atores diversos, troca de informações e difusão de conhecimento na área científico-tecnológica. As ações em destaque geram potencial capacidade de promoção de ganhos mútuos para os países, não apenas aqueles participantes do Fórum, uma vez que o aperfeiçoamento nas características farmacológicas dos medicamentos antirretrovirais proporciona melhoria do tratamento para as pessoas que deles necessitam.

A criação Rede Internacional de Cooperação Tecnológica em HIV/AIDS, também é outro exemplo de construção de capacidades, concretizado em tempos contemporâneos pelo desenvolvimento da medicação Ritonavir termoestável (FIOCRUZ, 2015e), o que permitirá maior acesso ao uso dessa medicação a indivíduos/populações que encontravam dificuldade de utilizá-la, devido à necessidade de ser mantido em câmara fria.

A cooperação educacional demonstra, também, aspectos de desenvolvimento de capacidades. O oferecimento de cursos de pós-graduação em áreas específicas pela Fiocruz para candidatos de países da UNASUL e CPLP no Brasil, e para candidatos dos próprios países de origem como no Peru, Angola e Moçambique, contribui para o fortalecimento de Instituições, particularmente, educacionais, ao mesmo tempo em que gera conhecimento e promove troca de informações e diálogo entre atores diversos.

O efeito multiplicador da cooperação se concretiza à medida que o conhecimento adquirido é compartilhado nos países de origem dos estudantes, contribuindo nesse sentido, para a difusão do conhecimento sobre temas da saúde, inclusive o HIV/AIDS, como por exemplo nas dissertações e teses defendidas sobre a temática do HIV/AIDS por candidatos que se encontravam nas condições anteriormente citadas¹⁵².

¹⁵² Faz-se referência as dissertações já citadas: “*Efecto del tratamiento antirretroviral del Programa del Ministerio de Salud del Perú en la supresión de la carga viral de pacientes con VIH/SIDA: estudio longitudinal retrospectivo*”¹⁵², defendida em 2014 no programa de Mestrado em Saúde Pública no Peru (ÑOPO, 2014); “Avaliação do Programa de Prevenção da Transmissão Vertical do VIH em Luanda/Angola” (ANTÔNIO, 2012) (I SEMINÁRIO ANGOLA-BRASIL DE SAÚDE PÚBLICA, 2015); “Estudo da diversidade

Observa-se, nesse sentido, que a cooperação educacional na área contribuiu para a construção de capacidades locais, promoveu a geração de conhecimentos, troca de informações entre atores diferentes, proporcionando, nesse sentido, um efeito multiplicador na área da saúde como um todo, e particularmente na área de combate à epidemia de HIV/AIDS, no que se refere às Dissertações defendidas no contexto da cooperação.

No contexto da política externa brasileira, alguns fatores proporcionaram maior alinhamento entre ações de cooperação de saúde no âmbito internacional, e as diretrizes da política externa dos governos do período analisado.

O primeiro aspecto foi a criação da Subsecretaria de Cooperação e Comunidades brasileiras no exterior, em 2004, atualmente denominada Subsecretaria de Cooperação e Promoção Comercial, que por meio da Agência Brasileira de Cooperação (ABC) procurou enfatizar prioridades a serem seguidas no contexto da cooperação técnica estabelecida pelo Brasil. Nesse sentido, destacou-se como prioritário compromissos assumidos em viagens do Presidente da República e do Chanceler; iniciativas com países da América Latina, Caribe e África, e especialmente para a última região, os países de língua portuguesa; o Haiti; a cooperação em triangulação com países desenvolvidos e organismos internacionais (PUENTE, 2010, p. 245).

Outro fator importante foi a assinatura do Termo de Cooperação nº 41, em 2006, entre o Ministério da Saúde, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e a Fiocruz, com a interveniência da Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES/MS), alinhando-se às diretrizes da política externa brasileira do período. A inclusão de mais temas sociais, a maior participação em Fóruns multilaterais e o aprofundamento de estratégias de Cooperação Sul-Sul permitiram que houvesse maior aproximação entre o Ministério da Saúde e o Ministério das Relações Exteriores, e consequentemente, maior e melhor articulação de iniciativas na área (PAIVA; ALVES, 2011, p.2-18).

A análise do Brasil como doador ou parceiro de cooperação internacional, utilizando-se como ponto de partida a Cooperação Sul-Sul na área de HIV/AIDS necessita da análise, não apenas no modelo de cooperação (Sul-Sul), mas também do tipo (estruturante em saúde), e dos referenciais teóricos relacionados à temática da cooperação internacional.

A análise do papel do Brasil, se doador ou parceiro no contexto da cooperação Sul-Sul, deve ter como ponto de origem a observância de que a lógica das iniciativas na área

genética e identificação de mutações de resistência primária de HIV aos ARVs em doadores de sangue na região norte de Moçambique” (VUBIL, 2013), candidato que ingressou no programa na seleção em Moçambique em 2010 (FIOCRUZ, 2015).

ocorre pela demanda dos países por cooperação brasileira nas diversas temáticas que o país coopera.

No contexto da Cooperação Sul-Sul brasileira na área de combate ao HIV/AIDS é importante determinar como o país utiliza essa cooperação no contexto de sua política externa. Nesse sentido, a Cooperação Sul-Sul na área de combate ao HIV/AIDS funciona como um instrumento da política externa brasileira na consecução de seus interesses no sistema internacional. No entanto, a cooperação funcionaria como instrumento do país em busca de interesses específicos, alinhando-se à visão realista das relações internacionais, que entende a atuação do Estado no sistema internacional como um meio de aumentar seu poder e maximizar ganhos relativos (GRIECO, 1993, p.315), ou a cooperação poderia ser executada também com a função alcançar interesses nacionais específicos.

Puente (2010) vai destacar que a cooperação internacional pode ser considerada como um instrumento de política externa do país, funcionando esta como uma ferramenta diplomática, ideia presente no pensamento de teóricos realistas como Morgenthau. Puente destaca ainda que embora a ideia de cooperação como ferramenta diplomática seja aceita de forma geral entre teóricos que estudam o tema, surgem controvérsias quando se considera que, além de ferramenta diplomática, a cooperação é utilizada também, e principalmente, com o fim precípua de alcançar e preservar os interesses nacionais específicos (PUENTE, 2010, p. 87).

No que se refere a essa questão, Puente (2010) observa que existe uma nuance ao se interpretar a cooperação com a finalidade última de alcançar interesses, pois para o autor, ao se aceitar que a finalidade maior seja alcançar e preservar interesses nacionais específicos, aceita-se a preponderância de pressupostos realistas, sem permitir que outras linhas teóricas também tenham poder explicativo sobre a cooperação. Nesse tocante, visões teóricas que consideram que o Estado tem interesses nacionais específicos ao cooperar, mas têm também outros interesses, e que a cooperação poderia levar os Estados a alcançar ganhos mútuos e não apenas relativos, deixariam de ser consideradas nesse contexto.

No que concerne à cooperação humanitária estabelecida por meio de doação de antirretrovirais, observa-se que dos países que receberam esses medicamentos, seis tinham índice de desenvolvimento humano (IDH)¹⁵³ considerado com médio, seis tinham IDH

¹⁵³ Para fins de análise descritiva, preferiu-se utilizar o IDH que contém o PIB/ per capita como um de seus componentes e divide os países em muito alto, alto, médio e baixo IDH, permitindo uma melhor correlação com a doação de antirretrovirais, do que somente o PIB/per capita. No contexto do modelo estatístico a maior quantidade de dados disponíveis se relacionou ao PIB/ per capita e por isso foi utilizado como variável em

considerado como baixo, e no contexto desses últimos, todos se localizam no continente africano.

No que se refere à prevalência de HIV/AIDS (em termos percentuais) entre pessoas de 15-49 anos, no ano de 2014, para os países que o Brasil doou antirretrovirais, aqueles com maior prevalência apresentavam IDH baixo. De forma mais precisa, Moçambique, Guiné Bissau e Angola foram os países com maior prevalência percentual de HIV/AIDS que receberam ARV, e todos classificados com IDH baixo (PNUD, 2016). Os países restantes foram classificados como IDH médio, baixo, ou elevado e tinham prevalência inferior a 1%. Os países com baixo IDH, prevalência inferior a 1% e que receberam doação de antirretrovirais foram: Burkina Faso, São Tomé e Benim. Os países classificados com IDH médio, prevalência inferior a 1% e que receberam antirretrovirais foram: Cabo Verde, Paraguai, Nicarágua, El Salvador e Bolívia. Peru e Chile tinham prevalência menor que 1% e são classificados como IDH elevado. Líbia e Timor Leste não têm dados disponíveis sobre a prevalência da doença nos respectivos países, e República Dominicana tinha prevalência de 1,5% e IDH classificado como elevado (BANCO MUNDIAL, 2016; PNUD, 2014).

A cooperação técnica na área de combate à epidemia de HIV/AIDS foi estabelecida por meio de projetos que envolveram várias atividades em vários níveis de atuação. A região africana foi destino de maior número de projetos quando comparada a outras regiões, tanto no governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva como no governo da Presidente Dilma Rousseff. Projetos com países da região Sul Americana foram o segundo destino em número de ações na área.

Moçambique, Botsuana, República Democrática do Congo foram os países que receberam maior número de projetos na forma bilateral, quando comparado a Angola, Zâmbia, Tanzânia, Gana, Malawi, Nigéria, Benin e Quênia. Merece destaque que Botsuana, Quênia, Zâmbia também estabeleceram dois projetos com o Brasil de forma trilateral com três ou mais países, o que em termos quantitativos coloca Moçambique e Botsuana com o mesmo número de projetos, cinco.

Os modelos estatísticos descritos anteriormente agregam valor explicativo (também já descrito) para essa pesquisa, ao permitir a inferência sobre os interesses do Brasil ao cooperar. Apesar da lógica da Cooperação Sul-Sul brasileira ser regida pela demanda dos países, incluindo-se a cooperação na área de combate ao HIV/AIDS, a forma como o país alocou essa

detrimento do IDH, que entre 1995 e 2005 só tem dados publicados a cada cinco anos. A partir de 2010, os dados passaram a ser anuais.

cooperação na área específica de saúde foi regida por seus interesses políticos, econômico-comerciais e sociais, altruístas e éticos ao longo do período estudado.

Observa-se no escopo dos projetos técnicos desenvolvidos com os países africanos que participaram da cooperação, que a maioria deles apresentava caráter estruturante, e que interesses outros que não os políticos e econômicos funcionaram como motivações para ações de cooperação na área de combate ao HIV/AIDS com esses países, e a maior parte dos outros países do Continente Africano que participaram da iniciativa.

Retomando o discurso oficial brasileiro sobre a Cooperação Sul-Sul, onde se destaca que a mesma é baseada em princípios de solidariedade (PUENTE, 2010, p, 256), e não tem interesses ou fins lucrativos (ABC, 2016), considera-se inicialmente, que não existe cooperação desinteressada. No entanto, não se observou a presença de lucros financeiros diretos advindos da cooperação, e concorda-se com Puente (2010, p.257), quando o mesmo ressalta que a “cooperação técnica entre países em desenvolvimento tem papel na promoção da presença econômica e comercial brasileira nos países em desenvolvimento, [...] sem a necessidade de vinculações prévias da cooperação a interesses comerciais específicos”.

Sendo o Brasil um Estado soberano no sistema internacional anárquico, é também autointeressado e atua em busca de seus interesses, que no processo de aquisição, ou já os tendo adquirido, tentará maximizá-los. Nesse sentido, o aumento das exportações brasileiras para países que houve doação de medicamentos antirretrovirais, sinaliza para a inferência de que interesses econômico-comerciais estão presentes nas ações de cooperação como fim ou como meio de alcançar seus objetivos. Se se considerar que esses interesses se colocam como fim, esta seria a força motriz da cooperação, e finalidade maior em se cooperar. No entanto, não pode se desconsiderar os interesses políticos envolvidos nessa modalidade de cooperação, já analisados anteriormente.

No que se refere à cooperação técnica, existiram interesses políticos no estabelecimento dos projetos, observando-se também que motivações éticas, morais e altruístas influenciaram projetos na área, principalmente em países do Continente Africano, respaldada, particularmente, pela análise da variável exportação.

A análise das modalidades cooperação humanitária e cooperação técnica permitem a análise do país no contexto de duas correntes teóricas de relações internacionais: o realismo e o idealismo. No que se refere ao Realismo, as motivações políticas e econômico-comerciais presentes na cooperação humanitária funcionam como meio do Estado brasileiro obter maior prestígio político ao doar medicamentos para países do entorno geográfico, que em sua maioria, tem prevalência baixa do vírus HIV/AIDS em suas populações, bem como de

aumentar o adensamento nas relações bilaterais com os países do entorno e do Continente Africano, área de interesse da política externa brasileira. Ao cooperar por meio da doação de antirretrovirais, o Estado brasileiro está maximizando seus ganhos no campo político, e econômico-comercial.

No que se refere à corrente teórica conhecida como idealismo, a cooperação é um meio utilizado pelos atores envolvidos em iniciativas na área com o intuito de solucionar problemas de interdependência e globalização, reconhecendo também que, apesar de os Estados serem os atores mais importantes nessas relações, outros atores como as Instituições, por exemplo, têm também importância nesse contexto (LANCASTER, 2007, p. 4). Nesse sentido, ao considerar os Estados africanos que desenvolveram projetos com o Brasil, e apresentaram menores fluxos de exportações brasileiras, a maior parte deles tem baixo nível de desenvolvimento econômico, parte deles tem elevadas taxas de prevalência da doença, estão classificados como países que têm baixo ou médio IDH, bem como baixo valor de PIB/per capita.

Os projetos técnicos desenvolvidos com países com essas características tinham caráter estruturante, o que permite inferir que as motivações para essas iniciativas não foram orientadas, primordialmente, pela lógica dos interesses políticos e econômico-comerciais. Baseando-se na ideia de “desenvolvimento de capacidades”, os projetos desenvolvidos pretendiam ter caráter multiplicador, permitindo que ações na área possam ter sustentabilidade estrutural a partir do momento que as mesmas terminam.

As modalidades de Cooperação Científico-Tecnológica e educacional demonstram outra vertente da cooperação brasileira, ou seja, a intenção e o real desenvolvimento de tecnologias na área de saúde. Nesse sentido, destaca-se o desenvolvimento de um projeto no âmbito do IBAS e na área de tecnologia (CNPq, 2009), já citado anteriormente, a criação da Rede Internacional de Cooperação Tecnológica em HIV/AIDS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016), a assinatura de Acordos de Cooperação e Memorandos de Entendimento bilaterais entre Brasil, Índia e África do Sul também na área de tecnologia, os Planos de cooperação em Ciência e Tecnologia entre Brasil e Rússia, e os Acordos e os Planos de Cooperação na área de tecnologia entre Brasil e China.

A cooperação na área educacional traz ganhos concretos para a Cooperação Sul-Sul na área de combate ao HIV/AIDS, demonstrando a importância das relações regionais e inter-regionais para o Brasil. De forma mais específica, a cooperação educacional no contexto do bloco político regional e do Organismo Internacional que o Brasil participa se desenvolve no

âmbito da Rede Estruturante RESP (Rede de Escolas de Saúde Pública), que tem como um de seus objetivos a formação de recursos humanos em saúde.

A abertura de vagas para alunos estrangeiros cursarem pós-graduação na área de Saúde Pública e Epidemiologia em Saúde Pública na Fiocruz configura-se como uma estratégia brasileira que pode gerar ganhos nos campos político, fortalecendo as relações regionais e inter-regionais, histórico-culturais, e laços existentes entre os países da região Sul Americana e Africana, criando um elã identitário mais forte. No campo social, a cooperação na área amplia a perspectiva de multiplicação de conhecimento e troca de informações, as quais irão beneficiar as populações dos países desses pesquisadores quando os mesmos regressarem aos seus Estados de origem.

A doação para organismos multilaterais internacionais como a OMS, a OPAS, o UNICEF e a UNFPA, acrescenta uma inovação nesse tipo de cooperação, quando o Brasil participa da criação e inicia as doações para a UNITAID, agregando para o campo da cooperação na área de combate ao HIV/AIDS novas formas de financiamento para ações contra AIDS e duas doenças negligenciadas, a Malária e a Tuberculose.

Observa-se no contexto dessa cooperação que motivações éticas e morais funcionam como mola propulsora do estabelecimento dessas doações, que podem gerar impactos positivos no contexto da saúde global. No âmbito das doações para Organismos Internacionais outra inovação ocorre quando os BRICS e outros países não pertencentes à OCDE também passam a doar para agências multilaterais como as anteriormente citadas. Esses países contribuíram com 0,1% do montante mundial destinado para essas ações através desses canais, e embora a contribuição seja muito pequena em termos percentuais, quando comparado com as doações dos Estados Unidos e da União Europeia, que juntos dão suporte financeiro em mais de 50 % de forma bilateral e multilateral, a importância dessa cooperação repousa no peso político que ela representa no cenário internacional.

Nesse contexto, cinco potências emergentes e outras não pertencentes à OCDE estão participando ativamente da cooperação internacional na área de HIV/AIDS por meio de doação financeira. Essa iniciativa reforça o papel de boa cidadania internacional, mesmo estando grande parte desses países na condição de países em desenvolvimento, enfrentando dentro de suas próprias fronteiras problemas decorrentes das grandes assimetrias socioeconômicas presentes em suas sociedades.

Admitindo-se que a Cooperação Sul-Sul ainda não encontrou consenso quanto a sua definição, os seus princípios, ao contrário, encontram aquiescência entre os países em desenvolvimento. Nesse sentido, ao empreender cooperação na área de combate ao

HIV/AIDS, o Brasil mantém o respeito à soberania dos países em desenvolvimento, à não ingerência nos assuntos internos dos países parceiros, e apresenta vantagens comparativas frente à cooperação dos países desenvolvidos (CORRÊA, 2010, p, 91).

A expressão maior do alinhamento brasileiro aos princípios da Cooperação Sul-Sul pode ser vista por meio das vantagens comparativas em relação à cooperação Norte-Sul tomando-se como base as modalidades de cooperação humanitária, técnica, científico-tecnológica e educacional. A primeira grande vantagem comparativa é que a Cooperação Sul-Sul estabelecida pelo Brasil na área não exige condicionalidades ou caráter concessional e um elemento de doação de ao menos 25% como previsto na definição da Ajuda Oficial para o Desenvolvimento.

A segunda vantagem, considerando a cooperação humanitária, é que a doação de medicamentos antirretrovirais foi orientada pela lógica da demanda, e nesse sentido, ano a ano mais países demandantes puderam solicitar cooperação, e receber remédios preconizados para uso de acordo com os esquemas terapêuticos estabelecidos pela OMS atualmente. Como muitos desses países também pertencem a blocos ou organismos internacionais que o Brasil participa, o fato de fazer parte desses agrupamentos políticos foi um facilitador na prestação dessa cooperação.

A terceira vantagem está relacionada à cooperação técnica. A maior parte dos projetos ou missões de prospecção estabelecidas pelo Brasil apresentou baixo orçamento financeiro e tem caráter estruturante, seja a ideia estruturante presente nas diretrizes brasileiras para a formulação de projetos de cooperação técnica internacional publicada em 2005, seja o conceito de cooperação estruturante presente no relatório do PNUD (1997), já citados anteriormente. As ações estabelecidas no nível do indivíduo ou micro, no nível intermediário ou no sistema de saúde, ou a nível técnico-institucional ou macro demonstram, inicialmente, a diversidade das iniciativas envolvidas nos projetos, que nesse contexto engloba várias frentes de atuação. Merece destaque também os projetos desenvolvidos no âmbito do Fundo IBAS, também com características estruturantes e com potencial efeito multiplicador, quando se considera a construção de um centro de saúde para tratamento de doenças, inclusive o HIV/AIDS.

A quarta vantagem comparativa se relaciona à capacidade de disponibilização de tecnologia para os países no contexto da Cooperação Científico-Tecnológica. O desenvolvimento de projetos na área de Nanotecnologia, com destaque para tecnologia de materiais e medicamentos presente no contexto do Fórum IBAS, amplia o campo de atuação brasileira no sistema internacional permitindo competitividade tecnológica. Ao gerar maior

competitividade na área de tecnologia em saúde, as iniciativas na área estão gerando ganhos para o país, e no contexto trilateral, tentando diminuir a dependência tecnológica de países desenvolvidos. A criação da Rede Internacional de Cooperação Tecnológica em HIV/AIDS é uma demonstração concreta do amadurecimento do pensamento brasileiro quanto à necessidade de avançar no campo da tecnologia de medicamentos e vacinas.

A perspectiva de avanços na área tecnológica está presente nas negociações para a criação da Rede Tecnológica dos BRICS, que também engloba pesquisa e desenvolvimento na área de Nanotecnologia. No âmbito do fórum ainda, os encontros dos Ministros da Saúde às margens da Assembleia Geral da Organização da Saúde com a emissão de Comunicados Conjuntos após a Reunião, desde 2012, demonstra o alinhamento desses países nas discussões sobre questões de saúde, incluindo questões relacionadas à epidemia de HIV/AIDS, assunto de discussão na 64ª AG OMS em 2011 (2016a). Nesse tocante, observa-se a existência de características da matriz teórica estruturalista, que entende que as “motivações da cooperação seriam utilitaristas, ou seja, os países em desenvolvimento se veriam como agentes de sua própria transformação ao reconhecer a necessidade de cooperação para potencializar-se mutuamente no cenário internacional” (PUENTE, 2010, p. 91).

A quinta vantagem comparativa ocorre no campo da cooperação educacional, com a oferta de cursos de pós-graduação pela Fiocruz no país e fora do Brasil. A cooperação fortalece as relações políticas regionais e inter-regionais, bem como os laços histórico-culturais que unem países dessas regiões. No âmbito dessa cooperação também podem ser vistas características da matriz teórica estruturalista, uma vez que a difusão de conhecimento e a troca de informação promove o desenvolvimento de melhores políticas de saúde voltadas para o combate da epidemia tanto no âmbito da região Sul Americana, como no âmbito inter-regional, quando se considera que o Continente Africano é o mais assolado pela epidemia de HIV/AIDS.

Diante do exposto, o Brasil ao empreender Cooperação Sul-Sul na área de combate ao HIV/AIDS apresenta características em sua política externa que podem ser inseridas dentro dos preceitos das teorias Realista, Idealista e Estruturalista das relações internacionais. Sendo considerado um país intermediário, ou *Middle Power* no sistema internacional, utiliza a expertise desenvolvida na área de combate à epidemia como instrumento de consecução de interesses e obtenção de ganhos no sistema internacional.

Não sendo considerada uma área de *hard power*, ou seja, onde a força coercitiva ou dissuasiva é muitas vezes o único e o próprio meio de consecução dos interesses do Estado no sistema internacional, a saúde ocupa o lugar da *low politics*, onde as ações de *Soft Power* são

um dos instrumentos que podem ser utilizados para que os interesses do Estado sejam alcançados.

Como instrumento de política externa do Estado brasileiro, a Cooperação Sul-Sul na área de combate ao HIV/AIDS pode ser considerada como diplomacia de nicho, pois se enquadra na definição dada por Evans (COOPER, 1997, p.5), e os elementos que a caracterizam permitem que a mesma possa ser analisada em vários contextos em que o Brasil se enquadra, seja como país intermediário, potência regional ou potência emergente. Embora as características que definem essa diplomacia não possam ser utilizadas para analisar o Brasil dentro dessas categorias simultaneamente, servem, na sua totalidade ou parcialmente, como instrumento analítico do papel desempenhado pelo país dentro do contexto em que está inserido, além de funcionar como uma ponte entre as estratégias atribuídas a países intermediários tradicionais e potência regional e/ou potência emergente, estas duas últimas onde o Brasil também se enquadra.

Diante do exposto, conclui-se que o Brasil se mantém alinhado com os princípios da Cooperação Sul-Sul, não reproduzindo o papel de doador presente no modelo de cooperação Norte-Sul. Apesar das assimetrias socioeconômicas presentes entre o país e os países em desenvolvimento que participaram da cooperação, as iniciativas na área não foram orientadas por condicionalidades, nem existiu o caráter concessional para que ações fossem estabelecidas. Tendo o caráter estruturante em grande parte dos projetos, observou-se a existência da ideia de desenvolvimento de capacidades e potencial efeito multiplicador.

Considerando a cooperação humanitária, técnica, científico-tecnológica e educacional, observou-se a presença de vantagens comparativas em todas as modalidades da cooperação, o que reforça o papel do Brasil como parceiro de cooperação na área.

Uma última consideração no que concerne à Cooperação Sul-Sul brasileira na área de combate ao HIV/AIDS se relaciona com a questão dos interesses e dos ganhos do país ao cooperar. Para esse contexto, faz-se um contraponto à ideia de alinhamento automático do Brasil aos princípios da Cooperação Sul-Sul mediante a observação de vantagens comparativas. Analisa-se a ideia dos ganhos e da coordenação de políticas entre os países, instrumental utilizado para maximizar interesses entre atores quando estes estabelecem cooperação (KEOHANE, 1984; MILNER, 1997).

Baldwin (1993, p. 5), discorrendo sobre os seis pontos focais inseridos no debate sobre neorrealismo e neoliberalismo, refere-se à questão dos ganhos absolutos e relativos. Estados que têm interesses comuns tentam maximizar seus ganhos absolutos ao cooperarem.

Estados que tentam maximizar ganhos relativos, não têm interesses comuns (STEIN 1982 apud BALDWIN, 1993, p. 6).

Transpondo essa ideia para a questão dos interesses e dos ganhos na cooperação na área de HIV/AIDS, considera-se que o Brasil ao cooperar com outros países na área em questão, maximiza seus ganhos, inclusive aqueles econômico-comerciais por meio do aumento das exportações, no caso da análise da cooperação humanitária. Da mesma forma, os países que cooperam com o Brasil têm seus ganhos maximizados uma vez que passam a ter mais uma opção de acesso ao tratamento antirretroviral por meio da doação desses medicamentos pelo Brasil. Os países ao cooperar têm capacidade de melhorar as suas próprias condições de enfrentamento da epidemia por meio da cooperação técnica e podem, por meio da difusão de conhecimento e tecnologia presentes na cooperação educacional e científico-tecnológica, tentar diminuir a dependência de países desenvolvidos nessas áreas.

Certas prioridades da cooperação técnica brasileira foram ressaltadas por Puente (2010) no contexto da criação da Subsecretaria-Geral de Cooperação e Comunidades Brasileiras no Exterior, em 2004, hoje denominada de Subsecretaria-Geral de Cooperação e Promoção Comercial. Nesse sentido, foi enfatizado como prioridades:

a) Os compromissos assumidos em viagens do Presidente da República e do Chanceler; b) os países da América do Sul; c) o Haiti; d) os países da África, em especial os PALOP e Timor Leste; e) os demais países da América Latina e Caribe; f) o apoio à CPLP e g) o incremento das iniciativas de cooperação triangular com países desenvolvidos e organismos internacionais (PUENTE, 2010, p. 245)

Durante o governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) foram abertas dezenove Embaixadas no Continente Africano, visitando o referido Presidente vinte e três países africanos no total de vinte e oito viagens, entre 2003-2010, período do seu mandato (JORGE, 2011, p. 4-8). Observa-se que o movimento de abertura de Embaixadas contemplou a abertura de postos diplomáticos brasileiros nos países, e dos países no Brasil. Nesse contexto, foram abertas dezessete Embaixadas de países africanos em Brasília (JORGE, 2011, p. 6). Celso Amorim como Ministro das Relações Exteriores do governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva visitou no período trinta e um países, realizando sessenta e sete viagens a países do Continente Africano (JORGE, 2011, p. 9).

Considerando as prioridades da Subsecretaria-Geral de Cooperação e Promoção Comercial, já referidas por Puente (2010), destaca-se que as viagens presidenciais e do Chanceler Celso Amorim a países do Continente Africano promoveram um ajuste de comportamento entre o Brasil e os países que receberam visitas oficiais brasileiras, o que

permitiu/facilitou que ações de cooperação entre o Brasil e alguns desses países fossem estabelecidas. A abertura de novos postos diplomáticos brasileiros na África, bem como a abertura de postos diplomáticos de países africanos no Brasil, representa o que autores como Keohane (1984) e Milner (1997) denominam como coordenação de política.

No contexto da cooperação Sul-Sul no combate ao HIV/AIDS entre o Brasil e alguns países africanos, as viagens presidenciais para países do Continente Africano, com a abertura de Embaixadas brasileiras nos países e abertura de Embaixadas dos países no Brasil, durante o governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, permite a inferência de que ao cooperarem em áreas específicas, como no caso do combate à epidemia de HIV/AIDS, houve ajuste de comportamento tanto do Brasil como dos países africanos com os quais cooperou para que os interesses particulares de cada um fossem alcançados.

Nesse sentido, a doação de antirretrovirais brasileiros oferece maior acesso ao tratamento antirretroviral por meio da cooperação humanitária brasileira. A observação de que durante o período estudado maior número de países demandou por cooperação humanitária brasileira com doação de medicamentos de combate à AIDS traduz o reconhecimento, por parte dos países demandantes, de que o Brasil tem *know-how* na área, podendo ser um parceiro nesse tipo de cooperação. Ao aumentar o acesso de tratamento antirretroviral para países do Continente africanos, região mais afetada pela epidemia, o Brasil assume o papel de bom cidadão internacional, como destacado na diplomacia de nicho, aumentando seu prestígio político nessa área de cooperação.

Observando-se o escopo descritivo de projetos técnicos na área de combate ao HIV/AIDS, um dos níveis de coordenação de política (FISCHER, 1988, p. 35-38 apud MILNER, 1997, p.9)¹⁵⁴, pode ser verificado. Tomando-se como exemplo o projeto BRA/04/043/A206 entre Brasil, Botsuana, Quênia e Zâmbia, a troca de informação entre os países constitui-se como característica essencial para que os objetivos do mesmo sejam alcançados, existindo nesse tocante, uma coordenação de políticas para que o projeto se desenvolva e obtenha êxito.

Os ganhos brasileiros no campo político também podem ser vistos ao se considerar, por exemplo, o papel ativista e de vanguarda do país em ações na área, como os já citados anteriormente. Os ganhos brasileiros também levam a ganhos de outros países. No campo do financiamento, o aumento de recursos para ações na área de AIDS, Malária e Tuberculose, por meio da UNITAID, pode gerar mais acesso à pesquisa na área, tratamento, diagnóstico e

¹⁵⁴ FISCHER, S. (1988). *International Macroeconomic Coordination* in Martin Foldstein ed., *International Economic Cooperation*, pp. 11-42. Chicago. University of Chicago Press

ações de prevenção para essas doenças a populações de todas as regiões do mundo. Outro ganho é o oferecimento de mais uma opção de tratamento para a AIDS, particularmente para populações que têm dificuldade de utilizar a fórmula original do Ritonavir que precisa ser conservada em baixa temperatura. Em lugares em que não há eletricidade, o tratamento com essa droga em sua fórmula original é improvável.

Nesse sentido, apesar do discurso oficial da cooperação brasileira ser o de que, as ações empreendidas são baseadas em princípios de solidariedade, sem fins lucrativos e sem interesses comerciais, a análise das modalidades humanitária e técnica por meio dos modelos estatísticos demonstrou que a exportação brasileira foi uma variável significativa para a doação de antirretrovirais e para a implementação de projetos técnicos. As escolhas das iniciativas de cooperação nessas duas áreas a partir da demanda dos países foram regidas, particularmente, pela lógica de interesses econômico-comerciais e políticos, no caso da cooperação humanitária, e por motivações políticas, éticas, morais e altruístas, no caso da cooperação técnica. Embora se verifique a presença de princípios de solidariedade, este não foi o principal e único motivador de iniciativas de cooperação na área de combate ao HIV/AIDS.

O Brasil, considerado como potência intermediária no cenário internacional, utilizou a cooperação brasileira Sul-Sul na área de combate ao HIV/AIDS como diplomacia de nicho para alcançar interesses e obter ganhos no sistema internacional. Considera-se que os ganhos advindos da cooperação na área foram ganhos absolutos, em que tanto o Brasil quanto os países que com ele cooperaram em suas mais diversas formas, tiveram vantagens e puderam maximizar seus interesses nesse sistema.

5.3 A mudança no cenário político doméstico e as mudanças imediatas na área de pesquisa da Cooperação Sul-Sul em saúde

Considerando a mudança recente na política doméstica brasileira, esse tópico final tem a função de fazer uma análise breve e inicial das mudanças observadas na pesquisa na área de cooperação em saúde, no que se refere à disponibilidade de dados relativos à área em questão.

Durante todo o processo de pesquisa, que coincidiu com o período do governo da Presidente Dilma Rousseff, o acesso à informação na área, embora incompleto muitas vezes em uma fonte específica, necessitando por esse motivo ser complementado com informações em vários sítios oficiais de informações ou na literatura disponível, sempre foi de fácil acesso.

A Lei de Acesso à informação 12.527 sancionada pela Presidente Dilma Rousseff em 2011, que tem por objetivo regulamentar o direito constitucional de acesso dos cidadãos às

informações públicas e seus dispositivos, sendo aplicáveis aos três Poderes da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, permite que informações não sigilosas do Estado brasileiro sejam disponibilizadas para todo cidadão. Referente à forma de coleta de informações, o sítio *e-Sic* (Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão) disponibilizou todas as informações solicitadas durante a pesquisa para os mais diversos Ministérios (Saúde, Relações Exteriores, Ciência e Tecnologia) e para a Fiocruz, que foram essenciais para a construção do banco de dados concernentes à doação de antirretrovirais e aos projetos brasileiros na área de HIV/AIDS.

Outro instrumento bastante utilizado no processo da pesquisa foi a plataforma SISCOOP, inserida no sítio do Ministério da Saúde, e que estava disponível na seção Relações Internacionais do Ministério, e forneceu todas as informações país a país de todas as ações de cooperação estabelecidas, os projetos, os relatórios dos projetos, a ajuda humanitária, e os gastos concernentes aos projetos e às doações de medicamentos efetuados pelo Brasil.

Uma das observações após a modificação imediata do governo brasileiro atrelada ao processo de afastamento da Presidente Dilma Rousseff foi a não disponibilização da plataforma SISCOOP no sítio do Ministério da Saúde, impedindo a pesquisa por informações relativas à cooperação em saúde. Diante dessa mudança de acesso à informação, foi solicitado ao Ministério da Saúde informações sobre a plataforma de informação em questão, por meio do *e-Sic*, perguntando se a mesma iria ser disponibilizada em outro sítio para que a pesquisa na área pudesse ser continuada, uma vez que grande parte das informações sobre a cooperação em saúde estava disponível naquele local. A resposta à demanda específica foi dada pelo Ministério da Saúde, que informou que a plataforma tinha sido retirada do sítio do Ministério para ser reformulada, e que seria posteriormente reativada, sem que fosse informado um prazo para que isso ocorresse. Até o final dessa pesquisa, a plataforma SISCOOP não tinha sido disponibilizada novamente no sítio do Ministério da Saúde.

As demandas por informações passaram a ser feitas exclusivamente por meio do sítio *e-Sic* que permaneceu fornecendo os dados solicitados referentes à cooperação brasileira. Ressalta-se, no entanto, que todas as informações necessárias para a elaboração do banco de dados e conclusão da pesquisa foram extraídas, principalmente, dessas duas plataformas de informação (*e-sic* e SISCOOP), porém, diante das mudanças recentes no cenário político doméstico brasileiro, considera-se que haveria muita dificuldade de conseguir a grande maioria dos dados, principalmente pela não facilidade atual de acesso às informações no sítio do Ministério da Saúde e à incerteza dos rumos que a cooperação internacional brasileira irá tomar.

Na hipótese de a plataforma SISCOOP não voltar a ser disponibilizada no sítio do Ministério da Saúde, a campo da pesquisa sobre a cooperação brasileira internacional da área de saúde perderia muito, no que concerne à coleta de dados na área, que de uma forma geral não estão facilmente disponíveis.

Observando que até a conclusão dessa pesquisa essa fonte de dados não tinha voltado a ser disponibilizada, considera-se a incerteza dos desígnios políticos da Cooperação Sul-Sul, e particularmente da Cooperação Sul-Sul na área de combate à epidemia de HIV/AIDS.

Considerações Finais

O estudo da Cooperação Sul-Sul brasileira na área de combate ao HIV/AIDS no contexto da cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional pode ser realizado por meio de várias vertentes, que incluem não apenas a doação de medicamentos antirretrovirais e projetos na área. Alargando o panorama sobre a cooperação e interconectando-a como instrumento da política externa brasileira, podem-se observar vertentes como a cooperação em Ciência e Tecnologia; educação, e doação para organismos internacionais.

A imersão nesse universo permitiu a análise do modelo de Cooperação Sul-Sul estabelecido pelo Brasil, e de uma de suas maiores críticas que é o questionamento sobre qual seria o papel do país ao cooperar no modelo Sul-Sul, se doador ou parceiro de cooperação. Os instrumentos utilizados para responder esse questionamento foram embasados em questões relativas à teoria dos países considerados como potência intermediária, agregando também visões teóricas no campo das relações internacionais, além de análise de política externa brasileira.

O intuito de se correlacionar as estratégias da Cooperação Sul-Sul brasileira de combate à epidemia com as modalidades da cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional foi demonstrar quais os interesses brasileiros na cooperação, suas motivações e ganhos na relação com outros países. A finalidade última da imersão do estudo da Cooperação Sul-Sul na área de combate ao HIV/AIDS seria responder ao questionamento inicial desta pesquisa sobre o papel que o Brasil desempenha ao cooperar no modelo Sul-Sul, doador ou parceiro da cooperação.

No que se refere à análise da cooperação Sul-Sul brasileira no combate ao HIV/AIDS como uma diplomacia de nicho, e instrumento da política externa brasileira para que o país alcançasse seus interesses no Sistema Internacional, as características que formam a mesma como, escopo, estilo, foco, fórum e forma foram analisadas no contexto das estratégias da cooperação na área. Verificou-se nesse sentido, que o escopo das ações brasileiras na área não se restringe à região Sul Americana, observando-se que ações de cooperação são estabelecidas também no âmbito de fóruns inter-regionais como o IBAS, e Organismos Internacionais, como a CPLP.

A análise da cooperação humanitária e da cooperação técnica por meio de modelo estatístico contribuiu para a verificação do papel que o Brasil desempenha no contexto da cooperação Sul-Sul: doador ou parceiro de cooperação. As variáveis de análise dos modelos da cooperação brasileira na área permitiram analisar quais as motivações que estariam

determinando as ações de cooperação, e a partir delas, quais seriam os interesses brasileiros envolvidos ao empreender tais ações.

Considera-se, portanto, que o objetivo geral da pesquisa foi alcançado e concluído, ao se analisar a estrutura da cooperação Sul-Sul brasileira de combate ao HIV/AIDS. A cooperação humanitária foi representada pela doação de medicamentos antirretrovirais; a cooperação técnica foi representada pelos projetos técnicos na área de HIV/AIDS; a cooperação científico-tecnológica, por projetos na área de tecnologia que abrangem a área de Nanotecnologia e Biotecnologia; a cooperação educacional, por meio das bolsas de estudo fornecidas por instituições brasileiras, particularmente a Fiocruz, para candidatos estrangeiros de países pertencentes à UNASUL e à CPLP; e a doação para Organismos Internacionais por meio da doação para a OMS, OPAS, UNITAID, UNICEF e UNFPA, organizações que têm ações voltadas para o combate à epidemia de HIV/AIDS em campos específicos.

Sendo a pesquisa um estudo de caso, a mesma apresentou limitações quanto à possibilidade de generalização das informações encontradas para outros setores que também desenvolvem cooperação em áreas de *expertise* brasileira. O estudo da cooperação brasileira no combate à epidemia de HIV/AIDS como objeto de análise do modelo Sul-Sul, embora tenha permitido fazer várias inferências sobre esse modelo, não pode ser generalizado para todas as áreas, uma vez que nem todas as áreas da Cooperação Sul-Sul desenvolvidas pelo Brasil se comportam como nichos específicos de *expertise* e não podem ser totalmente desvinculadas de ganhos financeiros comerciais.

A análise de dados quantitativos por meio de modelo estatístico agregou informações sobre dois modelos de cooperação, a humanitária e a técnica, o que fortaleceu o pensamento sobre a não preponderância de motivações geradas principalmente, ou exclusivamente por ganhos econômico-comerciais. Os ganhos brasileiros advindos da cooperação seriam interpretados mais como uma consequência da abertura de canais de comunicação a partir da intensificação das relações entre os países, do que uma finalidade em si.

O período de análise da cooperação na área de HIV/AIDS entre os anos 2002 até 2016 permite a avaliação da cooperação sob a ótica da política externa dos Presidentes que estavam no poder durante esse período, no caso o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva e a Presidente Dilma Rousseff, pertencentes ao mesmo partido político. A análise das modalidades da cooperação na área ao longo dos anos demonstrou a ênfase dada à questão da cooperação na área de combate ao HIV/AIDS em cada governo. Embora iniciativas de cooperação na área tenham existido durante o governo da Presidente Dilma Rousseff, estas foram mais desenvolvidas durante o governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, que no plano do

discurso, como ressaltado no trabalho de Puente (2010), foi um tema relevante na política externa daquele governante.

A Cooperação Sul-Sul brasileira na área de combate ao HIV/AIDS mostrou-se como um objeto de estudo importante para a análise do Brasil sob vários aspectos tais como a condição de potência intermediária, regional e/ou emergente; como instrumento de política externa do Estado brasileiro; como nicho de atuação e instrumento de *Soft Power* do Brasil no sistema internacional.

A resposta ao questionamento principal da pesquisa confirmou a hipótese levantada ao início da mesma, demonstrando que o Brasil desempenha o papel de parceiro nas iniciativas de Cooperação Sul-Sul na área de combate ao HIV/AIDS, destacando-se particularmente o caráter estruturante em projetos técnicos, científico-tecnológicos e na cooperação educacional.

As observações feitas por meio da análise das estratégias da Cooperação Sul-Sul na área, inseridas nos modelos de cooperação para o desenvolvimento internacional demonstraram que a cooperação brasileira não é livre de interesses, no entanto não se observou a presença de vínculos financeiros e lucrativos para o estabelecimento da cooperação.

A observação da presença de interesses econômico-comerciais, demonstrado por meio da análise estatística, não se sobrepôs a outros interesses ou motivações que determinaram a cooperação. Infere-se nesse sentido, que interesses políticos, econômico-comerciais, altruístas, éticos e histórico-culturais estiveram presentes como força propulsora de iniciativas da cooperação na área de combate ao HIV/AIDS.

As estratégias brasileiras na área de combate ao HIV/AIDS se configuraram como instrumento de *Soft Power* do Estado brasileiro no Sistema Internacional. Ações na área tiveram como objetivo o aumento de inserção e do poder de influência do país nesse Sistema. A análise da cooperação na área demonstrou que apesar do país estar em busca de maximizar seus ganhos no sistema internacional, a cooperação na área de combate ao HIV/AIDS trouxe ganhos também para os países que cooperaram, uma vez que mais pessoas tiveram acesso à prevenção, diagnóstico, tratamento e proteção de seus direitos. Nesse sentido, os ganhos foram mútuos.

Destaca-se, nesse sentido, que ocorreu mais difusão de informação e conhecimento, o que beneficia todos os países cooperantes e não cooperantes com o Brasil na área. Destaca-se também que ocorreu mais desenvolvimento tecnológico na área, o que também beneficia todos os países cooperantes e não cooperantes com o Brasil, ressaltando-se que a cooperação

nessa área tecnológica agrega algo a mais para os países do Sul global, que é a possibilidade de diminuir a dependência na área dos países do Norte industrializado.

Conclui-se nesse sentido, que a Cooperação Sul-Sul na área de combate ao HIV/AIDS mostrou-se como instrumento útil e eficaz para a análise da cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional no modelo Sul-Sul, ressaltando-se, no entanto, que não há elementos suficientes para serem feitas generalizações para outras áreas da Cooperação Sul-Sul brasileira. Considera-se que a análise da Cooperação Sul-Sul brasileira na área de combate ao HIV/AIDS presente nesta pesquisa contribuiu para o desenvolvimento e aprofundamento dessas questões no campo das Relações Internacionais, da cooperação internacional e da Cooperação Sul-Sul em saúde.

BIBLIOGRAFIA

AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO (ABC); Ministério das Relações Exteriores (MRE)(2004). Formulação de Projetos de Cooperação Técnica Internacional (PCT): Manual de Orientação / Ministério das Relações Exteriores, Agência Brasileira de Cooperação. - 2ª ed. Brasília: Agência Brasileira de Cooperação, 2004. Disponível em <http://www.abc.gov.br/Content/ABC/docs/ManualDiretrizesCooperacaoRecebida-4%20Ed_Diagramada2014.pdf>

_____(2014) Diretrizes para o desenvolvimento da cooperação técnica internacional multilateral e bilateral/ Ministério das Relações Exteriores, 4ª ed., Brasília, Agência Brasileira de Cooperação, 2014. Disponível em: http://www.abc.gov.br/Content/ABC/docs/ManualDiretrizesCooperacaoRecebida-4%20Ed_Diagramada_2014.pdf Acesso em 20/10/2016

_____(2015)Histórico da Cooperação Técnica Brasileira. Disponível em <<http://www.abc.gov.br/CooperacaoTecnica/Historico>>. Acesso em 31/01/2015

_____(2016a). Cooperação Sul-Sul . Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/Projetos/CooperacaoSulSul>> Acesso em 28/05/2016

_____(2016b). Projetos de Cooperação em Saúde Sul-Sul. Informação obtida no sítio eSic referente aos projetos brasileiros na área de HIV/AIDS entre 2003-2016

_____(2016c). Projetos em Saúde. Disponível em <<http://www.abc.gov.br/Projetos/pesquisa>>. Acesso em 02/01/2015

_____(2016d) Base de dados- CSS e Proteção Social. http://obs.org.br/cooperacao/download/47_0baa8c5e103924101b3b21af141b7342

ALMEIDA, C. et al. (2010). “A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. **RECHIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.25-35, mar., 2010

ARAÚJO, I. I. M de P.(2005) Caracterização da Epidemia HIV/AIDS em Cabo Verde: Uma Abordagem Soro-Epidemiológica no Período de 1987 a 2002. 143f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz (2005). Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

AYLLÓN, B. (2007). La Cooperación Internacioal para el Desarrollo: fundamentos y justificaciones en la perspectiva de la Teoría de lãs Relaciones Internacionales. **Carta Internacional**, vol 2, nº 2, 2007: 32-47.

_____(2006).“O sistema Internacional de Cooperação ao Desenvolvimento e seu estudo nas Relações Internacionais: a evolução histórica e as dimensões teóricas”. **Revista de Economia e Relações Internacionais**. 5(8), 2006

_____(2014) América Latina na Cooperação Internacional para o Desenvolvimento. In: SOUZA, A.M (org.) Repensando a Cooperação Internacional para o Desenvolvimento. Brasília: IPEA, 2014. p. 175- 202

BALDWIN, D. A (1993). **Neorealism and Neoliberalism. The Contemporary Debat.** Columbia University)Press, 1993, New Youk, 1993.

BANCO MUNDIAL (2016) Prevalence of HIV total (% population 15-49 years). Disponível em: < <http://data.worldbank.org/indicador/SH.DYN.AIDS.ZS>>. Acesso em 15/10/2016

_____(2016a) GDP constant dólar 2010). Disponível em <<http://data.worldbank.org/indicador/NY.GDP.PCAP.KD>> Acesso em 10/10/2016

BRASIL (1990) Lei 8.080/90. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>>. Acesso em 30/12/2014

_____(1996) Lei 9.313/96 Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm>. Acesso em 29/12/2014

_____(2014b). e-SIC. Serviço de Informação ao Cidadão. Disponível em <<http://www.acessoainformacao.gov.br/sistema/site/index.html?ReturnUrl=%2fsistema%2f>> Acesso em 08/01/2015

_____(2014c) MERCOSUL. Disponível em <<http://www.mercosul.gov.br/>>. Acesso em 24/01/2015

BERMUDEZ, J (2014) UNITAID. Uma Junção de esforços para controlar o HIV/AIDS., a Tuberculose e a Malária. Disponível em <<http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/?q=node/2084>> acesso em 10/10/2014

BRICS (2012) 4th BRICS Academic Forum, 2012: Security Stability and Growth. Disponível em :< https://samirsaran.files.wordpress.com/2012/03/4th-brics-academic-forum_03-03-12.pdf>. Acesso em 12/10/2015

BULL, H. (2002) **A sociedade Anárquica. Um estudo da ordem na política mundial** Editora 1Iniversidade de Brasília, Instituto de Pesquisa de Relações Internacionais: São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2002 XXVIII. 361 p.

BUSS, P. M; FERREIRA, J. R (2011) “Cooperação e integração regional em saúde da América do Sul: a contribuição da UNASUL-Saúde”. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6): 2699-2711,2011 (2014)

BUSS, P. M e PELLEGRINI FILHO, A (2007) A Saúde e seus Determinantes Sociais . **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1): 77-93, 2007 .Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>> acesso em 15/10/2015

BUSS, P, M. ; FERREIRA, J. R; HOIRISCH, C. (2011). A Saúde Pública no Brasil e a Cooperação Internacional. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, 17(1): 77-93, 2007. Disponível em <<http://www.revistabrasileiradects.ufscar.br/index.php/cts/article/viewFile/160/88>> Acesso em 10/09/2015

BUSS, P. M; FERREIRA, J.R (2010) Diplomacia da saúde e 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. Disponível em < <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/712/1357>> acesso em 10/05/2015

BUSS, P (2014) Cooperação Sul Sul em Saúde. Desafios para Fiocruz. Disponível em: <<http://slideplayer.com.br/slide/1816246/>> Acesso em 15/12/2015

BUSS, P. M. et al (2016). Cooperação internacional em saúde: o caso da Fiocruz. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.20, n.2, abr.-jun. 2013, p.653-673 v.23, n.2, abr.-jun. 2016, p.267-276.** Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v23n2/0104-5970-hcsm-23-2-0267.pdf>> acesso em 20/12/2016

CABRAL, L; WEINSTOCK, J. Brazilian technical cooperation for development Drivers, mechanics and future prospects. **Overseas Development Institute.** 2010. Disponível em <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/6137.pdf> acesso em 10/10/2012

CAPES(2016) Programa PEC-PG Disponível em: <https://www.memoria.cnpq.br/programas/coopint/pec-pg.htm>

_____(2008) Resultado PEC-PG 2008 Disponível em <https://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/Resultado_Editado_PEC-PG2008_CAPES-CNPq.pdf> Acesso em 10/05/2015

_____(2009) Resultado PEC-PG 2009. Disponível em <https://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/Resultado_PEC_PG_2009.pdf> Acesso em 10/05/2015

_____(2010) Resultado PEC-PG 2010. Disponível em <https://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/resultados/PEC_PG_Editado48_2010_ListaFinalRetificada02.pdf> Acesso em 10/05/2015

_____(2011) Resultado PEC-PG 2011. Disponível em <https://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/resultados/Resultado_PEC-PG_Editado-14-2011.pdf> Acesso em 10/05/2015

_____(2012) Resultado PEC-PG 2012. Disponível em <https://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/resultados/ResultadoFinal-Editado_42-2012_PEC_PG.pdf> Acesso em 10/05/2015

_____(2013) Resultado PEC-PG 2013. Disponível em <<http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/resultados/Edital-62-2013-PEC-PG-Resultado-final.pdf>> Acesso em 10/05/2015

_____(2014) Resultado PEC-PG 2014. Disponível em <<http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/resultados/1612015-Divulgacao-do-Resultado-47-2014.pdf>> Acesso em 10/05/2015

CÁRDENAS, C. M. M (2014). Aconselhamento no âmbito dos Centros de Testagem no estado do Rio de Janeiro: uma análise das práticas e saberes na prevenção das DST/AIDS. 261f (2014). Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (2014)

CARNEIRO, W. F (2008). Por uma teoria dos emergentes: países emergentes e segurança nas relações internacionais. **Univ Rel Int**, vol.6, nº1, p.1-41, jan/jun.

CERVO, A. (1994) “Socializando o desenvolvimento; uma história da cooperação técnica internacional do Brasil. **Rev. Bras. Polít. Int.** 37 (1): 37-63[1994]

CERVO, A.C; BUENO, C. (2011). **História da Política Exterior do Brasil**. Editora UNB, 4ª Ed. Brasília, 2011

CERVO, A. L (2008). **Inserção Internacional formação dos conceitos brasileiros**. Editora Saraiva. São Paulo, 2008.

CERVO, A. L; LESSA, A. C (2014) O declínio: inserção internacional do Brasil (2011–2014). **Rev. Bras. Polít. Int.** 57 (2): 133-151 [2014]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbpi/v57n2/0034-7329-rbpi-57-02-00133.pdf>>. Acesso em 10/10/2016

CHAPNICK, A (1999). The middle power in **Canadian Foreign Policy**, Vol. 7, No. 2 (Winter 1999), 73-82

COMUNIDADE DE PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA (CPLP) (2009) RETS. I Reunião de Escolas Técnicas de Saúde (2009). Disponível em: <http://www.cplp.org/Files/Billeder/cSaude/1-Reuniao-Doc-Final-CPLP.pdf>. Acesso em 15/10/2015

_____(2010a) **Epidemia de VIH nos Países de Língua Oficial Portuguesa. Situação Atual e Perspectivas Futuras rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados**. (CPLP/ONUSIDA). 2ª Edição

_____(2010b) PLANO INDICATIVO DO FUNDO ESPECIAL Quadro de Execução de Projetos e Ações Pontuais. Disponível em <file:///C:/Users/Fabiola%20Dunda/Downloads/5._QuadExecPIC__XXRPFC.pdf> Acesso em 10/18/2015

_____(2016) Plano estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (2009-2012). PECS/CPLP. Disponível em < https://www.cplp.org/Files/Billeder/cSaude/Agenda_Reuniao-GTS-PECS_REV1.pdf> Acesso em 10/08/2016

COOPER, A. (1997) **Niche Diplomacy: A conceptual Overview in Niche Diplomacy. Middle Powers after the Cold War**. Macmillan Press Ltd, London, 1997

COOPER, A; HIGGOT, R. A ; NOSSAL, K. R (1993). **Relocating Middle Powers. Australia and Canada in a Changing World Order**. UBC Press, Vancouver, 1993

COOPER, A. Las potencias emergentes y el nuevo multilateralismo (2011-2012). In **Revista Mexicana de Política Exterior**. Nº 94 2011-12. P 139-162
<http://biblat.unam.mx/es/revista/revista-mexicana-de-politica-exterior/articulo/las-potencias-emergentes-y-el-nuevo-multilateralismo>

CORRÊA, M. L. **Prática Comentada de Cooperação Internacional. Entre a Hegemonia e a busca de autonomia**. Edição do autor, Brasília, 2010.

CNPQ (2009). RELATÓRIO DE GESTÃO INSTITUCIONAL (2009) PROJETO MCT/CNPQ #45/2009 . Disponível em
:http://www.cnpq.br/documents/10157/45694/relatorio_gestao_2009.pdf. Acesso em 15/12/2015

DEMETRIO, C. G. B Introdução aos Modelos Lineares Generalizados . Disponível em <<http://verde.esalq.usp.br/~jorge/cursos/clarice/titular.pdf> > Acesso em 10/04/2015

DUNDA, F. F. E. (2012) Cooperação Sul-Sul Brasileira em Saúde como *Soft Power* do governo Lula (2003-2010). (2012), 144f. Dissertação. Mestrado em Relações Internacionais. Universidade Estadual da Paraíba. João Pessoa, Paraíba. 2012.

ESTEVES et al (2011). Os BRICS e a Agenda da Saúde Global. **BRICS POLICY CENTER – POLICY BRIEF** Disponível em : <http://bricspolicycenter.org/homolog/uploads/trabalhos/2483/doc/1076572953.pdf>. Acesso em 12/10/2014

_____(2012) Cooperação para o desenvolvimento, os BRICS e a Política Externa brasileira. **ECONOMIA, PARLAMENTOS, DESENVOLVIMENTO E MIGRAÇÕES** brasil-europa 2_Parte 01 Disponível em <http://www.kas.de/wf/doc/7505-1442-5-30.pdf>

FEDATTO, M. S (2015) COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE: A CONTRIBUIÇÃO DA FIOCRUZ PARA A ÁFRICA. **E-Civitas - Revista Científica dos Cursos de Direito e Relações Internacionais do UNIBH** - Belo Horizonte.

FERREIRA, W (2016) FHC e Lula na África sob as perspectivas diplomática e econômica **Universitas Relações Internacionais**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 1-13, jan./jun. 2016 <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/relacoesinternacionais/article/viewFile/3998/3080>

FIGUEIREDO, M. T. La Cooperación Horizontal em Salud desde Brasil. Palestra do Chefe da Divisão de Projetos da Assessoria em Assuntos Internacionais em Saúde. Ministério da Saúde. Brasil, no I Fórum Sul Americano de Cooperação Internacional realizado no Rio de Janeiro, 2011. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/redessul/ppt/022.ppt>> acesso em 15/10/2014

FIOCRUZ (2014a). O vírus da AIDS 20 anos depois. Disponível em <<http://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/linhadotempo.html>>. Acesso em 01/12/2014

_____(2014b). Rede de Cooperação Tecnológica busca inovação no combate à AIDS. Disponível em <http://www2.far.fiocruz.br/farmanguinhos/index.php?option=com_content&view=article&id=116:inovacao-no-combate-a-aids&catid=53:outras-noticias&Itemid=94>. Acesso em

_____(2014c) Banco de Teses e Dissertações. Disponível em <<http://www.fiocruz.br/ioclabs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=473>> Acesso em 10/10/2015

_____(2014d) I Seminário Angola-Brasil em Saúde Pública (2012).Disponível em <<http://www.abc.gov.br/api/publicacaoarquivo/17>> Acesso em 10/10/2014

_____(2015) Cooperação com a África: 24 mestres moçambicanos formados no Programa Internacional de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Fiocruz <http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inoid=1784&sid=32>

_____(2013). Relatório de atividades 2013 cooperação América latina e Caribe câmara técnica Álvaro Matida disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/relatorio_de_atividades_internacionais_2013_da_fiocruz.pdf

_____(2015b) RETS. Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde. Disponível em <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/rets/rets-unasul> acesso em 20/05/2014

_____(2015c) resp. Redes de Escolas em Saúde Pública. Disponível em <http://www6.ensp.fiocruz.br/resp/>

_____(2015d) Plano Quinquenal 2010-2015 Conselho de Saúde Sul-americano. Disponível em http://www.isags-unasur.org/it_biblioteca.php?cat=1&lg=1&bb=67 acesso em 15/06/2015

_____(2015e) Fiocruz trabalha para desenvolver formulação inédita para antirretroviral (2010).Disponível em: <http://www.isaude.net/pt-BR/noticia/4883/ciencia-e-tecnologia/fiocruz-trabalha-para-desenvolver-formulacao-inedita-para-antirretroviral>. Acesso em 10/10/2012

_____(2015f)Qualificação profissional. Disponível em <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/qualifica%C3%A7%C3%A3o-profissional>>Acesso em 05/06/2015

_____(2015g) Pós Graduação na ESPN. Disponível em <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pos-graduacao-na-ensp-inscricoes-para-candidatos-estrangeiros-abrem-em-156>>Acesso em 05/06/2015

_____(2015h) Unitaid: uma junção de esforços para controlar o HIV/Aids, a Tuberculose e a Malária. Disponível em <http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/?q=node/2084> Acesso em 14/10/2015

_____(2016) Rede Ibero Americana de Bancos de leite humano. Disponível em <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=375> acesso em 15/10/2014

FLEMES, D; SARAIVA, M.G (2014). Potências emergentes na ordem de redes: o caso do Brasil in **Rev. Bras. Polít. Int.** 57 (2): 214-232 [2014]

FONSECA, C. M. O (2010).Saúde Pública no Governo Vargas. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Carlos Fidélis e Ialê Falleiros organizadores. – Rio de Janeiro : Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

FONSECA, J.M. E. M (2011) Perspectivas de Cooperação em Saúde a partir de Sanya nos BRICS IN **BRICS POLICY CENTER - BRICS MONITOR**. Disponível em <http://bricspolicycenter.org/homolog/uploads/trabalhos/568/doc/1989448917.pdf>> Acesso em 10/10/2015

GERRING, J(2004) What Is a Case Study and What Is It Good for? **The American Political Science Review**.Vol. 98, No. 2 (May, 2004), pp. 341-354

GIL, A. C (2002).**Como elaborar projetos de pesquisa**. Editora Atlas, 4ª Edição. São Paulo

GLAZEBROOK, G. DE T. (1947) Middle Powers in the United Nations System in **International Organization**.Vol 1. Nº 2 (Jun 1947), pp 307-315.Acesso em 01/01/2015

GOLD,D et AL. (2012). “Shifting Paradigm. How the BRICS are Reshaping Global Health and Development”. **Global Health Strategies initiatives (GHSI)**. 2012. Disponível em http://www.ghsinitiatives.org/downloads/ghsi_brics_report.pdf> Acesso em 10/08/2014

GRIECO, J. M (1993). Understanding the Problem of International Cooperation: The limits of Neoliberal Institutionalism and The Future of Realist Theory in **Neorealism and Neoliberalism. The Contemporary Debate**. David A. Balswin Editor. Columbia University Press, New York, 1993.

HERLT, C. (2011). **Cooperação Triangular: O papel das parcerias na cooperação Sul-Sul**. Trabalho apresentado como apresentação oral no I Fórum Sul-Americano de Cooperação em Saúde, Rio de Janeiro, Brasil. 2011

HERZ, M et al (2012) A coordenação dos BRICS nos fóruns multilaterais. **BRICS POLICY CENTER – POLICY BRIEF** Disponível em <<http://bricspolicycenter.org/homolog/uploads/trabalhos/5782/doc/1368571065.pdf>> acesso em 10/06/2015

HOLANDA, E. G. M.(2003) **Mercosul A Saúde no Mercosul**. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mercosul.pdf>. acesso em 24/01/2015

HOLBRAAD, C (1984) **The Middle Powers in International Politics**. The MacMillan Press LTD. London, 1984.

HURREL et al (2000) Paths to Power: Foreign Policy Strategies of Intermediate States . Working Paper, nº244. **Latin American Program Woodrow Wilson International Center for Scholars**. Disponível em <http://www.corteidh.or.cr/tablas/15011.PDF> acesso em 15/01/2016

_____(2013). Narratives of emergence: Rising powers and the end of the Third World? In **Brazilian Journal of Political Economy**, vol. 33, nº 2 (131), pp. 203-221, April-June/2013

IBSA (2004) PLAN OF ACTION,2004. Disponível em: <<http://www.dfa.gov.za/docs/2004/ibsa0305a.htm>> Acesso em 15/06/2015

_____. IBSA Fund Projects Porfolio. Disponível em : http://ibsa.nic.in/ibsa_fund_project.htm. Acesso em 15/10/2014

_____. DECLARAÇÃO DE NOVA DELHI (2008). Disponível em: http://www.ibsa-trilateral.org/images/stories/documents/declarations/3rd_IBSA_Summit_Declaration_-_New_Delhi_2008.pdf. Acesso em 15/10/2015

_____. MEMORANDO DE ENTENDIMENTO EM MEDICINA E SAÚDE(2007). Disponível em <http://www.ibsa-trilateral.org/images/stories/documents/agreements/20071017IBSAMedicine.pdf>. Acesso em 14/10/2015

_____. DECLARAÇÃO DE BRASILIA(2010). Disponível em: <http://www.ibsa-trilateral.org/images/stories/documents/declarations/Final%20Summit%20Declaration%20-%204th%20IBSA%20Summit%202010.pdf>. Acesso em 14/10/2015

_____. (2011) ANNUAL REPORT IBSA FUND. Disponível em: <<http://tcdc2.undp.org/ibsa/Upload/IBSARreport.pdf>> Acesso em 10/08/2012

_____. (2014) ANNUAL REPORT IBSA FUND. Disponível em <http://tcdc2.undp.org/ibsa/documents/Q1%202014/IBSA%20Report%202014_sm.pdf> Acesso em 10/06/2015

IPEA (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA); AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO (ABC). MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES (2010). *Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional 2005-2009*. CINTRA, M. A.M.(Org). **IPEA: ABC**, 2010. Disponível em <www.ipea.gov.br> Acesso em 05/04/2012.

_____(2013) *Cooperação Brasileira para o desenvolvimento internacional*. 2010. BAUMANN, R. (Editor). Brasília: Ipea:ABC, 2013. Disponível em <www.ipea.gov.br> Acesso em 10/10/2015

_____(2016) *Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional*. 2011-2013. LIMA, B. J. B (Editor). Brasília: Ipea:ABC, 2016. Disponível em <www.ipea.gov.br> Acesso em 10/10/2015

JORDAAN, E (2003) The Concept of a middle power in international relations: distinguishing between emerging and traditional middle powers. **Politikon**, November 2003, 30(2), 165-181

JORGE, N (2011). A África na agenda econômica do Brasil Comércio e Investimentos. **CEBRI** (2011) disponível em <http://www.cebri.org/midia/documentos/nedilsonjorge.pdf>

KEOHANE, R. (1969) Lilliputians' Dilemmas: Small States in International Politics in **International Organization**. Vol 23. Issue 02. March 1969. pp 291-310.

_____(1984) **After Hegemony. Cooperation and Discord in the World Political Economy**. Princeton University Press, New Jersey. 1984

KRASNER, S. D (1985) **Structural conflict. The Third World Against Global Liberalism**. Edited by Stephen D Krasner, Department of Political Science, Stanford University. University of California Press, 1985.

LAMPREIA, L. F (1998) A política externa do governo FHC: continuidade e renovação” in **Revista Brasileira de Política Internacional**, vol. 42 (2), 1998

LANCASTER, C (2007) **Foreign Aid. Diplomacy, Development, Domestic Politics** (Capítulos 1 e 2). The University of Chicago Press, United States.

LEITE, I et al (2013) Para além do tecnicismo. A cooperação brasileira internacional para o desenvolvimento e os caminhos para a sua efetivação e democratização. **Articulação Sul**. disponível em http://articulacaosul.org/wp-content/uploads/2014/07/Policy_Briefing_Para_alem_do_tecnicismo.pdf

LEITE, I (2012) Conceitos, história e marcos interpretativos in **Observador On-line** v.7, n. 03 | mar. 2012. Disponível em http://www.opsa.com.br/images/pdf/observador/observador_v_7_n_03_2012.pdf

LEITE, P. S (2011) **O Brasil e a cooperação sul-sul em três momentos de política externa: os Governos Jânio Quadros/João Goulart, Ernesto Geisel E Luiz Inácio Lula Da Silva**. Disponível em http://funag.gov.br/loja/download/842-Brasil_e_a_Cooperacao_Sul-Sul_em_tres_momentos_de_Politica_Externa_O.pdf

LIMA, T. G. F. M. S.; CAMPOS, R. P. (2010). “O perfil dos projetos de cooperação técnica brasileira em AIDS no mundo: explorando potenciais hipóteses de estudo”. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro.4(1):119-133, mar, 2010

LIMA, M. R (2005) A política externa brasileira e os desafios da cooperação Sul-Sul. **Rev. bras. polít. int.** vol.48 no.1 Brasília Jan./June 2005

_____. (2007). Brasil como país intermédio: imprecisión conceptual y dilemas políticos In **Índia, brasil y Sudáfrica: el impacto de las nuevas potencias regionales**. 1ª ed. Buenos aires.: Libros del Zolzal. Disponível em:
[https://books.google.com.br/books?id=0tAScCVTb54C&pg=PA171&lpg=PA171&dq=brasil+como+pa%C3%ADs+intermedio:+precisi%C3%B3n+conceptual+y+dilemas+politicos&source=bl&ots=0lFVhYa_XS&sig=hf0h7rNOl4GbP6bUfX5ZzOdNBuY&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwiLnOPfw5DRAhUKipAKHcgEDHMQ6AEIHTAA#v=onepage&q=brasil%20como%20pa%C3%ADs%20intermedio%3A%20precisi%C3%B3n%20conceptual%20y%20dilemas%20politicos&f=false] Acesso em 20/12/2016

MARQUE, B. (2011). Nouveau paradigme stratégique des puissances moyennes. Note d'Analyse 16 du program “Union européenne –Chine”, Chaire In Bev Baillet-Latour.

MARTINS, J. R (2015). Immanuel Wallerstein e o sistema-mundo: uma teoria ainda atual? **Iberoamérica Social: revista-red de estudios sociales** (V), pp. 95-108. Disponível em: <http://iberoamericasocial.com/immanuel-wallerstein-e-o-sistema-mundo-uma-teoria-ainda-atual/>

MATAVALE, R (2010). Co-infecção pelos retrovírus HIV-1/HTLV-1: impacto sobre o fenótipo de células T regulatórias. Dissertação apresentada no Instituto Osvaldo Cruz para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde (2010).

MAZZUOLI, V DE O. (2006) **Direito internacional público. Parte Geral**. 3ª ed. Editora revista dos tribunais

MELLO E SOUZA, A (2011) Acordo sobre os Aspectos dos Direitos De Propriedade Intelectual relacionados ao Comércio (Trips): Implicações e Possibilidades para a Saúde Pública no Brasil. Texto para discussão 1615. **IPEA** 2011, p 1-37

_____. (2014) As transformações da cooperação internacional para o desenvolvimento in **Repensando a cooperação internacional para o desenvolvimento**. MELLO E SOUZA, A (Org). Ipea, 2014. Disponível em <www.ipea.gov.br> Acesso em 05/10/2015

MICT (2016) Brasil e China inauguram centro de Biotecnologia. Disponível em <<http://lnnano.cnpem.br/brasil-e-china-inauguram-centro-de-nanotecnologia-e-refinam-consensos-2/>> acesso em 15/11/2016

MILANI, C; SUYAMA, B; LOPES, L. L (2013) Políticas de cooperação internacional para o desenvolvimento no Norte e no Sul: que lições e desafios para o Brasil? **Friedrich Ebert Stiftung** Brasil, Novembro de 2013.

MILANI, C (2014a) Evolução Histórica da Cooperação Norte-Sul. **Repensando a cooperação internacional para o desenvolvimento**. Organizador: André de Mello e Souza. Ipea, 2014.

MILANI, Carlos R. S. ; LOPES, Roberta N. (2014b) . Cooperação Sul-Sul e Policy Transfer em Saúde Pública: análise das relações entre Brasil e Moçambique entre 2003 e 2012. **Carta Internacional (USP)**, v. 9, p. 59-78, 2014.

MILNER, H (1997) **Interests, Institutions and Information. Domestic Politics and International Relations**. Princeton University Press, New Jersey, United Kingdom

MINISTÉRIO DA INDÚSTRIA, COMÉRCIO EXTERIOR E SERVIÇOS (MDIC) (2016) Balança Comercial brasileira: Blocos e Regiões. Disponível em <<http://www.mdic.gov.br/comercio-exterior/estatisticas-de-comercio-exterior/balanca-comercial-brasileira-mensal-2>> Acesso em 15/06/2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1985). Portaria 236/85. Criação do Programa Nacional de Combate à AIDS. Disponível em <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/legislacao/2012/51440/portaria_236_1985_pdf_69224.pdf>. Acesso em 31/12/2014.

_____(2010) **Relatório de gestão 2009 da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde /Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____(2011) **Relatório de gestão 2010 da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde /Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.

_____(2007/2008) UNAIDS;UNICEF;UNFPA.LAÇOS SUL SUL (2007/2008) Disponível em <http://www.unicef.org/brazil/pt/07_08_LSSBooklet.pdf> acesso em 15/12/2014

_____(2006)RELATÓRIO FINAL. Seminário Internacional para vacina anti-aids. Questões éticas e regulatórias (2006). Disponível em:http://www.aids.gov.br/sites/default/files/pesquisa_em_vacina_anti_HIV_relatorio_final.pdf

_____(2005b) Países membros da Rede Tecnológica em HIV/AIDS concluem trabalho no Rio. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/noticia/paises-membros-da-rede-internacional-de-cooperacao-tecnologica-em-hivaids-concluem-trabalhos>. Acesso em 15/10/2015

_____(2008). PLANO NACIONAL DE VACINAS ANTI-HIV 2008-2012. Disponível em <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/plano_vacinas02-portugues15web.pdf>. Acesso em 28/12/2014

_____(2014 a). Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Disponível em <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_1_pdf_60254.pdf>. Acesso em 30/12/2014

_____(2014b) . Campanha de prevenção de DST é lançada. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/02/ministerio-da-saude-lanca-campanha-preventiva-as-dst-e-aids>. acesso em 08/01/2015

_____(2014c).DEPARTAMENTO DE DST,AIDS E HEPATITES VIRAIS. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Remessas de antirretrovirais para países que participaram do Programa de Cooperação Internacional 2003-2012.

_____(2014d) DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS. Política de Incentivo para combate as DST, AIDS no Brasil. Disponível em <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/planejamento/curso-para-novos-coordenadores-modulo-i/apresincentivo.ppt>>. Acesso em 01/12/2014

_____(2014e) DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS (2014 e) História da AIDS. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acesso em 01/12/2014

_____(2014f) DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS. Projeto Fronteiras da CIHIV/Aids é lançado em Foz do Iguaçu. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/noticia/2012/projeto-fronteiras-da-cihivaids-e-lancado-em-foz-do-iguacu>>. Acesso em 25/01/2015

_____(2014g). SISCOOP. Sistema de Gestão de Projetos e Ações de Cooperação Intenracional em Saúde. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/siscoop>>. Acesso em 10/10/2014

_____(2014h) INTERFACE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUBEIXO:POLÍTICA EXTERNA. E)COOPERAÇÃO INTERNACIONAL. p.1-46 (2014)

_____(2014i)Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA). Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/aisa>>. Acesso em 05/01/2015

_____(2014j) BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DA COMISSÃO INTERGOVERNAMENTAL DE HIV/ AIDS DA REUNIÃO DE MINISTROS DA SAÚDE DO MERCOSUL. Disponível em <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52038/boletim_epidemiol_gico_do_mercosul_2012_70615.pdf> acesso em 05/01/2015

_____(2014k) Reunión de Coordinadores Nacionales Presparatória de la XX Reunión de Ministros de Salud del Mercosur. Acta nº 02/2003.

_____(2014l) REDES DE COOPERAÇÃO TECNOLÓGICA AIDS. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/noticia/comeca-o-primeiro-encontro-da-rede-internacional-de-cooperacao-tecnologica-em-hivaids>>Acesso em 10/10/2014

_____(2015) Seminário Internacional Para Vacina Anti-Aids: Questões éticas e regulatórias (2006). Disponível em <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/pesquisa_em_vacina_anti_HIV_relatorio_final.pdf>Acesso em 12/09/2015

_____(2016a) BANCO DO BRASIL. Gasto do governo brasileiro em Reais entre 2002-2012, e de 2011 a 2015, com a cooperação brasileira de combate ao HIV/AIDS. Informação fornecida pelo Ministério da Saúde por meio do eSic.

_____(2016b) DEPARTAMENTO DE DST,AIDS E HEPATITES VIRAIS. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Doações de antirretrovirais brasileiras entre 2013-2016.

_____(2016C) Acordos Mercosul. Reunião dos Ministros. MERCOSUL.

_____(2008). MOURA, G.F.G de (2008). III Conferência Nacional de Política Externa e Política

Internacional “O Brasil no mundo que vem aí” - III CNPEPI. Seminário IBAS. Disponível em: http://funag.gov.br/loja/download/533-_III_CNPEPI_-_Seminario_IBAS.pdf. Acesso em 15/10/2015

MRE (2011). Informação sobre os BRICS. Disponível em http://brics.itamaraty.gov.br/pt_br/sobre-o-brics/informacao-sobre-o-brics. Acesso em 15/12/2015

_____(2012) MEMORANDO DE ENTENDIMENTO DE COOPERAÇÃO ENTRE O GOVERNO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E O GOVERNO DA REPÚBLICA DA ÍNDIA. Disponível em: http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2012/memorando-de-entendimento-entre-o-governo-da-republica-federativa-do-brasil-e-o-governo-da-republica-da-indiaem-cooperacao-na-area-de-biotecnologia/at_download/arquivo

_____(2014a). Memorando de Entendimento na área de Saúde e Medicina entre os Governos da República Federativa do Brasil, Governo da República da Índia e Governo da República da África do Sul. Disponível em <<http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/multilaterais/memorando-de-entendimento-em-cooperacao-na-area-de-saude-e-medicina-entre-o-governo-da-republica-federativa-do-brasil-o-governo-da-republica-da-india-e-o-governo-da-republica-da-africa-do-sul/>> Acesso em 05/01/2015

_____(2014b) Memorando de Entendimento entre a República Federativa do Brasil e a República Popular da China sobre o estabelecimento da Comissão Sino-Brasileira de Alto Nível de Concertação e Cooperação (2004). Disponível em <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2004/b_37>. Acesso em 14/08/2015

_____(2014c) Discursos Selecionados do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Discurso proferido na LIX Assembleia Geral das Nações Unidas em 2004. Disponível em <http://funag.gov.br/loja/download/505-discursos_selecionados_lula.pdf>. Acesso em 24/01/2015

_____(2014d) Atos Internacionais. Programa de cooperação em ciência e tecnologia entre o governo da República Federativa do Brasil e o governo da Federação da Rússia para o período de 2004 a 2006. Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2004/b_130>. Acesso em 25/01/2015

_____(2016a) Declaração ministros de saúde BRICS nas Assembleias Gerais da OMS. Disponível em < http://brics.itamaraty.gov.br/pt_br/declaracoes-planos-de-acao-e-comunicados/decsectoriais>

_____(2016b) Memorando de Entendimento sobre cooperação em ciência, tecnologia e inovação dos BRICS. Disponível em < <http://brics.itamaraty.gov.br/images/BRICS%20STI%20MoU%20PORTUGUESE.pdf>> Acesso em 10/10/2015

_____(2016c) ZOPACAS. Disponível em <<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/politica-externa/paz-e-seguranca-internacionais/151-zona-de-paz-e-cooperacao-do-atlantico-sul>> Acesso em 10/10/2015

_____(2016d) ATOS INTERNACIONAIS BRASIL CHINA PLANO DE ACAO 2010-2014. Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2010/plano->

de-acao-conjunta-entre-o-governo-da-republica-federativa-do-brasil-e-o-governo-da-republica-popular-da-china-2010-2014

____ (2016e) ATOS INTERNACIONAIS. Plano Decenal de Cooperação entre os governos da República Federal do BRASIL e a República Popular da China. Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2012/plano-decenal-de-cooperacao-entre-o-governo-da-republica-federativa-do-brasil-e-o-governo-da-republica-popular-da-china/>

____ (2016f) ATOS INTERNACIONAIS BRASIL-INDIA Acordo de cooperação técnica http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1985/b_29/at_download/arquivo

____ (2016g) Ajuste Complementar ao Acordo sobre Cooperação nos campos da ciência e tecnologia entre o governo da República Federativa do Brasil e o governo da República da Índia na área de saúde e medicina. Disponível em < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1998/b_23/at_download/arquivo> Acesso em 15/08/2015

____ (2016h) Acordo entre e Governo da República Federativa e o Brasil e o Governo da República da África do Sul sobre Cooperação Técnica. Disponível em < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2000/b_10/at_download/arquivo> Acesso em 16/08/2015

____ (2016i) Acordo entre e Governo da República Federativa e o Brasil e o Governo da República da África Sul no campo da Cooperação Científica e Tecnológica. Disponível em < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2003/b_145/at_download/arquivo> Acesso em 16/08/2016

____ (2016j) Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Científica e Tecnológica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o governo da República Popular da China (1984). Disponível em < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1984/b_52> Acesso em 10/06/2016

____ (2016l) Memorando de Entendimento sobre a Cooperação em Ciência, Tecnologia e Inovação entre os Governos da República Federativa do Brasil, Federação da Rússia, República da Índia, República Popular da China e República da África do Sul (2015). Disponível em < <http://www.mcti.gov.br/documents/10179/35540/Memorando+CT%26I+Brics+-+2015.pdf>> Acesso em 05/05/2016

____ (2016m). Sistema de Atos Internacionais. Disponível em <<http://dai-mre.serpro.gov.br/>>. Acesso em 10/10/2015

NOLTE, D (2010). How to compare regional powers: analytical concepts and research topics. **Review of International Studies** (2010), 36, 881-901

NÔPO, Z. P. C. (2014) Efecto del tratamiento antirretroviral del Programa del Ministerio de Salud del Perú en la supresión de la carga viral de pacientes con VIH/SIDA: estudio longitudinal retrospectivo. 64f. Dissertação. Mestrado de Saúde Pública, pós-graduação coordenada pela FIOCRUZ em parceria com o Instituto Nacional de Saúde do Peru. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (2014)

NOSSAL, K.R.; STUBBS, R. (1997) Mahair's Malaysia: Na Emerging Middle Power? In **Niche Diplomacy. Middle Powers after the Cold War**. Macmillan Press Ltd, London, 1997

NYE JR, J. S (2004) **Soft Power. The means to success in world politics**. PublicAffairs. New York, 2004, pp.191

OBSERVATÓRIO BRASIL E O SUL (2014a). Fundo IBAS: Panorama do portfólio de projetos – 2011. Disponível em <http://tcdc2.undp.org/ibsa/Upload/IBSARreport.pdf>

_____(2014b) BRICS: o que acontece além da Cúpula dos líderes? Boletim Brasil e o Sul. Edição 1, outubro de 2014.

OCDE (2016a) History. Disponível em <http://www.oecd.org/about/history/> Acesso em 10/10/2016

_____(2016b) Development Assistance Committee. Disponível em <http://www.oecd.org/development/developmentassistancecommittee/dac.htm> acesso em 10/10/2016

_____(2016c) Official development assistance – definition and coverage Disponível em <<http://www.oecd.org/dac/stats/officialdevelopmentassistance/definitionandcoverage.htm>> acesso em 10/10/2016

OLIVEIRA, H. A. (2005) **Política Externa Brasileira**. Ed Saraiva. São Paulo, Brasil.

OMC (2001). Declaration on the TRIPS agreement and public health. Disponível em f<http://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/tif01_e/mindecl_trips_e.htm>. Acesso em 20/12/2014

OMC (2003) Implementation of Paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS agreement and Public Health Disponível em f<http://www.wto.org/english/whatis_e/tif01_e/mindecl_trips_e.htm> Acesso em 20/12/2014

OMS (2011). GLOBAL HIV/AIDS RESPONSE Epidemic update and health sector progress towards Universal Access Progress Report 2011. Disponível em <<http://www.who.int/hiv/data/data2011UAprogress/en/>> acesso em 08/01/2015

_____(2013). Prevalence of HIV among adults aged 15 to 49 Estimates by country. Disponível em <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.622>>. acesso em 09/01/2014

_____(2014) HIV Vaccines. Disponível em <<http://www.who.int/hiv/topics/vaccines/Vaccines/en/>> acesso em 09/01/2015

_____(2014b) Diretrizes consolidadas sobre o uso de medicamentos antirretrovirais para tratamento e prevenção da Infecção pelo VIH. Resumo das principais características e Recomendações Junho de 2013. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85322/14/WHO_HIV_2013.7_por.pdf>. acesso em 11/01/2015

_____(1994) Declaração de Paris sobre AIDS 1994. Disponível em <<http://www.who.int/bloodsafety/en/WHA48.27.pdf?ua=1>> acesso em 28/12/2014

O'NEIL, J (2001) Building Better Global Economic BRICs (Jin O'Neill). Global Economics. paper nº 66. 2001 Goldman, Sachs & Co Disponível em <<http://www.goldmansachs.com/our-thinking/archive/archive-pdfs/build-better-brics.pdf>> Acesso em 14/07/2015

ONU (1987 a). ECOSOC E/1987/75 add.1 Disponível em <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/NR0/764/69/IMG/NR076469.pdf?OpenElement>> Acesso em 28/12/2014

ONU (2014b) ECOSOC E/1988/55 Add.1 Disponível em <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/NR0/764/87/IMG/NR076487.pdf?OpenElement>> Acesso em 28/12/2014

____ (2000) DECLARAÇÃO DO MILÊNIO. Disponível em <<http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>> Acesso em 08/01/2015

____ (2004). A/RES/58/179 . Disponível em <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N03/505/32/PDF/N0350532.pdf?OpenElement>> Acesso em 08/01/2015

____ (2016a) A/RES/46/182 Disponível em <<http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r182.htm>>. Acesso em 17/10/2016

____ (2016b) A/RES/58/114. Disponível em <<http://www.preventionweb.net/files/resolutions/N0350142.pdf>>. Acesso em 17/10/2016

OPAS/OMS(2008) Relatórios de Gestão da Organização Pan Americana de Saúde, 2008. Disponível em <<http://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/relatorio%20de%20gestao%202008.pdf>> Acesso em 12/08/2015

OPAS/OMS (2016). Projeto Anlis. Disponível em <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=560&Itemid=1#CTPBrasilArgentina-ProjetoANLIS> Acesso em 10/08/2015

ORENSTEIN, L (1998) **A estratégia da Ação Coletiva**. Rio de Janeiro. Ed. Revan, UCAM, IUPERJ, 1998

PAIVA, C. H. A; ALVES, F. A P (2011). A reforma sanitária brasileira em Perspectiva internacional: cooperação técnica e internacionalização dos sistemas de saúde brasileiro. Paper apresentado no III encontro nacional da associação brasileira de relações internacionais, 2011, são Paulo. III encontro nacional da abri, são Paulo. Capes/fapemig/fapesp/ipea/puc-MG, 2011, vol. 1

PATIENTE , A.(2013). Imagining middle powers. **Australian Journal of International Affairs**, 68:2, 210-224. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1080/10357718.2013.840557>> acesso em 20/12/2014

PNUD (1997) Capacity Development. Disponível em <https://unfccc.int/files/cooperation_and_support/capacity_building/application/pdf/undppaper2.pdf> Acesso em 14/09/2016

_____ (2014) Human development report 2014. Disponível em <<http://hdr.undp.org/en/content/table-2-human-development-index-trends-1980-2013>>. acesso em 14/12/2014.

_____ (2015) Health innovation, IPRs and access to essential drugs: experiences of and emerging options for the IBSA countries. Disponível em <<http://www.ipc-undp.org/pressroom/files/ipc134.pdf>> Acesso em 05/12/2016

PUENTE, C. A. I. **A cooperação técnica horizontal brasileira como instrumento da política externa: evolução da cooperação técnica com países em desenvolvimento – CTPD- período 1995-2005**. FUNAG, 2010

RIOS, S. P; VEIGA, P. M. (2013). Os BRICS nos Foros Economicos Mundiais. **BRICS policy center**. Disponível em: <http://bricspolicycenter.org/homolog/uploads/trabalhos/6018/doc/910738428.pdf>

SARAIVA, M.G (2007). As estratégias de cooperação Sul-Sul nos marcos da política externa brasileira de 1993 a 2007. **Rev. Bras. Polit. Int.** **50(2):42-59** [2007]

SARAN, S; SINGH, A. K; SHARAN, V. (2013) A long-term vision for BRICS. **The Oserver Research Foundation**. Disponível em: <http://www.bricsforum.com/wp-content/uploads/2013/09/long-term-vision-for-BRICS1.pdf>

SIMON, S. A. S (2011) DE BRETTON WOODS AO PLANO MARSHALL: A POLÍTICA EXTERNA NORTE-AMERICANA EM RELAÇÃO À EUROPA (1944-1952). **Relações Internacionais no Mundo Atual** v. 2, n. 14 (2011)

SOUSA, A. M (2007) A epidemia pelo HIV/Aids e suas repercussões sobre a saúde da população moçambicana (1986 a 2003). 100f. Dissertação. Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (2007). Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SOUSA, A. M (2010) Polimorfismos em genes de citocinas em doadores de sangue moçambicanos. 66f. Dissertação. (Mestrado em Ciências da Saúde). Instituto Oswaldo Cruz (2010). Maputo. Moçambique.

TAKS TEAN ON SOUTH SOUTH COOPERATION (2011) Technical Cooperation on HIV/AIDS between CARICOM/PANCAP and the Government of Brazil. Estudo de Caso. Paper apresentado no 4º High Level Forum of Effectiviness in Busan, Coreia.

TEIXEIRA, P. R. (2003) Acesso universal de medicamentos para AIDS: a experiência do Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.27, p.50-7, agosto 2003
Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0104/pdfs/IS24%281%29025.pdf>. Acesso em 30/12/2014

TULLY, C. M et al (2015) Emergency Ebola response : a new approach to the rapid design and development of vaccines against emerging diseases in The Lancet infect Dis. Disponível em < [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099\(14\)71071-0.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099(14)71071-0.pdf)>. Acesso em 10/01/2016

UNAIDS (2000) Report of the Global HIV/AIDS epidemic. Disponível em
<http://data.unaids.org/pub/Report/2000/2000_gr_en.pdf> Acesso em 12/16/2015

_____ (2007) AIDS epidemic update. Disponível em
<http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_en.pdf>. Acesso em 15/12/2014

_____ (2013). Global Report. UNAIDS report in the global AIDS epidemic 2013. Disponível em
<http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf>] acesso em 07/10/2014

_____ (2014) The Gap Report. Disponível em
<http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf>. Acesso em 01/12/2014

_____ (2014b) Utilizando as flexibilidades do Acordo TRIPS para melhorar o acesso ao tratamento do HIV/VIH. Nota Informativa. Disponível em
<<http://www.unaids.org.br/documentos/Utilizando%20as%20flexibilidade%20do%20Acordo%20TRIPS%20para%20melhorar%20o%20acesso%20ao%20Tratamento%20do%20HIV.pdf>>. acesso em 26/01/2015

_____ (2015). CORE EPIDEMIOLOGICAL SLIDES HIV/AIDS ESTIMATES, <http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/201309_epi_core_en.pdf> acesso em 08/01/2015

_____ (2016) Global Aids Update. Disponível em
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf
Acesso em 10/10/2016

_____ (2016b) Fact Sheet 2016 <http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>

UNASUL. (2016) Instituto Sul Americano de Governo em Saúde. Disponível em
<<http://www.isags-unasur.org/gts.php?lg=1>>. Acesso em 25/01/2015

UNFPA (2016) HIV e AIDS. Disponível em < <http://www.unfpa.org/hiv-aids>> Acesso em 10/06/2016

_____ (2016) Cooperação Sul-Sul. Disponível em < <http://unfpa.org.br/novo/index.php/sobre-o-unfpa/cooperacao-sul-sul>> Acesso em 10/10/2016

UNITAID (2014). History. Disponível em <<http://www.unitaid.eu/en/who/about-unitaid>> acesso em 07/10/2014

VAN DER VEEN, M (2011) **Ideas, Interests and Foreign Aid**. Cambridge University Press, Cambridge, 2011.

VIZENTINI, P. F (2003) **Relações Internacionais do Brasil. De vargas a Lula**. Ed Fundação Perceu Abramo. 2ª ed. São Paulo, Brasil

VIZENTINI, P. F (2014). África e As Potências Emergentes: O sul e a cooperação profana. *Austral*> revista brasileira de estratégia e relações internacionais, v3, nº 5, jan-jun 2014, p. 41-68

VUBIL, A. S (2013) Estudo da diversidade genética e identificação de mutações de resistência primária de HIV aos ARVs em doadores de sangue na região norte de Moçambique. Dissertação. (Mestrado Acadêmico) (2013). Fundação Oswaldo Cruz.

WIGHT, M. (2002). **A Política do Poder** (1913-72); Prefácio de Henrique Altemani de Oliveira; Trad. C. Sérgio Duarte (2a. edição) Brasília: Editora Universidade de Brasília, Instituto de Pesquisa de Relações Internacionais; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2002. Capítulos I, II, III, IV e V.

WOOD, B. (1987). **Middle Powers in the International System: A Preliminary Assessment of Potential**. Paper preparado para um WIDER meeting em Helsinki em março de 1986 sobre o Papel das Economias Intermediárias na governança do Sistema Econômico Mundial.

YIN, R. K. (2001). **Estudo de Caso, Planejamento e Método**. Bookman, 2ª Edição