



INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ECONOMIA,
SOCIEDADE E POLÍTICA (ILAESP)

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RELAÇÕES
INTERNACIONAIS

A ATUAÇÃO DOS AGENTES DOMÉSTICOS NA INTERNACIONALIZAÇÃO
DA POLÍTICA PÚBLICA BRASILEIRA DE COMBATE À EPIDEMIA DE HIV/AIDS: O
CASO BRASIL-MOÇAMBIQUE (2003-2012)

Thaís Ferreira Tonhá

Foz do Iguaçu
2023

Catálogo elaborado pelo Setor de Tratamento da Informação
Catálogo de Publicação na Fonte. UNILA - BIBLIOTECA LATINO-AMERICANA - PTI

T665

Tonhá, Thaís Ferreira.

A atua o dos agentes domésticos na internacionaliza o da política pública brasileira de combate   epidemia de HIV/AIDS: o caso Brasil-Moçambique (2003-2012) / Thaís Ferreira Tonhá. - Foz do Iguaçu - PR, 2023.

195 f.: il.

Disserta o (Mestrado) - Universidade Federal da Integra o Latino-Americana. Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política. Programa de Pós-Gradua o em Rela oes Internacionais. Foz do Iguaçu-PR, 2023.

Orientador: Marcelino Lisboa.

1. Política Externa. 2. Política Pública. 3. Aids. 4. Coopera o Internacional. 5. Saúde Global. I. Lisboa, Marcelino. II. Título.

CDU 327:616.97(81:679)



INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ECONOMIA,
SOCIEDADE E POLÍTICA (ILAESP)

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RELAÇÕES
INTERNACIONAIS

A ATUAÇÃO DOS AGENTES DOMÉSTICOS NA INTERNACIONALIZAÇÃO
DA POLÍTICA PÚBLICA BRASILEIRA DE COMBATE À EPIDEMIA DE HIV/AIDS: O
CASO BRASIL-MOÇAMBIQUE (2003-2012)

Thaís Ferreira Tonhá

Dissertação apresentada como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em Relações Internacionais
ao Programa de Pós-Graduação stricto sensu em
Relações Internacionais da Universidade Federal da
Integração Latino-Americana.

Orientador: Marcelino Teixeira Lisboa

Foz do Iguaçu
2023

THAÍS FERREIRA TONHÁ

A ATUAÇÃO DOS AGENTES DOMÉSTICOS NA INTERNACIONALIZAÇÃO
DA POLÍTICA PÚBLICA BRASILEIRA DE COMBATE À EPIDEMIA DE HIV/AIDS: O
CASO BRASIL-MOÇAMBIQUE (2003-2012)

Dissertação apresentada como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em Relações Internacionais
ao Programa de Pós-Graduação stricto sensu em
Relações Internacionais da Universidade Federal da
Integração Latino-Americana.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Marcelino Teixeira Lisboa
UNILA

Prof^a. Dr^a. Karen dos Santos Honorio
UNILA

Prof^a. Dr^a. María Alejandra Nicolás
UNILA

Foz do Iguaçu, 28 de fevereiro de 2023

Vencendo o que é considerado um dos maiores desafios para a saúde pública em mais de um século, que escancarou a importância do Sistema Único de Saúde no Brasil, apesar dos descasos, desvalorização e ataques dos últimos quatro anos, dedico este trabalho, como uma reverência, a todos os profissionais do SUS.

AGRADECIMENTOS

Começo agradecendo ao motivo de tudo. A quem me deu à luz em todos os sentidos possíveis. Minha grande inspiração, minha principal motivadora. Essa pesquisa é, antes de tudo, uma homenagem a ela, minha mãe, Dra. Maria da Glória Ferreira. Médica do movimento sanitarista, se entrega diariamente ao SUS, desde a sua idealização. Foi chefe da Divisão de Dermatologia Sanitária do SUS em Goiás e membro da Comissão Executiva para o controle da AIDS no estado. Hoje, 39 anos depois, segue dedicada aos princípios que sempre defendeu: universalidade, integralidade e equidade. Agradeço por me permitir beber da fonte nessa pesquisa. Por todo o material fornecido, fundamentais para a construção deste estudo. Mas agradeço, principalmente, por instigar em mim a tua forma única de olhar o mundo, por me abrir portas, me dar asas, me fazer voar. Agradeço por ser a base de quem eu sou, por tudo que eu aprendi te assistindo viver, e por sempre me motivar a ir em frente, mãe, muito obrigada.

Ao meu irmão, Antônio Carlos Ferreira Tonhá, pela parceria, cumplicidade e amizade, que superam qualquer laço de sangue, vem da alma. Tem sido um privilégio compartilhar a vida com você. Ao meu amado pai, Antônio Carlos Brandão Tonhá sou grata por todo o suporte, por todo apoio e por toda fé que coloca em mim.

Ao melhor parceiro que eu poderia escolher, Rafael Sassi, nenhum obrigada é suficiente por todo o amparo que recebo de ti. Obrigada pelas revisões, pelos conselhos, por recarregar minhas energias. Mas, acima de tudo, obrigada por acreditar em mim, por apoiar cada um dos meus projetos, simplesmente por serem importantes para mim, obrigada!

E agradeço, especialmente, ao meu orientador, professor Marcelino Teixeira Lisboa. Os méritos desse trabalho passam essencialmente pelo fato do meu orientador ser quem é. Apesar do meu projeto original ter se mostrado inviável, um outro tema estava encaminhado, graças as aulas de um professor excepcional, que, por sorte, também era o meu orientador. Marcelino, obrigada por abrir meus horizontes para a perspectiva que exploramos aqui. Obrigada pelas orientações, pela compreensão, paciência e disponibilidade. Obrigada pelo conhecimento compartilhado. Você se tornou uma referência na minha caminhada acadêmica, por isso, lhe sou muito grata!

Por fim, aos amigos, familiares, colegas e mestres, todos que, de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuíram para que eu chegasse até aqui, meus mais sinceros agradecimentos. Somos fruto das relações que construímos, e sendo assim, eu não estaria aqui se não fosse por cada um de vocês.

*“Eu vejo o futuro repetir o passado. Eu vejo um museu de grandes novidades. O tempo não
para.”*
Cazuza

FERREIRA TONHÁ, Thaís. A atuação dos agentes domésticos na internacionalização da política pública brasileira de combate à epidemia de HIV/AIDS: o caso Brasil-Moçambique (2003-2012). 2023. 200 PÁGINAS. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Relações Internacionais) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2023.

RESUMO

A presente pesquisa se caracteriza como um estudo de caso, que visa promover uma análise de política pública como política externa, através do processo de internacionalização da política brasileira de resposta à epidemia de HIV/AIDS. Para tanto, o estudo retrocede até a década de 1980, início da epidemia, buscando compreender o contexto histórico do surgimento da AIDS no mundo e no Brasil, construindo a partir disso o pano de fundo que possibilitou a elaboração da política pública do Brasil. Para tanto, recorre-se a documentos oficiais, relatos e análise bibliográfica. A partir do contexto histórico estruturado e sustentando-se nos conceitos de política externa, política pública e Cooperação Internacional, o estudo se propõe a analisar o processo aplicando o conceito de *policy transfer* e o modelo de análise de Dolowitz e Marsh. A análise tem como foco a Cooperação Internacional estabelecida entre o Brasil e Moçambique, para a estruturação e instalação da Fábrica de Medicamentos Antirretrovirais, popularmente chamada de Sociedade Moçambicana de Medicamentos, entre os anos de 2003 e 2012, evidenciando, nesse processo, a atuação dos atores domésticos no âmbito externo (atores não tradicionais em política externa) com o objetivo de analisar as funções desempenhadas por esses atores (Ministério da Saúde, FIOCRUZ, ABC, ONGs, entre outros), na agenda brasileira de Cooperação Sul-Sul em saúde pública. Entre os objetivos específicos estão: explorar o processo de internacionalização da política pública brasileira de combate à epidemia de HIV/AIDS; promover a perspectiva de política pública como política externa a partir do caso em análise; identificar as principais características da Cooperação Internacional do Brasil em HIV/AIDS; indagar sobre a inserção de uma agenda de política externa no Ministério da Saúde do Brasil; analisar a Diplomacia da Saúde no Ministério da Saúde do Brasil e no Sistema Único de Saúde (SUS); e investigar os espaços de participação dos referidos atores.

Palavras-chave: POLÍTICA EXTERNA; POLÍTICA PÚBLICA; AIDS; COOPERAÇÃO INTERNACIONAL; SAÚDE GLOBAL

FERREIRA TONHÁ, Thaís. The role of domestic agents in the internationalization of Brazilian public policy to combat the HIV/AIDS epidemic: the Brazil-Mozambique case (2003-2012). 2023. 200 PAGES. Master's Dissertation (Master's in international Relations) - Federal University of Latin American Integration, Foz do Iguaçu, 2023.

ABSTRACT

This research is characterized as a case study, which aims to promote an analysis of public policy as foreign policy, through the process of internationalization of the Brazilian policy in response to the HIV/AIDS epidemic. For this purpose, the study goes back to the 1980s, the beginning of the epidemic, seeking to understand the historical context of the emergence of AIDS in the world and in Brazil, building from this the background that enabled the development of public policy in Brazil. To this end, official documents, reports and bibliographic analysis are used. Based on the structured historical context and supported by the concepts of foreign policy, public policy and international cooperation, the study aims to analyze the process by applying the concept of policy transfer and the analysis model of Dolowitz and Marsh. The analysis focuses on the International Cooperation established between Brazil and Mozambique for the structuring and installation of the Antiretroviral Drug Factory, popularly known as the Mozambican Drug Society, between 2003 and 2012, highlighting, in this process, the role of domestic actors in the external sphere (non-traditional actors in foreign policy) with the aim of analyzing the roles played by these actors (Ministry of Health, FIOCRUZ, ABC, NGOs, among others) in Brazil's agenda for South-South Cooperation in public health. The specific objectives include: exploring the process of internationalization of Brazilian public policy to combat the HIV/AIDS epidemic; promoting the perspective of public policy as foreign policy from the case under analysis; identifying the main characteristics of Brazil's International Cooperation on HIV/AIDS; investigating the insertion of a foreign policy agenda in the Brazilian Ministry of Health; analyzing Health Diplomacy in the Brazilian Ministry of Health and the Unified Health System (SUS); and investigating the spaces for participation by these actors.

Keywords: FOREIGN POLICY; PUBLIC POLICY; AIDS; INTERNATIONAL COOPERATION; GLOBAL HEALTH

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: CICLO DE FORMULAÇÃO DE POLÍTICA EXTERNA.....	17
FIGURA 2: ESTÁGIOS DO CICLO POLÍTICO.....	26
FIGURA 3: MODELO DE ANÁLISE DE TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICAS.....	35
FIGURA 4: O CONTINUUM DA TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICAS.....	37
FIGURA 5 TIPOS DE APRENDIZAGEM NA DIFUSÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	39
FIGURA 6: MODELO DE ANÁLISE A SER APLICADO AO ESTUDO DE CASO.....	41
FIGURA 7: POLÍTICA PÚBLICA COMO POLÍTICA EXTERNA.....	44
FIGURA 8: PRIMEIRAS MANCHETES SOBRE A AIDS NO BRASIL	50
FIGURA 9: VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.....	56
FIGURA 10: O CONCEITO DE COOPERAÇÃO ESTRUTURANTE EM SAÚDE	104
FIGURA 11: ATUAÇÃO DOS MINISTÉRIOS BRASILEIROS	108
FIGURA 12: EVOLUÇÃO DO ORÇAMENTO DA ABC ENTRE 1995 E 2013.....	110
FIGURA 13: CAMPANHAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE	128
FIGURA 14: TERAPIA ARV NOS HOSPITAIS DE DIA DE MOÇAMBIQUE 2001-2004.....	135
FIGURA 15: FONTES DE FINANCIAMENTO DO COMBATE AO HIV/AIDS.....	137
FIGURA 16: COOPERAÇÃO EM SAÚDE (BRASI/MOÇAMBIQUE 2003-2012).....	143
FIGURA 17: A SOCIEDADE MOÇAMBICANA DE MEDICAMENTOS	150
FIGURA 18: PRODUÇÃO NA SMM.....	164

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<i>ABC</i>	<i>Agência Brasileira de Cooperação</i>
<i>AGNU</i>	<i>Assembleia Geral das Nações Unidas</i>
<i>AIDS</i>	<i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
<i>AISA</i>	<i>Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde</i>
<i>ANVISA</i>	<i>Agência Nacional de Vigilância Sanitária</i>
<i>ART</i>	<i>Anotação de Responsabilidade Técnica</i>
<i>ARV</i>	<i>Antirretroviral</i>
<i>BIRD</i>	<i>Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento</i>
<i>BM</i>	<i>Banco Mundial</i>
<i>BRICS</i>	<i>Brasil, Rússia, Índia, China, África do Sul</i>
<i>CAD</i>	<i>Comitê de Assistência para o Desenvolvimento</i>
<i>CCS</i>	<i>Centro de Coordenação do SIDA</i>
<i>CDC</i>	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
<i>Cepal</i>	<i>Comissão Econômica para a América Latina</i>
<i>CID</i>	<i>Cooperação Internacional para o Desenvolvimento</i>
<i>CLPL</i>	<i>Comunidade de Países de Língua Portuguesa</i>
<i>CMV</i>	<i>Citomegalovírus</i>
<i>CNCS</i>	<i>Conselho Nacional de Combate ao Sida</i>
<i>CNS</i>	<i>Conferência Nacional de Saúde</i>
<i>CRIS</i>	<i>Centro de Relações Internacionais em Saúde</i>
<i>CSS</i>	<i>Cooperação Sul-Sul</i>
<i>CTM</i>	<i>Centro Tecnológico de Medicamentos</i>
<i>CTPD</i>	<i>Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento</i>
<i>DST</i>	<i>Doença Sexualmente Transmissível</i>
<i>EUA</i>	<i>Estados Unidos da América</i>
<i>FIOCRUZ</i>	<i>Fundação Oswaldo Cruz</i>
<i>FMI</i>	<i>Fundo Monetário Internacional</i>
<i>FRELIMO</i>	<i>Frente de Libertação de Moçambique</i>
<i>FSW</i>	<i>Female Sex Workers</i>
<i>GPA</i>	<i>Global Programme on AIDS</i>
<i>GRID</i>	<i>Gay-Related Immune Deficiency</i>
<i>GT-CIS</i>	<i>Grupo Temático em Cooperação Internacional em Saúde</i>
<i>HIV</i>	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
<i>Ibas</i>	<i>Fórum de Diálogo entre Índia, Brasil e África do Sul</i>
<i>IDH</i>	<i>Índice de Desenvolvimento Humano</i>
<i>IGEPE</i>	<i>Instituto de Gestão de Empresas e Participação do Estado</i>
<i>INPS</i>	<i>Instituto Nacional de Previdência Social</i>
<i>IPEA</i>	<i>Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada</i>
<i>Iseb</i>	<i>Instituto Superior de Estudos Brasileiros</i>
<i>IST</i>	<i>Infecção Sexualmente Transmissível</i>
<i>Mercosul</i>	<i>Mercado Comum do Sul</i>
<i>MISAU</i>	<i>Ministério da Saúde de Moçambique</i>
<i>MMWR</i>	<i>Morbidity and Mortality Weekly Report</i>
<i>MRE</i>	<i>Ministério das Relações Exteriores</i>
<i>MS</i>	<i>Ministério da Saúde</i>
<i>NACP</i>	<i>Programa Nacional de Controle da SIDA</i>
<i>NSP</i>	<i>National Strategic Plan</i>
<i>OCDE</i>	<i>Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento</i>
<i>OEA</i>	<i>Organização dos Estados Americanos</i>
<i>OIs</i>	<i>Organizações Internacionais</i>
<i>OMC</i>	<i>Organização Mundial do Comércio</i>
<i>OMS</i>	<i>Organização Mundial da Saúde</i>
<i>ONG</i>	<i>Organização Não-Governamental</i>
<i>ONUSIDA</i>	<i>Programa das Nações Unidas para a SIDA</i>
<i>OPAS</i>	<i>Organização Pan-Americana de Saúde</i>

<i>Paba</i>	<i>Plano de Ação de Buenos Aires</i>
<i>PALOPS</i>	<i>Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa</i>
<i>PCI</i>	<i>Programa de Cooperação Internacional</i>
<i>PEB</i>	<i>Política Externa Brasileira</i>
<i>PECS</i>	<i>Plano Estratégico de Cooperação em Saúde</i>
<i>PEN</i>	<i>Plano Estratégico Nacional</i>
<i>PN</i>	<i>Programa Nacional</i>
<i>PNS</i>	<i>Plano Nacional de Saúde</i>
<i>PRE</i>	<i>Programa de Reabilitação Econômica</i>
<i>PRSS</i>	<i>Programa de Renovação do Setor da Saúde</i>
<i>PS</i>	<i>Postos de Sentinela</i>
<i>PSI</i>	<i>Programa de Saúde Internacional</i>
<i>RENAMO</i>	<i>Resistência Nacional Moçambicana</i>
<i>Rets</i>	<i>Redes de Formação de Pessoal de Nível Técnico</i>
<i>RINS</i>	<i>Redes de Institutos Nacionais de Saúde</i>
<i>SES</i>	<i>Secretaria de Estado da Saúde</i>
<i>SIDA</i>	<i>Síndrome da Imunodeficiência Adquirida</i>
<i>SNS</i>	<i>Sistema Nacional de Saúde</i>
<i>SUS</i>	<i>Sistema Único de Saúde</i>
<i>TARV</i>	<i>Terapia Antirretroviral</i>
<i>TC</i>	<i>Termo de Cooperação</i>
<i>UNAIDS</i>	<i>United Nations Programme on HIV/AIDS</i>
<i>UNASUL</i>	<i>União de Nações Sul-Americanas</i>
<i>SMM</i>	<i>Sociedade Moçambicana de Medicamentos</i>

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 CONSTRUÇÃO DO ARCABOUÇO TEÓRICO E MODELO DE ANÁLISE	12
1.1 POLÍTICA EXTERNA	12
1.1.1 Política externa: conceito, análise e processo decisório	12
1.1.2 A ascensão de novos atores em política externa	18
1.2 POLÍTICA PÚBLICA	21
1.2.1 O que é política pública?.....	21
1.2.2 Elaboração das políticas públicas: da definição da agenda a implementação da política.....	25
1.2.3 Análise de políticas públicas: avaliação e <i>policy learning</i>	29
1.2.4 <i>Policy Transfer</i> e o modelo de análise de Dolowitz e Marsh	31
1.3 POLÍTICA PÚBLICA COMO POLÍTICA EXTERNA: E NÃO O CONTRÁRIO	41
2 A RESPOSTA BRASILEIRA: DO DESCASO AO RECONHECIMENTO	47
2.1 CONSTRUÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS	47
2.1.1 Surgimento e desenvolvimento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no Mundo	48
2.1.2 O cenário brasileiro: o movimento sanitarista e a VIII Conferência Nacional de Saúde	53
2.1.3 O Plano Nacional DST-AIDS: dos desafios enfrentados às premiações internacionais	58
2.2 O PROTAGONISMO INTERNACIONAL NA POLÍTICA PÚBLICA	67
2.2.1 A Política Externa Brasileira.....	67
2.2.2 A face internacional do Programa Nacional de DST/AIDS	70
2.2.3 A inserção do PN-DST/AIDS na agenda de Política Externa Brasileira.....	71
2.3 ANOS 2000: MUDANÇA DE GOVERNO E NO PN-DST/AIDS	75
2.3.1 A Cooperação Sul-Sul em HIV/AIDS: o PCI	75
2.3.2 A nova postura internacional brasileira.....	77
2.3.3 A rede de laços Sul-Sul	79
3 A COOPERAÇÃO TÉCNICA SUL-SUL BRASILEIRA EM SAÚDE	81
3.1 COOPERAÇÃO INTERNACIONAL	81
3.1.1 Definindo Cooperação Internacional	81
3.1.2 Cooperação Técnica para o Desenvolvimento e Cooperação Sul-Sul.....	83
3.1.3 Cooperação Sul-Sul na Política Externa Brasileira	87
3.2 SAÚDE E COOPERAÇÃO	93
3.2.1 Saúde Global e Cooperação Internacional para o Desenvolvimento.....	94
3.2.2 A Saúde na Política Externa Brasileira	97
3.2.3 Cooperação Brasileira em Saúde.....	101
3.3 ATUAÇÃO DOS ATORES DOMÉSTICOS NA AGENDA DE COOPERAÇÃO	107
3.3.1 O Ministério das Relações Exteriores e a Agência Brasileira de Cooperação	109
3.3.2 O Ministério da Saúde e a Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde.....	111
3.3.3 A Fundação Oswaldo Cruz e o Centro de Relações Internacionais em Saúde.....	113
3.3.4 Atores domésticos e o processo decisório na cooperação em saúde do Brasil.....	116
3.4 MAPEAMENTO DOS PROJETOS DE COOPERAÇÃO EM SAÚDE DO BRASIL	120
4 O CASO BRASIL-MOÇAMBIQUE E A SMM	124
4.1 A EPIDEMIA DE HIV/AIDS EM MOÇAMBIQUE	124
4.1.1 Contextualizando a epidemia em Moçambique	125
4.1.2 O Sistema Nacional de Saúde Moçambicano.....	129
4.1.3 A resposta de Moçambique à epidemia.....	131
4.2 A TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICAS ENTRE BRASIL E MOÇAMBIQUE.....	138
4.2.1 A Cooperação em Saúde entre Brasil e Moçambique	139
4.2.2 A aproximação brasileira e as negociações.....	145
4.2.3 A Sociedade Moçambicana de Medicamentos.....	147
4.3 ANÁLISE DO CASO BRASIL-MOÇAMBIQUE E A SMM.....	154
4.3.1 Aplicação dos modelos de ciclos da política.....	155
4.3.2 Aplicação do modelo de análise de Dolowitz e Marsh	158
4.3.3 Análise dos resultados.....	164
CONCLUSÃO	166
BIBLIOGRAFIA	169

INTRODUÇÃO

Esse estudo realiza uma investigação a respeito do papel desempenhado por atores domésticos na Cooperação Sul-Sul brasileira, em especial no que concerne ao seu aspecto técnico e estruturante, realizada entre Brasil e Moçambique, para a implantação da fábrica de medicamentos de combate ao HIV (antirretrovirais), conhecida como Sociedade Moçambicana de Medicamentos, nos anos entre 2003 e 2012. A pergunta a ser respondida é: qual foi o papel desempenhado pelos atores internos brasileiros no processo de internacionalização da política pública de combate à epidemia de HIV/AIDS no país?

A partir desse questionamento, o estudo se volta aos atores menos tradicionais em política externa, que, no contexto da Cooperação Técnica em Saúde, passaram a desempenhar ações típicas da área. Entre esses entes destacam-se: a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), o Ministério da Saúde (MS), a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), entre outros grupos de interesses e organizações envolvidos nas negociações.

Dentro dessa discussão, objetiva-se desenvolver uma análise da dimensão interna desse processo, analisando a atuação no cenário internacional de atores domésticos, e promovendo a perspectiva de política pública como política externa, na qual uma política, adotada internamente, passou a integrar a agenda externa do país.

A partir disso, o objetivo geral é analisar as funções desempenhadas pelos atores domésticos acima citados, na agenda de Cooperação Sul-Sul em saúde pública entre Brasil e Moçambique, no período de 2003 a 2012. Os objetivos específicos são: explorar o processo de internacionalização da política pública brasileira de combate à epidemia de HIV/AIDS; promover a perspectiva de política pública como política externa a partir do caso em análise; identificar as principais características da Cooperação Internacional do Brasil em HIV/AIDS; indagar sobre a inserção de uma agenda de política externa no Ministério da Saúde do Brasil; analisar a Diplomacia da Saúde no Ministério da Saúde do Brasil e no Sistema Único de Saúde (SUS) e identificar os espaços de participação dos atores anteriormente mencionados.

Para o desenvolvimento da pesquisa, serão utilizados tanto como fonte de pesquisa, quanto como objeto de análise, documentos oficiais, dentre os quais estão: Documento de informações do Comitê Assessor do Ministério da Saúde do Brasil, sobre a VIII Conferência Nacional de Saúde, o Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, o Documento de Intenções do Programa de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (1986); Boletins Epidemiológicos; publicações no Diário Oficial; notas oficiais; cronogramas, o Acordo Geral

de Cooperação entre Brasil e Moçambique; Documento de Intenções assinados pelo MS e o MRE; Documento de Intenções assinado pelos governos brasileiro e moçambicano; Ajustes Complementares ao Acordo Geral supracitado, entre outros. Também serão utilizados documentos não oficiais que retratam o início da construção da resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS. Parte dos documentos, oficiais e não oficiais, fazem parte do arquivo pessoal da Dra. Maria da Glória Ferreira, médica sanitária, que chefiou a Divisão de Dermatologia Sanitária do SUS no estado de Goiás, entre 1987 e 1991 e foi membro da Comissão Executiva para o Controle da AIDS no estado de Goiás, entre 1987 e 1992 – períodos que abrangem a contextualização histórica proposta no capítulo dois. Adicionalmente será explorado o relato do Dr. Aguinaldo Gonçalves, médico, especialista em Saúde Pública, ex-diretor da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde, sobre a Primeira Conferência Internacional sobre Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (1985), onde compareceu como Assessor Temporário da Organização Pan-americana de Saúde, por indicação do Ministério da Saúde do Brasil, entre outros documentos listados no Anexo I.

A importância do estudo é evidenciada na presença desses “atores não tradicionais” em todo o processo analisado, desde a formulação da política, até a sua internacionalização, uma vez que, partindo da identificação do problema, e de sua inserção na agenda política brasileira, a resposta do Brasil à epidemia de HIV/AIDS começa de maneira descentralizada, iniciando nas avaliações realizadas pelas secretarias estaduais de saúde. Em 1988, após conversas com técnicos da saúde, representantes de organizações e da sociedade civil, foi criado e institucionalizado o Programa Nacional de AIDS no Ministério da Saúde (LIMA, 2017). Neste contexto, a autora afirma que a resposta brasileira contou com governo, movimentos e organizações fortemente articulados em sua construção e consolidação, o que estaria de acordo com o que Marques (2013) chama de influência do neoinstitucionalismo nos estudos de política, uma vez que a formulação de políticas públicas estaria atrelada à relação entre Estado e atores da sociedade.

De acordo com Marques (2013), as políticas muitas vezes não são geradas por entes isolados, levando a necessidade de aprofundamento na coordenação entre estes, e nos tipos de atores presentes em situações específicas (grupos de interesse), o que nos leva à análise de redes, ou seja, considerar as entidades sociais que de alguma maneira se envolvem no fenômeno.

Assim sendo, a relevância de se aprofundar na atuação dos atores não tradicionais neste processo é evidenciada na afirmação de Lima (2017), ao colocar que o acesso universal a

medicamentos antirretrovirais¹ passa a ser central no Programa Nacional a partir da década de 1990, mobilizando diferentes setores e atores e levando as negociações para além dos limites tradicionais. Como resultado, o Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS) passa a participar fortemente de fóruns internacionais especializados em saúde, resultando na participação de diferentes atores em processos de negociação internacional, algo que intensificou o diálogo entre o Ministério da Saúde e o Ministério das Relações Exteriores, e, por fim, englobou o tema e o Programa Nacional de DST/AIDS à agenda de política externa brasileira, pontapé inicial para os projetos de Cooperação Sul-Sul em Saúde Pública.

Além disso, a bibliografia nos mostra que os processos de transferências políticas são tema ainda pouco explorado, especialmente no que se refere aos países em desenvolvimento, e as relações Sul-Sul. Dessa forma, este estudo ambiciona promover uma melhor compreensão da atuação da grande variedade de atores envolvidos nas transferências políticas, e as peculiaridades desse processo.

Considerando o que foi colocado, o processo de internacionalização do PN-DST/AIDS se dá através da estratégia de Cooperação Sul-Sul, implementada na Política Externa Brasileira (PEB), principalmente a partir do governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010). A Cooperação Sul-Sul (CSS), também chamada de Cooperação Horizontal, ou Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento, consolida-se nos debates em Relações Internacionais, a partir da Guerra Fria, como uma alternativa à Cooperação Norte-Sul, predominante até aquele período. Diferente da cooperação tradicional, a CSS substitui os termos “doador” e “receptor” por “parceiros”, concede agência aos parceiros internacionais, e visa promover capacidades e estruturas para o desenvolvimento.

É dentro deste debate que a Fundação Oswaldo Cruz cunha o termo Cooperação Estruturante em Saúde. Termo este, que enquadra a cooperação aqui em análise. Nesse sentido, a Cooperação Estruturante em Saúde firmada entre Brasil e Moçambique, estrutura-se fundamentalmente através da transferência política. Por essa razão, o conceito de *Policy Transfer* é aqui utilizado como uma ferramenta para entender e analisar a Cooperação Sul-Sul, permitindo percebermos a política pública brasileira sendo tratada como política externa.

¹ Medicamentos utilizados no tratamento do HIV, atuam de forma a inibir a multiplicação dos retrovírus, entre eles, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Disponível em < <https://www.farmacia.ufmg.br/pensandonisso/tratamento-contr-o-hiv-o-que-voce-precisa-saber/>>. Acesso em 03 de agosto de 2022.

O modelo de análise de transferência de políticas proposto por Dolowitz e Marsh é utilizado para estruturar a análise. Bem como o modelo de ciclos da política, que nos permite estabelecer a conexão entre política pública e política externa.

Os documentos levantados no desenvolvimento da pesquisa encontram-se listados no anexo I e possuem cópia digital disponibilizada em drive no seguinte link:<<https://drive.google.com/drive/folders/1nSjF6qAu9mwkiWkUeOEW9ysOZEFET8p0?usp=sharing>>. Documentos dos quais só tivemos acesso a versões físicas, encontram-se digitalizados, no mesmo link. Contudo, devido a extensão de alguns documentos, apenas as partes pertinentes para este estudo foram digitalizadas.

O estudo se divide em quatro capítulos. O primeiro, dedicado ao aporte teórico, onde serão revisadas as bibliografias referentes a política externa, política pública, *policy transfer* e Cooperação Internacional. O segundo, voltado à contextualização histórica, pormenorizando o cenário da epidemia de HIV/AIDS no Brasil, o processo de construção e consolidação da resposta brasileira, e a internacionalização dessa política pública, que tem a Cooperação Internacional como ferramenta viabilizadora. O capítulo seguinte direciona o foco da pesquisa para a Cooperação Internacional, abordando o desenvolvimento do conceito, a política de Cooperação Sul-Sul do Brasil e o papel desempenhado pelos atores domésticos nesse contexto. Por fim, no quarto capítulo é desenvolvido um estudo de caso da Cooperação Técnica e Estruturante firmada entre Brasil e Moçambique para a implantação da Sociedade Moçambicana de Medicamentos. Em um primeiro momento, a epidemia em Moçambique é contextualizada, assim como a estruturação da resposta moçambicana aos desafios impostos pela epidemia. A partir disso, dissecamos o caso proposto, finalizando com a aplicação dos modelos de análise propostos.

1 CONSTRUÇÃO DO ARCABOUÇO TEÓRICO E MODELO DE ANÁLISE

Neste capítulo, serão expostos os referenciais teóricos propostos para o desenvolvimento da pesquisa. Em um primeiro momento, é definido o que é política externa, recorrendo à literatura de Relações Internacionais para trazer o conceito clássico de política externa e suas atualizações. O foco na segunda sessão é centralizado nas políticas públicas, seu ciclo de formulação, bem como seus processos de avaliação e de transferência. Em seguida, é abordado, de forma relacional os conceitos de política externa e política pública, buscando compreender não só a política externa como uma política pública, mas também quando uma política pública se torna uma política externa, como o caso aqui estudado. A partir disso, o intuito desse capítulo é construir a base teórica que dará suporte à análise.

1.1 POLÍTICA EXTERNA

Partindo da premissa que as ações que configuram o objeto deste estudo ocorrem no ambiente internacional, entendendo que política externa envolve as ações empreendidas por um Estado para além de suas fronteiras, visando atingir objetivos específicos, chegamos à conclusão da necessidade da compreensão mais profunda deste tipo de política. Nesta sessão nos dedicaremos a trabalhar o conceito de política externa, seu processo decisório e atores envolvidos.

1.1.1 Política externa: conceito, análise e processo decisório

A definição de política externa parece ser óbvia, uma vez que o termo expressa, de maneira evidente, que se refere à política empreendida por um Estado para além de suas fronteiras (MERLE, 1984). Porém, para além disso, é importante colocarmos em evidência a aproximação entre Estado, poder e política externa. O Estado moderno emerge a partir do Tratado de Westfália (1648), que, em suma, consagra a definição de soberania estatal, e confere ao Estado poder supremo dentro de seu território, não havendo, a partir de então, nenhum outro poder dentro de suas fronteiras que possa se colocar acima deste. Ao mesmo tempo, no âmbito internacional, não existe qualquer instituição que fiscalize suas ações e relações (FIGUEIRA, 2011).

Considerando a inexistência de um poder regulador das ações dos países no sistema internacional, Figueira (2011) entende que emerge neste ambiente, um sentimento de insegurança, impulsionador da busca por meios de garantir a segurança e a manutenção da ordem interna pelos Estados. Com esses objetivos, a dinâmica internacional passa a ser caracterizada pela demanda dos Estados por ampliação de poder, e conseqüentemente, pela potencialização de seu poder de barganha. Apesar de juridicamente todos os países se caracterizarem como entidades soberanas, sua capacidade de barganhar, exercer influência e controlar resultados são distintas, ou seja, o nível de poder entre os Estados não é semelhante (FIGUEIRA, 2011).

Nesse sentido, Merle (1984) faz três constatações. A primeira é que, mesmo que existam sociedades sem Estado, como as tribos primitivas, não existe sociedade sem poder. A segunda relaciona historicamente o poder com a necessidade dos grupos de garantirem sua segurança frente a ameaças externas, o que faz da política externa tanto um fundamento do poder quanto uma garantia de sua legitimidade. A terceira liga o surgimento do Estado à institucionalização do poder. Sobre isso, Figueira cita que:

A política externa dos Estados, isto é, a ação empreendida pelos países no plano internacional, não apenas aponta para os objetivos e linhas mestras que o país adotará na sua relação com os demais agentes no sistema internacional, mas também deve compor estratégias de atuação nas diversas dinâmicas da vida internacional, considerando para tanto, o poder relativo que cada Estado possui em relação a seus pares. Esse poder, no entanto, não é estático, já que depende não apenas de como o país converte possibilidades internas e vantagens externas, mas também de como absorve as mudanças estruturais e conjunturais do sistema internacional para favorecer potencialidades, antes adormecidas ou menos relevantes, transformando-as em fontes de poder (FIGUEIRA, 2011, p. 7).

Sobre o poder, Morin e Paquin (2018) observam que não se trata apenas de um determinante de política externa ou um fato pelo qual os Estados devem competir. Os autores consideram que o poder é um aspecto da política externa que pode ser avaliado, comparado e explicado. Dessa forma, existem políticas de poder e existem políticas introspectivas.

Assim, um ponto a ser levantado sobre o poder nas relações entre os Estados é o fato de que ele não está unicamente ligado à distribuição de recursos, pois entre recursos e influência existem muitas variáveis. Nesse sentido, as partes interessadas atuam dentro da estrutura internacional de forma a converter seus recursos em capacidades, e essas capacidades em instrumentos de política externa (MORIN e PAQUIN, 2018). Afirmam ainda os autores:

The differences between states are linked to the relative primacy of mobilization strategies over exploitation strategies. Mobilization can be defined as the

*transformation of available resources to generate additional capabilities. Exploitation is the transformation of capabilities into instruments of foreign policy. All states pursue mobilization and exploitation strategies simultaneously, but the balance between the two poles varies as a function of the preferences and constraints specific to each state*² (MORIN e PAQUIN, 2018, p. 31).

A concepção tradicional de política externa, de acordo com Merle (1984), a considera como uma atividade específica, fazendo parte de uma jurisdição distinta, na qual o domínio e o controle são acessíveis apenas a uma pequena e privilegiada parcela da sociedade. Ainda sobre a visão tradicional de política externa, o autor cita o embaixador francês na Polônia (1935-1940), Léon Noël, que definia política externa como a condução das relações de um Estado com outros Estados. Ao nos referirmos a uma tradição em política externa, não abordamos apenas uma prática realizada em um período do tempo, mas um ponto de vista amplamente disseminado, e que para muitos se define como a única forma viável (MERLE, 1984).

De acordo com essa visão tradicional, a política externa deve estar exclusivamente sob a responsabilidade do poder executivo, sendo tratada unicamente na mais alta hierarquia política. Assim sendo, para a visão clássica de política externa, seus agentes devem possuir total monopólio em seu exercício. Além disso, aqueles que comandam a política externa devem ser especialistas (MERLE, 1984). O autor observa ainda, que os chefes de governo, em sua maioria, atribuem aos seus ministros de relações exteriores a responsabilidade pela política externa de seus países. Para ele, isso ainda se enquadra na regra da visão tradicional, uma vez que os ministros não agem acima da autoridade do chefe de governo. O autor pontua que a estrutura essencial da política externa de um Estado, de acordo com a tradição, reside nas figuras do chefe de governo e de seu ministro das relações exteriores (MERLE, 1984).

Corroborando com esta visão, Oliveira (2012) afirma que nos estudos de política externa, a análise centra-se na ação do Estado e em quais são os elementos, sejam de conflito ou de interesse, que estão por trás desta ação, ressaltando ainda que, uma vez que a política externa versa sobre os interesses e os objetivos dos Estados na arena internacional, cabe ao Estado o seu conteúdo e a sua instituição. Recorrendo a Manfred Wilhelmy, Oliveira (2012) traz uma definição pragmática de política externa como as ações políticas de um Estado em busca da promoção de seus interesses frente a outros Estados.

² Tradução própria: As diferenças entre os Estados estão particularmente ligadas à relativa primazia das estratégias de mobilização sobre as estratégias de exploração. A mobilização pode ser definida como a transformação dos recursos disponíveis para gerar capacidades adicionais. A exploração é a transformação dessas capacidades em instrumentos de política externa. Todos os Estados buscam estratégias de mobilização e exploração simultaneamente, mas o equilíbrio entre os dois polos varia em função das preferências e restrições específicas de cada Estado.

A política externa representa um esforço intelectual e pragmático de determinação de interesses convergentes e/ou divergentes entre diferentes parceiros. Parte-se do princípio de que “as relações entre Estados fundamentam-se naquilo que constituem os pontos de interesse em comum, naquilo que constitui um relacionamento com vantagem mútua” (OLIVEIRA, 2012, p. 6).

Mas, como podemos identificar, acessar e explicar uma política externa? Para Morin e Paquin (2018) definir é interpretar, e, para tanto, os autores relacionam alguns pontos considerados referenciais para sua análise. Alguns estudiosos do campo afirmam que existem algumas metas gerais e predefinidas em qualquer política adotada no âmbito externo, por qualquer país, em qualquer período ou contexto. Entre essas metas estão o acúmulo de capital, a estabilidade do sistema internacional, o crescimento do poder, a manutenção de líderes em seus cargos e a reprodução da identidade nacional. Porém, os autores acreditam que essas metas pré-determinadas ficam apenas no campo da ficção metodológica. Ainda de acordo com os estudiosos supra referidos, os líderes políticos almejam metas que, muitas vezes, são distintas e contraditórias. Para eles, o conceito de interesse nacional é mutável e se altera de acordo com o período, os países e os indivíduos.

Para a correta identificação das metas da política externa em análise, pode-se recorrer a discursos, declarações públicas e relatórios. Porém, dificilmente tais metas serão apresentadas de maneira clara e explícita. Para manterem preservadas a reputação nacional e sua legitimidade, os Estados tendem a mascarar os ganhos relativos de determinada ação de política externa, centralizando o discurso apenas nos ganhos absolutos. Além disso, tendem a reduzir o alcance de seus objetivos para aumentar as possibilidades de sucesso, e costumam fugir de questões relacionadas à divulgação das metas em política externa, ao invés de comunicá-las abertamente. Dessa forma, a análise de discursos não costuma ser suficiente para identificar e compreender a política externa adotada, e deve ser tratada com cautela (MORIN e PAQUIN, 2018).

Uma forma de se chegar aos objetivos de uma política externa, de acordo com Morin e Paquin (2018), envolve considerar as variáveis que a influenciam, ressaltando, porém, que a identificação de um objetivo não exclui os demais, sendo que uma mesma política externa pode ter vários objetivos simultaneamente, apontando, ainda, que a combinação de uma série de metas tem sido algo corriqueiro nas sociedades pluralistas.

Ainda de acordo com Morin e Paquin (2018), também é possível detectar os objetivos da política externa de um governo ao buscarmos uma doutrina, ou seja, as crenças, regras e

princípios que a guiam. Porém, a doutrina referida pode não ser explicitamente apresentada como tal.

Para análise, a doutrina pode fornecer estruturas macropolíticas, através das quais se tornam mais compreensíveis os interesses dos Estados e seus comportamentos. Contudo, vale ressaltar, é comum que doutrinas se encaixem apenas em determinados períodos, por exporem mais comumente interesses, crenças e princípios de um governo.

Apesar do discurso comum entre os líderes mundiais sobre a defesa dos interesses nacionais como justificativa e objetivo para a política externa adotada, o conceito de interesse nacional é demasiado generalista, e frequentemente utilizado sem definição, de modo a se tornar, por essa razão, uma construção social que abrange seu contexto (MORIN e PAQUIN, 2018). Ao adotarem esse discurso, os líderes têm por objetivo despolitizar a política externa, porém, os autores defendem que são justamente os objetivos políticos que definem o conceito de interesse nacional.

Com base no exposto, surge o questionamento a respeito do caráter da política externa: a política externa caracteriza-se como uma política de Estado ou como uma política de governo? De acordo com Oliveira (2012), partindo do princípio de que a política externa representaria os interesses do Estado, por ele definidos como interesses permanentes, ela se caracterizaria como uma política de Estado, e, por essa razão, possui certa continuidade. Contudo, o autor abre margens para possíveis mudanças de estilo, que podem refletir o perfil e as preferências do governo em questão.

Sobre o processo decisório, Morin e Paquin (2018) pontuam que alguns analistas assumem que o contexto doméstico é mais relevante do que o externo para se explicar as decisões em política externa. Existem aqueles que se debruçam sobre os mecanismos cognitivos dos líderes de governo, enquanto outros focam nas estruturas que possibilitam a interação entre os atores. Os autores consideram que, para fins didáticos, o processo decisório pode ser organizado em várias etapas, auxiliando o estudo do tema e a identificação do nível de análise mais relevante. A partir disso, Morin e Paquin (2018, p. 41-42) trazem o ciclo de formulação de políticas de Charles Jones, que é organizado em seis fases, representadas na figura acima, onde cada estágio corresponde a um nível de análise.

Figura 1: Ciclo de formulação de política externa



Elaboração própria a partir de Morin e Paquin (2018)³.

Sobre o processo de tomada de decisão em política externa, Oliveira (2012) ressalta a diferença entre decisão e ação afirmando que

A decisão corresponde a um desejo, intenção e é decorrente de um processo de identificação do problema, produção de alternativas, definição e implementação, enquanto a ação reflete o comportamento prático, podendo obter um resultado diferenciado do que tinha sido proposto. A decisão pode ser resultante, de forma isolada ou conjugada, de estímulos provenientes da sociedade, de estímulos provenientes do exterior, ou produto de decisão governamental (OLIVEIRA, 2012, p. 14).

Ainda sobre o processo decisório em política externa, Oliveira (2012, p. 15) recorre a Roberto Russell, que observa o processo de tomada de decisão vinculado a uma dinâmica decisória onde estão envolvidos atores governamentais e não-governamentais, tanto domésticos quanto externos, e que segue um desenvolvimento que se inicia a partir de estímulos internos e externos, que impulsionam o processo decisório até o momento em que a prática é de fato

³ Tradução própria.

implementada. Oliveira (2012, p. 18) também cita Luciano Tomassini, que afirma que na tomada de decisão o Estado deve considerar a existência de “fontes internas” na política externa, ou seja, podemos considerar política externa como o resultado da intervenção de diferentes agências do Estado, e de diversos grupos de interesse.

Assim sendo, passa a ser questionada e contestada a concepção da visão tradicional que considera as relações exteriores como um domínio inteiramente desligado das relações internas, obedecendo a leis específicas sem qualquer equivalência com as políticas estabelecidas dentro das fronteiras, e que se constituem como atividades desenvolvidas exclusivamente por agentes da mais elevada hierarquia de poder (MERLE, 1984). É nesse sentido que se entende que atores como a ABC, o MS, a FIOCRUZ e os grupos de interesse são atores relevantes a serem analisados no estudo de caso dessa dissertação.

Na próxima sessão, busca-se compreender, afinal, o que é um ator internacional, a inserção de atores distintos do Estado, do chefe de governo e seu ministro das relações exteriores no ambiente internacional e no processo de formulação da política externa, e de que maneira se dá essa atuação.

1.1.2 A ascensão de novos atores em política externa

O termo “ator internacional” é norteador para a compreensão de política externa e, apesar disso, não existe consenso a respeito de sua conceituação. Maia e Folle (2018) recorrem a alguns autores em busca de uma definição do termo. Apontam que para Cervera (1991), o termo se refere a entidades que interagem e se relacionam no ambiente internacional.

Um grande problema para a definição de um conceito de ator internacional, está no fato de que os autores da área têm se preocupado apenas em “identificar quem pode ser considerado ator internacional, sem refletir sobre o porquê e como isso ocorre” (MAIA e FOLLE, 2018, p. 3). Além disso, a separação feita entre política externa e doméstica por parte da vertente tradicionalista dos estudos de política externa pode dificultar a elaboração desses conceitos, uma vez que o conceito de relações internacionais se encontra ligado exclusivamente às relações entre os Estados e, por isso, torna-se nebuloso o processo de compreensão da forma como atores não-estatais atuam e influenciam no cenário internacional (MAIA e FOLLE, 2018).

Oliveira e Silva (2011) definem como ator internacional aquele que participa de relações relevantes para a ótica internacional. Cervera (1991) considera como fulcral para a caracterização do ator internacional, a capacidade de decisão e atuação em relações

consideradas relevantes para a dinâmica da sociedade internacional. Kegley e Wittkopf (1999) sugerem uma perspectiva multiníveis ou multi temas, uma vez que o contexto internacional se transforma constantemente, considerando, nas relações internacionais, uma grande variedade de atores e interações. Maia e Folle destacam que:

Existe uma tendência encontrada na literatura de conceber o Estado como ator, quando na realidade, quem são os agentes são os governos que agem em seu nome. Essa preposição envolve uma confusão preliminar entre o conceito de ator e o de sistema social. É necessário, portanto, diferenciar entre a mobilização dos atores, que poder ser os governos, para lutar por seus próprios objetivos, e a ligação social dos cidadãos. Abordar o Estado como agente somente é possível quando a coletividade ativa envolve toda a coletividade social (MAIA e FOLLE, 2018, p. 7).

A partir disso, Maia e Folle (2018) apresentam uma classificação eclética dos atores internacionais, abordada por Oliveira e Silva (2011), que os define em três categorias. Na primeira categoria inclui os Estados; na segunda categoria inclui os novos atores como as organizações não governamentais, as organizações internacionais, empresas transnacionais, entre outros; na terceira categoria inclui os atores emergentes que incluem os movimentos sociais, a sociedade civil internacional, terroristas, governos não centrais etc. De acordo com os autores, ainda não existe uma concordância entre o grau de importância e influência desses atores no sistema internacional, porque possuem certo dinamismo e diversificação em seus “objetivos, estratégias e mecanismos de inserção internacional”.

Corroborando com essa questão, Milani e Pinheiro (2013) questionam a atribuição da formulação e das decisões em política externa a um único indivíduo ou instituição que representariam os interesses do Estado no ambiente internacional. Para os autores, a referida definição é considerada pouco convincente.

Considera-se conveniente a abordagem de Macedo (2007), que aponta que a partir do final da Guerra Fria a antiga ordem mundial é alterada e temas antes ignorados passam a ganhar relevância, tais como os direitos humanos, o desenvolvimento social e o meio ambiente. A nova ordem mundial, forjada a partir de então, passa a ser fortemente influenciada por uma revolução tecnológica e informacional que acelera o processo de globalização, abala a concepção de fronteira, e coloca em ascensão novos atores no cenário internacional. Ou seja, como afirma Macedo (2007), influenciam em sua estrutura o sistema internacional e a economia mundial. A respeito desse tema, Milani e Pinheiro (2013) destacam que:

A simultaneidade de fatores – tais como o fim da competição bipolar, a diversificação das coalizões, os processos de globalização e liberalização econômica, as crises financeiras de natureza sistêmica, a revolução tecnológica na área de informação e a ação transnacional de redes de ativismo e movimentos sociais – produziu uma

inflexão nas concepções contemporâneas sobre o papel do Estado e em suas práticas no campo da política externa. Surgiram novas possibilidades de ação internacional dos Estados, mas também novos constrangimentos (MILANI e PINHEIRO, 2013, p. 14-15).

Com essas transformações, é possível observar um enfraquecimento da distinção fortemente defendida pelos tradicionalistas, entre os âmbitos externo e doméstico. Em Relações Internacionais, ganham força abordagens que argumentam que “a porosidade das fronteiras produz efeitos diretos sobre a agenda de política externa, que passa a sofrer demandas não apenas internas, mas, sobretudo, decorrentes de um processo de interconexão entre atores nacionais e internacionais” (MACEDO, 2007, p. 21).

Macedo (2007) aponta que a agenda de política externa passa a ser influenciada por agentes externos e por políticas públicas internas, conferindo ao Estado a função de conglutinar os interesses transnacionais de diferentes atores inseridos em seu território nacional. A autora observa neste novo cenário, uma dinâmica que integra pressões, vindas tanto do campo internacional quanto do âmbito doméstico (organizações, movimentos sociais e agências internas para além do Ministério das Relações Exteriores).

Milani e Pinheiro (2013) apontam o trabalho de Snyder, Bruck e Sapin (1962) como o ponto de partida de uma análise de política externa que passa a considerar o plano doméstico, em particular o processo decisório, como uma determinante do comportamento estatal no cenário internacional, salientando assim, o papel dos indivíduos e instituições no processo de formulação das políticas. Recorrem ainda a Rosenau, (1967) que corrobora com a ideia de que atores domésticos são de grande importância no processo de formulação da política externa, influenciando também o seu conteúdo.

As relações internacionais passam então a incorporar questões como meio ambiente, direitos humanos, migrações, pobreza, internacionalização da educação, saúde, cultura e cooperação, demandando profissionais com capacidades desenvolvidas em áreas diversas, que consequentemente também implica na integração cada vez maior e cada vez mais institucionalizada de atores envolvidos nesses diversos temas, que envolvem empresas, organizações não governamentais, movimentos sociais, órgãos públicos, entre outros.

Separar o interno do externo facilitou aos realistas defenderem, filosófica e epistemologicamente, a construção de uma concepção do Estado como uma casa de portas e janelas sempre fechadas, cujas relações econômicas, sociais, culturais e políticas no plano doméstico não deveriam merecer a atenção dos analistas de política externa. Embora essa casa tenha, em muitas ocasiões, mantido suas janelas e portas bem abertas (migrações, trocas econômicas, intercâmbios educativos e cooperações das mais diversas), a concepção realista logrou, por muitas décadas, motivar a construção de marcos interpretativos de estadistas, diplomatas, militares e, de certa

forma, da própria sociedade no sentido de que a política externa seria um campo distante do cotidiano dos cidadãos. Hoje isso mudou tanto do ponto de vista teórico quanto do ponto de vista empírico (MILANI e PINHEIRO, 2013, p. 15-16).

Com base nesses apontamentos, é proposta uma análise que parte do pressuposto de que a política externa deriva das iniciativas e atuações de diversos atores, sendo o Estado o principal deles, mas não o único, daqueles que interagem no cenário externo (MILANI e PINHEIRO, 2013). A partir disso, abre-se um leque para uma pluralidade de atores, que envolvem ministérios diversos, entidades subnacionais, órgãos federais e atores não estatais, tais como associações, movimentos, organizações e empresas. Assim, como afirmam Farias e Carmo (2021, p. 7), pode-se compreender que, mesmo que esses atores não participem de fato da tomada de decisão, “a inserção internacional do país desenrola-se em repetidas interações entre indivíduos, estruturados em diversos ambientes institucionais”.

Compreendemos, portanto, que política externa, como próprio nome diz, são aquelas políticas que visam resultados externos aos limites fronteiriços, mas não se resume a isso, incluindo estratégias, e atuação conjunta de diferentes atores e agentes visando a conversão de possibilidades internas em potencial externo. A formulação e execução desse tipo de política inclui a relação com as políticas adotadas internamente, e podemos observar na literatura que, temas tradicionalmente abordados em políticas públicas, como educação, desenvolvimento e saúde, a partir do processo de globalização, passaram a serem incluídos na agenda de política externa dos países. Por essa razão, consideramos importante a compreensão do conceito de políticas públicas para o desenvolvimento dessa pesquisa. Sendo assim, a próxima sessão dedica-se a esta função.

1.2 POLÍTICA PÚBLICA

O conceito de política pública, assim como o de política externa, não é fácil de ser definido, não existindo um consenso entre os estudiosos que se dedicam ao tema. Assim, trata-se de um conceito com diversas abordagens, algumas das quais serão abordadas nesta sessão, visando auxiliar a análise do objeto deste estudo.

1.2.1 O que é política pública?

A política pública como um domínio teórico acadêmico e campo de estudo surge nos Estados Unidos, em oposição à visão europeia do campo de estudo que focava suas análises sobre o Estado e suas instituições, e negligenciava a produção dos governos. Assim sendo, a vertente europeia partia de teorias que buscavam explicar o papel do Estado e do governo como produtores de políticas públicas, enquanto nos Estados Unidos, o foco voltava-se diretamente para a ação dos governos (SOUZA, 2006).

Marques (2013) realiza um mapeamento dos referenciais teóricos de políticas públicas em Ciência Política. Segundo o autor, determinadas medidas envolvem as causas do problema que será objeto da política e o efeito que essa política terá sobre esse objeto. Souza (2006, p. 22) parte do pressuposto de que em contextos de “democracias estáveis, aquilo que o governo faz ou deixa de fazer é passível de ser (a) formulado cientificamente e (b) analisado por pesquisadores independentes”.

Considerando que o estudo das políticas públicas surge a partir do campo da ciência política, surgem três caminhos a partir da ótica estadunidense. O primeiro debruça-se sobre as instituições que funcionam como reguladoras da natureza humana. O segundo, embasado em Tocqueville e Paine, coloca seu foco sobre a ação cívica para viabilizar o “bom governo”. E o terceiro caminho, o das políticas públicas, busca compreender as escolhas dos governantes por determinadas ações (SOUZA, 2006).

Sobre os precursores do estudo de políticas públicas em Ciência Política, Marques (2013) cita Harold Lasswell que sustentava uma concepção de política baseada em como as massas seguiam as lideranças, pautando-se no Behaviorismo, ou seja, na análise baseada no comportamento. A formulação da chamada “ciência de governo” concentra-se na compreensão dos contextos sociais e políticos, e da racionalidade que envolve o processo decisório (MARQUES, 2013).

Herbert Simon aborda a teoria das organizações e o conceito de racionalidade limitada, que se traduz no fato de que as limitações de tempo e espaço, informação, características e restrições afetariam a racionalidade na tomada de decisão (MARQUES, 2013). David Easton, por sua vez, apresenta a teoria dos sistemas atrelada à vida política. De acordo com Marques (2013), neste momento, o debate central se centrava na racionalidade da tomada de decisão, vista de maneira técnica.

A partir da década de 1970, críticas a respeito do caráter racional dado ao processo decisório passaram a contribuir para visões mais complexas dos processos de produção de

políticas. Neste Lindblom sugere que meios e fins seriam escolhidos simultaneamente, e que o processo de decisão seria incremental (MARQUES, 2013).

Já Etzioni, afirma que as dimensões incrementais do processo decisório seriam majoritárias, e apresenta o “*mixed scanning*”, onde o decisor exploraria opções de menor custo sem aprofundamento, e a partir daí, optaria por decisões incrementais (MARQUES, 2013). Lowi sugeriu uma classificação para as políticas públicas: políticas constitutivas (criação e transformação das regras do jogo político), políticas regulatórias (estabelecimento de regras pelo Estado para atividades externas ao mesmo) e políticas redistributivas (distribuição de recursos). Bachrach e Baratz defendem uma concepção em que a política baseia-se sob poder e influência, onde os atores influenciariam não apenas a tomada de decisão, mas também o que entra ou não no processo decisório (MARQUES, 2013).

Dessa forma o aporte teórico e conceitual da política pública é caracterizado pela multidisciplinaridade, e visa promover a compreensão dos aspectos e das características das políticas públicas e seus processos. Uma vez que as políticas públicas afetam diretamente a economia e a sociedade, uma teoria de política pública deve explicar as relações inerentes entre o Estado, a política, a economia e a sociedade (SOUZA, 2006).

Pode-se, então, resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem os seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2006, p. 26).

Marques (2013) analisa que o estudo sobre políticas leva à constatação de que elas, muitas vezes, não são geradas por atores isolados, levando à necessidade de se aprofundar na coordenação entre estes, e nos tipos de atores presentes em situações específicas (grupos de interesse), levando à análise de redes, ou seja, considerar as entidades sociais, que, de alguma maneira, se envolvem no fenômeno (MARQUES, 2013).

Entre as definições do que de fato é a política pública, Souza (2006, p. 24-25) retoma algumas abordagens como a de Lawrence Mead, que a trata nos termos de uma análise do governo a partir das questões públicas; Laurence Lynn que a define como as ações do governo que levam a resultados específicos, e B. Guy Peters, que traz uma abordagem voltada para as ações do governo que afetam a vida dos cidadãos; Thomas Dye, que a resume como aquilo que o governo opta por fazer ou não, e a mais famosa, de Harold Lasswell, que visa responder

“quem ganha o quê, por quê e que diferença faz”. Por fim, diversas abordagens definem políticas públicas como a solução de problemas.

Howlett *et al* (2013, p. 5) trazem uma definição de política pública que os autores denominam de funcional. De acordo com eles, “a *policy making* trata fundamentalmente de atores cercados por restrições que tentam compatibilizar objetivos políticos (*policy goals*) com meios políticos (*policy means*) num processo que pode ser caracterizado como ‘resolução aplicada de problemas’”. Dessa forma, o processo de formulação de políticas públicas envolve a identificação desses problemas para que sejam aplicadas as soluções propostas. Os meios para isso envolvem a articulação entre os objetivos políticos e os instrumentos políticos (*policy tools*) (HOWLETT, RAMESH e PERL, 2013).

Muller (1998) faz alguns apontamentos sobre a essência das políticas públicas. Para o autor, para definirmos política pública é fundamental percebermos que: a) políticas públicas consistem em ações concretas que fazem parte de um quadro geral, com nível variado de coerção; b) políticas públicas possuem público, ou seja, indivíduos, grupos ou organizações que serão afetados por elas; c) políticas públicas possuem metas e objetivos definidos.

Resumidamente, Secchi (2016) aponta dois conceitos fundamentais para a compreensão da política pública, um relacionado ao fim e o outro ao meio pelo qual esse fim será alcançado. De acordo com o autor, as políticas públicas estão relacionadas a intenção de resolução (de um problema social identificado) – fim – e quais serão os mecanismos utilizados para levar essa intenção a diante – meio. Porém, sobre o problema propriamente, o autor afirma ser uma ideia intersubjetiva, o problema “só existe se incomoda uma quantidade ou qualidade considerável de atores” (SECCHI, 2016, p. 5).

Por um ponto de vista mais contemporâneo, os estudos de políticas públicas passam a reconhecer o papel desempenhado pela agência humana e a sobreposição de atores e instituições. Os estudos passam a evidenciar que as mudanças nas políticas públicas geradas por movimentos sociais, que interagem no cenário político com atores estatais e societais (ABERS, SILVA e TATAGIBA, 2018).

Nesse sentido, as áreas abrangidas pelas políticas públicas incluem: educação, saúde, segurança pública, saneamento, moradia, meio ambiente, previdência social e geração de emprego, assistência social, planejamento urbano, cultura e esporte, ciência e tecnologia, inovação, infraestrutura e mobilidade. Além da variedade de áreas, as políticas públicas também podem ser aplicadas em diferentes níveis: nacional, estadual, municipal e, ainda, internacional e permite a atuação de atores como governos, ONG’s, organismos multilaterais, redes, e

organizações da sociedade civil (SECCHI, 2016). Ainda de acordo com Secchi (2016), o estudo das políticas públicas permite a análise dos atores, das ações possíveis, seus benefícios e valores. Para tanto, compreender o processo de elaboração das políticas públicas se faz necessário. A próxima sessão dedica-se a este fim, buscando sua base na literatura de análise de políticas públicas.

1.2.2 Elaboração das políticas públicas: da definição da agenda a implementação da política

Partindo do pressuposto de que as políticas públicas são caracterizadas como um processo complexo que envolve decisões tomadas por diversos atores passíveis de serem influenciados por fatores que interagem dentro e fora do Estado, é possível notar que as políticas públicas são construídas dentro das estruturas que ambientam a atuação destes, e que são influenciadas pelas ideias que os mesmos defendem (HOWLETT, RAMESH e PERL, 2013).

Assim sendo, Howlett *et al* (2013) afirmam que, com o objetivo de simplificar as políticas públicas para que se possam realizar análises mais adequadas, estas passam a ser pensadas como um processo. Harold Lasswell um dos pioneiros nesse sentido, divide o processo de criação das políticas públicas em sete etapas, que seriam, respectivamente: informação, promoção, prescrição, invocação, aplicação, término e avaliação. Sobre esse processo,

[..] em seu constructo, tal processo começa com a reunião de informações, ou seja, a coleta, o processamento e a disseminação de informações pelos *policy-makers*. Em seguida, ele avança para a promoção de opções particulares pelos envolvidos na tomada de decisão política. No terceiro estágio, os tomadores de decisão prescrevem um curso de ação. No quarto o curso de ação prescrito é invocado juntamente com um conjunto de sanções para penalizar aqueles que não cumprem essas prescrições. A política é então aplicada pelas cortes e pela burocracia e corre seu curso até chegar a seu término ou ser encerrada. Finalmente, os resultados políticos (*policy results*) são apreciados ou avaliados contra seus alvos e objetivos originais (HOWLETT, RAMESH e PERL, 2013, p. 13).

Lindblom (1991) apresenta o processo de elaboração de políticas públicas de maneira circular, passando pela elaboração da agenda, da política, pela implementação, e avaliação. Howlett *et al* (2013) apontam que no modelo de ciclo das políticas públicas, as mesmas aparecem atreladas à lógica da resolução aplicada de problemas, como retratado na figura abaixo, retirada do livro dos autores, “Políticas Públicas: seus ciclos e subsistemas”.

Figura 2: estágios do ciclo político

Resolução aplicada de problemas	Estágios no ciclo político
1. Reconhecimento do problema	1. Montagem da agenda
2. Propostas de solução	2. Formulação da política
3. Escolha da solução	3. Tomada de decisão política
4. Efetivação da solução	4. Implementação da política
5. Monitoramento dos resultados	5. Avaliação da política

Fonte: (HOWLETT, RAMESH e PERL, 2013).

O modelo proposto na figura acima é relevante para o presente estudo, uma vez que, como afirmam os autores, “ajuda a esclarecer os diferentes papéis, interativos, desempenhados no processo pelos atores, instituições e ideias que tem a ver com uma política” (HOWLETT, RAMESH e PERL, 2013, p. 15).

Sobre a formulação da agenda política, Lindblom (1991) afirma que apesar de bem-estar, segurança, amor e comida serem desejos de todos, as demandas políticas são muito variadas, e podem ser satisfeitas de diferentes maneiras. Para ele, essas preferências dependem do que a sociedade ensina, pede, e oferece, uma vez que, como exemplifica o autor, uma demanda por preços mais baixos de alimentos só pode ocorrer em uma sociedade onde se compra e vende alimentos.

A afirmação de que o sistema de formulação de políticas públicas não é como uma máquina, onde as pessoas depositam seus desejos e necessidades, e recebem resultados que os satisfaçam, sustenta o argumento de Lindblom (1991), que afirma que a própria máquina produz desejos e necessidades, e assim molda as vontades dos cidadãos, agregando algumas questões à agenda e rejeitando outras. Como observa John Kenneth Galbraith, o mercado produz o que o consumidor exige, mas o consumidor exige o que é produzido. Trazendo essa afirmação para as políticas públicas, Lindblom (1991) questiona se esse mesmo processo não ocorre na formulação das políticas.

É possível observar, conforme aborda Lindblom (1991), que na sociedade americana existe muita concordância referente às questões básicas, que se referem à estrutura da sociedade e ao sistema de poder, como a preferência ao sistema presidencial, a oposição à redistribuição de riquezas, entre outros, e, como consequência, certas alternativas políticas jamais encontrarão espaço na agenda pública. Para o autor, não se pode confundir necessidades básicas com escolhas de políticas públicas, uma vez que existem muitas maneiras de se atender a essas necessidades, e se as pessoas concordam com tais políticas públicas, isto ocorre porque foram

doutrinadas Nesse sentido, tendo aprendido a acreditar nos mesmos fatos, formular as mesmas hipóteses, manter os mesmos valores e atitudes (LINDBLÖM, 1991).

Assim sendo, a formulação da agenda representa a forma com que um problema chama ou não a atenção do governo. É de acordo com o que se define nesse estágio, que toda a formulação da política pública se desenrola. Afinal, “a forma como os problemas são reconhecidos, se é que serão de algum modo, pelo menos, reconhecidos, são as determinantes fundamentais de como eles serão, afinal, tratados pelos *policy makers*” (HOWLETT, RAMESH e PERL, 2013, p. 103).

É possível notar, de acordo com Howlett *et al* (2013), que poucos problemas passam a ser considerados como públicos pelos governos. Dessa forma, um problema só passa a fazer parte da agenda quando o governo conclui que precisa tomar atitudes para saná-lo. Os autores, então, recorrem a Cobb, Ross e Ross, que identificam quatro fases na elaboração da agenda: a introdução das questões, a especificação das soluções, o amplo apoio a essas soluções, e, a partir disso, o acesso à agenda institucional. Além disso, também é identificado pelos autores, três modelos de formulação da agenda.

O primeiro, o modelo da iniciação externa, onde as questões surgem através de organizações não ligadas ao governo, e vão ganhando espaço até chegarem à agenda formal. O segundo, modelo de mobilização, os tomadores de decisão buscam redirecionar as questões da agenda formal para a agenda pública. E o terceiro, o modelo da iniciação interna, os grupos que exercem influência sobre os tomadores de decisão inserem uma política na agenda, muitas vezes, evitando a atenção pública, seja por motivos técnicos ou políticos (HOWLETT, RAMESH e PERL, 2013).

Já o estágio da formulação das políticas refere-se ao curso de ação tomado pelos *policy-makers*, uma vez que o problema já foi reconhecido e incorporado à agenda formal. A partir disso, os formuladores de políticas públicas passam a trabalhar nas alternativas possíveis, e também em formas de colocá-las em prática, ou seja, o estágio de formulação da política pública não envolve apenas a elaboração do que fazer, mas, também, formas de tornar viáveis essas opções políticas (HOWLETT, RAMESH e PERL, 2013).

As opções políticas que serão seriamente levadas em consideração para a adoção na agenda institucional, os tipos de soluções ou opções consideradas viáveis para a solução dos problemas políticos e os tipos de instrumentos selecionados para abordá-los dependem em grande parte da natureza e da motivação dos atores-chave disponíveis nos sistemas políticos e das ideias que eles sustentam (HOWLETT, RAMESH e PERL, 2013, p. 155).

A tomada de decisão consiste na seleção das alternativas que serão colocadas em prática, e que foram debatidas nos estágios anteriores. Assim sendo, caracteriza-se como a fase mais política do ciclo de formulação de políticas públicas. Dessa maneira, as escolhas podem ser divididas entre negativas, positivas ou não decisões (HOWLETT, RAMESH e PERL, 2013).

Sobre a implementação da política, Howlett *et al* (2013) concluem que essa etapa da formulação de políticas relaciona-se com determinados fatores, como a capacidade do Estado de solucionar certos problemas, e a complexidade de seus sistemas, ou seja, de acordo com os autores, problemas pouco complexos, que podem ser solucionados através de políticas com poucas restrições, e serem implementados de maneira plena. Já problemas que possuem restrições com uma severidade mais elevada, têm sua implementação contestada, ou uma implementação simbólica.

Importante pontual, que o modelo apresentado é passível de críticas. De acordo com Muller (1998), essa abordagem pode levar a uma visão muito simplista do caso em estudo. Entre as limitações identificadas pelo autor, podemos mencionar o fato que a ordem das etapas nem sempre segue a sequência apresentada e pode ser invertida ou perturbada. Outra questão levantada por Muller (1998) diz respeito a dificuldade de identificação de algumas etapas em determinadas situações, sendo difícil identificar precisamente o momento em que uma decisão é tomada.

A fase de implementação também não é fácil de definir. Sobre o assunto, e considerando que o objetivo das políticas públicas consistem em transformar o ambiente - e a percepção do ambiente - dos atores envolvidos, e por consequência, o comportamento social dos atores, Muller (1998, p. 67) aponta que *“tomar una decisión es ya poner en marcha una política em la medida que los diferentes actores (ciudadanos, gremios, otros ministerios) van a modificar sus conductas em función de esta decisión⁴”*.

Para essa vertente, o problema em se definir política pública em função da existência de um problema que precisa ser resolvido, está no fato de não sabermos o que é um problema político, e nem o que torna um problema social em objeto de uma política pública, uma vez que nem todo problema social é inserido na agenda.

Eso significa que un problema político es necesariamente un constructor social, cuya configuración dependerá de múltiples factores propios de la sociedad y del sistema político implicado. La cuestión no es saber si tal problema es “en sí” político, sino

⁴ Tradução própria: Tomar uma decisão já é colocar uma política em marcha, na medida em que os diferentes atores (cidadãos, sindicatos, outros ministérios) podem modificar suas condutas em razão dessa decisão.

*demonstrar los mecanismos concretos que determinan la inscripción de este problema en la agenda del decisor*⁵ (MULLER, 1998, p. 69).

A partir desse entendimento, o autor conclui que a inserção dos problemas na agenda política não ocorre de forma natural ou automática, mas sim como resultado de polêmicas políticas e sociais, sendo um produto de um trabalho característico, de atores específicos e identificáveis (MULLER, 1998).

Portanto, a análise de Muller (1998) sugere que o modelo sequencial proposto é válido mais em função das perguntas que levanta do que das respostas que oferece. Para o autor, há casos em que é melhor conceber uma política pública não como sequencias sucessivas, mas como um conjunto de sequencias paralelas, que podem variar e interagir entre si.

1.2.3 Análise de políticas públicas: avaliação e *policy learning*

Pode-se considerar a avaliação de políticas públicas como uma forma de garantir uma maior eficiência do controle das ações governamentais. Pode ser um instrumento para controlar se as ações do Estado estão sendo de fato efetivas e, também, de divulgação dos resultados obtidos através dessas políticas (RAMOS e SCHABBACH, 2012). Além disso, a avaliação de políticas pode ser definida pelo estudo realizado de maneira sistemática e objetiva, buscando analisar o processo de implementação e os resultados de uma determinada política, caracterizando-se como uma etapa que se prolonga durante todo o curso da política, não se restringindo apenas à fase final, orientando os tomadores de decisão sobre a necessidade de continuidade, correção ou suspensão da política (COSTA e CASTANHAR, 2003 *apud* RAMOS e SCHABBACH, 2012).

A partir da identificação de um problema público e da constatação da necessidade de enfrentamento, as soluções propostas e implementadas passam por uma avaliação, no sentido de compreender se a política empreendida está funcionando, e de que forma isso está ocorrendo. Essa avaliação é importante, pois revela a eficácia da política implementada ao confrontar suas intenções preliminares com seus resultados obtidos (HOWLETT, RAMESH e PERL, 2013).

Howlett *et al.* (2013) constatam que uma das formas de se avaliar uma política é através do *policy learning*, ou aprendizagem política. De acordo com os autores:

⁵ Tradução própria: Isto significa que um problema político é, necessariamente, uma construção social, cuja configuração dependerá de múltiplos fatores específicos da sociedade e do sistema político envolvido. A questão não é se tal problema é “em si” político, mas sim mostrar os mecanismos concretos que levam à inscrição deste problema na agenda do tomador de decisão.

Talvez os maiores benefícios da avaliação de políticas não sejam os resultados diretos que ela venha a produzir em termos das apurações cabais de sucesso ou insucesso de certas políticas em si, mas, antes a dinâmica educacional que ela pode estimular entre os *policy makers* e entre os outros atores menos diretamente envolvidos nas questões políticas (HOWLETT, RAMESH e PERL, 2013, p. 201).

Assim sendo, o conceito de *policy learning* pode levar a uma compreensão das consequências tanto intencionais quanto não intencionais de uma determinada política pública. Deste modo, a natureza dessas avaliações repousa sobre um processo de compreensão ativa das causas dos problemas políticos, e o potencial que cada solução apresentada para a resolução desses problemas pode desenvolver (HOWLETT, RAMESH e PERL, 2013).

Dessa forma, surge o questionamento: como podemos determinar o sucesso ou o insucesso de uma política? Howlett *et al.* (2013) afirmam que estes julgamentos estão relacionados aos fatores que incorporam todo o ciclo de formulação das políticas públicas, passando pela definição da agenda, elaboração da política, e as soluções desenvolvidas, englobando, além disso, quais resultados eram esperados pelos tomadores de decisões. Considerando todas essas questões, esse tipo de análise costuma verificar, de maneira mais razoável os resultados políticos, ao invés de efetivamente fazer afirmações incontestáveis sobre os níveis de sucesso ou insucesso das práticas implementadas. Podemos então considerar três tipos de avaliação de políticas: a avaliação administrativa, a avaliação judicial e a avaliação política.

Além disso, os tipos de avaliação podem variar de acordo com os atores que participam do processo. Ramos e Schabbach (2012) colocam que elas podem ser externas ou internas. As externas seriam realizadas por especialistas que não fazem parte do corpo da instituição que é responsável pelo programa. Já as avaliações internas envolvem a participação de pessoas ligadas diretamente ao projeto. Por sua vez, a avaliação participativa incluiria atores favorecidos pelo programa/política.

As avaliações ainda podem ser formativas ou somativas. As formativas se relacionam com a elaboração do programa, enquanto as somativas envolvem a geração de informações sobre a implementação e as etapas que se seguem (RAMOS e SCHABBACH, 2012). Quanto ao momento da avaliação, os autores defendem que pode ser realizada antes do início do programa, podendo auxiliar na tomada de decisão, ou durante/após a execução, voltando-se para os resultados obtidos.

Partindo para uma análise mais profunda, Ramos e Schabbach (2012, p. 1278) levantam três perguntas fundamentais que devem ser respondidas durante a avaliação: “a) As mudanças

observadas na situação-problema se devem à intervenção ou a outros fatores? b) Uma solução se aplica a outras realidades, ou apenas a determinado contexto? c) As mudanças são permanentes ou temporárias, cessando com a interrupção do programa?”. Nesse sentido, a segunda pergunta levantada pelos autores se revela como de grande importância para o desenvolvimento do presente estudo.

1.2.4 *Policy Transfer* e o modelo de análise de Dolowitz e Marsh

Considerando o exposto, e as definições aqui abordadas, ao lançarmos luz sobre o nosso objeto de estudo, o processo de internacionalização do Programa Nacional de DST/AIDS, que será mais profundamente explorado no próximo capítulo, observamos se tratar de um processo de transferência de política. O processo observado não é novidade, e pode ser observado por estudiosos de diferentes campos, sendo mais frequentemente analisado nos estudos de políticas públicas comparadas (HOWLETT, RAMESH e SAGUIN, 2018).

De acordo com a literatura, entre os fatores que poderiam justificar a internacionalização das políticas públicas, são mencionadas as pressões que o âmbito internacional pode inferir ao âmbito nacional. Contudo, Sabourin e Grisa (2018) acrescentam a esse quadro uma abordagem voltada à matéria de *word politics* com o intuito de viabilizar ferramentas de análise para um contexto não estadocêntrico, mas multicêntrico. Esse contexto, de internacionalização de políticas públicas, nos permite vislumbrar uma transição, das políticas públicas internas, para “políticas públicas transnacionais” (SABOURIN e GRISA, 2018, p. 15).

A alta na internacionalização das políticas públicas é considerada evidente por Pimenta de Faria (2018, p. 9), que afirma que o fenômeno pode ser percebido em todos os momentos do “**ciclo das políticas públicas**”. Contudo, o autor ressalta o problema de os estudos de políticas públicas estarem exclusivamente voltados para o Estado. De acordo com o autor,

[...] negligenciando o que ocorre na empiria, o foco das análises normalmente se concentra na interação entre atores e instituições domésticos, os quais, via de regra, são vistos como circunscritos por uma concepção de jurisdição política e de soberania nacional que parece em descompasso com o cada vez maior entrelaçamento entre o doméstico e o internacional (PIMENTA DE FARIA, 2018, p. 9)

A transferência de políticas entre os países é um processo possível de ser observado em diversos períodos ao longo da história. Howlett, Ramesh e Saguin (2018, p. 265) observam que as pesquisas sobre transferências de políticas estão geralmente voltadas aos contextos de “economias mais desenvolvidas”, o que faz com que os estudos voltados para países em

desenvolvimento, como é o caso deste estudo, sejam mais limitadas. Contudo, de acordo com os autores, as pesquisas sobre transferências nesses países, “revelaram um processo de difusão de maneira plural, em que os atores individuais legitimaram as políticas transferidas e o próprio processo de transferência”.

Ainda segundo os autores supracitados, é no campo da política pública comparada que são desenvolvidos os trabalhos que auxiliam na compreensão do processo de transferência política, ao analisar “quem difunde a política, o que é difundido e os fatores que promovem ou restringem o processo de difusão” (HOWLETT, RAMESH e SAGUIN, 2018, p. 266).

Dolowitz e Marsh (1996) argumentam que o desenvolvimento das tecnologias de comunicação, intensificado após a Segunda Guerra Mundial, provocou uma aceleração no referido processo, que é justificável, pois a ideia de que problemas são exclusivos de um país é, na verdade, bastante equivocada. Problemas comuns a diferentes países estão mais próximos da realidade, e é isso que possibilita que governos possam aprender com as respostas de seus equivalentes em outros contextos (ROSE, 1991 *apud* DOLOWITZ e MARSH, 1996).

There are a number of obvious reasons for the growth in transfer. As the globalization literature demonstrates, no nation in the industrialized or industrializing world can insulate its economy from global economic pressures [...] However, global economic forces are not the only pressure toward policy transfer; the rapid growth in communications of all types makes Exchange of ideas and knowledge much easier [...] taken together, these changes, by subjecting countries to similar pressures and expanding the amount of information available to policy-makers increasingly look to other political systems for knowledge and ideas about institution, programs and policies and about how they work in other jurisdictions (DOLOWITZ e MARSH, 2000, p. 6-7)⁶

De acordo com Weyland (2005), podemos chamar de difusão de políticas públicas, quando uma prática é adotada em contextos e territórios diferentes. Pimenta de Faria (2018) observa que, apesar da globalização ter colocado este processo em ascensão, podemos observar processos de difusão de políticas públicas já no Período Helenístico.

A bibliografia utilizada sugere a globalização como uma das razões para a intensificação dos processos de internacionalização de políticas públicas e transferência política. Ao gerar

⁶ Tradução própria: Há uma série de razões óbvias para o crescimento da transferência, como demonstra a literatura sobre globalização. Nenhuma nação no mundo industrializado ou em processo de industrialização pode isolar a sua economia das pressões econômicas globais [...] No entanto, as forças econômicas globais não são a única pressão para a transferência de políticas; o rápido crescimento em comunicação de todos os tipos torna a troca de ideias e conhecimento muito mais fácil [...] Juntas, essas mudanças, ao submeter os países a pressões semelhantes e expandindo a quantidade de informações disponíveis para os formuladores de políticas, tem significado que os formuladores de políticas tem olhado cada vez mais para outros sistemas políticos em busca de conhecimento e ideias sobre instituições, programas e políticas e sobre como elas funcionam em outras jurisdições.

fluxos e conexões entre os países, a globalização é caracterizada como um processo multifacetado, com impacto direto sobre os Estados e suas políticas públicas. Apesar disso, a globalização afeta cada país de uma maneira distinta, impacto que também é variável em diferentes tipos de políticas públicas (PIMENTA DE FARIA, 2018). O autor elenca algumas formas pelas quais, de acordo com Paul Wilding, as políticas públicas são afetadas pela globalização: a) surgimento de novos problemas e a evidência de problemas antigos antes marginalizados; b) pode promover o esvaziamento do Estado; c) muda a dinâmica de poder entre trabalho e capital; d) estimula a competitividade; e) confere destaque ao comércio internacional nos debates sobre políticas sociais; f) promove a internacionalização da política social e g) transforma a ordem social em uma prioridade das políticas públicas (PIMENTA DE FARIA, 2018).

De acordo com Pimenta de Faria (2018), os resultados do entrosamento entre os âmbitos interno e internacional, intensificado pelo processo de globalização, são administrados por atores e instituições nacionais que seguem ou se opõem às influências externas. Nesse sentido - e em oposição à perspectiva determinista sobre o impacto da globalização sob as políticas públicas - , apesar da relevância dos aspectos condicionantes externos, a política doméstica também se mostra relevante para determinar a forma como cada Estado lida com os impactos causados pela globalização. “Os constrangimentos da globalização [sobre as políticas públicas] são, tanto quanto qualquer outra coisa, o que os atores políticos fazem deles” (HAY, 2006, p. 587 *apud* PIMENTA DE FARIA, 2018, p. 24).

Seguindo essa linha, o conceito de *policy transfer* faz referência a um processo em que os conhecimentos sobre políticas (incluindo arranjos administrativos, instituições etc.) implementadas em um determinado período e local são utilizados como ferramentas para o desenvolvimento de políticas em outro período e local. Isso significa que atores políticos ou tomadores de decisão podem “tirar lições” ou aprender com outros países (DOLOWITZ e MARSH, 1996). Ainda de acordo com os autores, é importante salientar, que o termo *policy transfer* pode incluir a transferências de políticas realizadas tanto de maneira voluntária, quanto de forma coerciva.

No Brasil, apesar de a prática da transferência de políticas ter se tornado algo comum, tanto interna quanto externamente, configurando, inclusive, uma importante estratégia da Política Externa Brasileira durante os governos Lula, pouco se tem produzido a respeito do tema. A bibliografia nos mostra que, em grande parte de sua história, o Brasil foi tradicionalmente, um “importador” de programas e políticas. Contudo, a partir do início dos

anos 2000, com destaque para os governos Lula da Silva, o país passa a se colocar de forma ativa, como um importante “exportador” (PIMENTA DE FARIA, 2018, p. 31). De acordo com o autor, durante esse período, políticas brasileiras, passaram a ser reconhecidas e divulgadas por organismos internacionais como práticas exitosas, o que culminou na difusão dessas políticas para outros Estados em desenvolvimento.

Com o objetivo de explorar o processo aqui abordado, Dolowitz e Marsh (1996; 2000) desenvolvem um modelo de análise de transferência de políticas baseado em sete perguntas: Por quais razões os atores se engajam na transferência de políticas? Quem são os atores envolvidos no processo? O que é transferido? De onde as lições são aprendidas? Quais são os diferentes níveis de transferência? O que restringe ou facilita o processo de transferência de políticas? Como o processo de transferências de políticas está relacionado ao sucesso ou ao fracasso da política? (DOLOWITZ e MARSH, 2000). O modelo de análise desenvolvido pelos autores encontra-se estruturado na figura 3.

Pimenta de Faria (2018) aponta que, apesar do referido modelo ser promovido como analítico, para o autor, o modelo representa um apanhado das questões mais comumente levantadas acerca dos processos de transferência, que serve como base para grande parte dos estudos sobre o tema.

Figura 3: Modelo de análise de transferência de políticas

Estrutura da transferência de políticas											
Por que transferir?			Quem está envolvido na transferência?	O que é transferido?	De onde?			Níveis de transferência	Constrangimentos à transferência	Como demonstrar a transferência de políticas?	Como a transferência leva ao fracasso da política?
Continuum											
Vontade.....Dever						Passado Interno Transnacional					
Voluntária	Mistura	Coersitiva									
Lições aprendidas (racionalidade perfeita)	Lições aprendidas (racionalidade limitada)	Imposição direta	Representantes eleitos	Políticas	Interno	Governos regionais	Organizações Internacionais	Cópia	Complexidade da política	Mídia	Transferência não informada
	Pressões internacionais		Partidos políticos	(objetivos) (conteúdos) (instrumentos)	Global	Governos municipais	Governos regionais, estaduais ou locais	Emulação	(jornal) (TV) (rádio) (revista)	Relatórios	Transferência incompleta
	(imagem) (consenso) (percepções) externalidades		Burocratas/servidores públicos	Programas		Autoridades locais		Misturas	Políticas anteriores	Comissionado/não-comissionado	Transferência inapropriada
	Condicionalidade		Grupos de Pressão	Instituições			Relações passadas	Inspiração	Possibilidade estrutural institucional	Conferências	
	(Empréstimos) (condições vinculadas à atividade empresarial)		Empreendedores de políticas/especialistas	Ideologias					(ideologia) (proximidade cultural) (tecnologia) (econômico) (burocrático)	Encontros/visitas	
	Obrigações		Consultores	Atitudes/valores culturais					Lingua	Declarações escritas ou verbais	
			Gabinetes estratégicos	Lições negativas							
			Coorporações Transnacionais								
			Instituições supranacionais								

Fonte: (DOLOWITZ e MARSH, 2000, p. 9)⁷

Entre as críticas levantadas sobre o modelo em questão, Sabourin e Grisa (2018) apontam o fato de que o modelo pode ser limitado apenas à prescrição e descrição, em função, principalmente de sua esquematização excessiva. Contudo, as questões levantadas mostram-se fundamentais para a estruturação e o desenvolvimento desta pesquisa, ao permitir que dissequemos os aspectos fundamentais do processo de transferência em questão.

Sobre a primeira questão, Dolowitz e Marsh (1996) ponderam que as razões para se engajar na transferência de políticas podem variar de acordo com o tipo de transferência realizada, podendo ser feitas transferências voluntárias, transferências diretamente coercitivas e transferências indiretamente coercitivas. Nesse sentido, uma das causas para se recorrer à transferência de políticas estaria ligada a alguma forma de insatisfação.

As transferências diretamente coercitivas ocorrem basicamente quando um governo força outro a adotar alguma política, porém os autores observam que a imposição direta para a transferência de uma política de um país para outro é rara.

⁷ Tradução própria.

Sobre as transferências indiretamente coercitivas, Dolowitz e Marsh (1996) enfatizam como as externalidades, que são resultados da interdependência, pressionam os governos a trabalharem juntos para resolver problemas em comum. Outro ponto observado pelos autores é que, devido à rapidez com que as tecnologias promovem mudanças, elas também podem ser um fator de pressão sobre os governos para a transferência de políticas. Outro ponto colocado por eles é que um consenso internacional também pode representar um fator impulsionador para a transferência de políticas.

When the international community defines a problem in a particular way, and even more when a common solution to that problem has been introduced in a number of nations, then nations not adopting this definition or solution will face increasing pressure to join the international "community" by implementing similar programmes or policies (DOLOWITZ e MARSH, 1996, p. 349).⁸

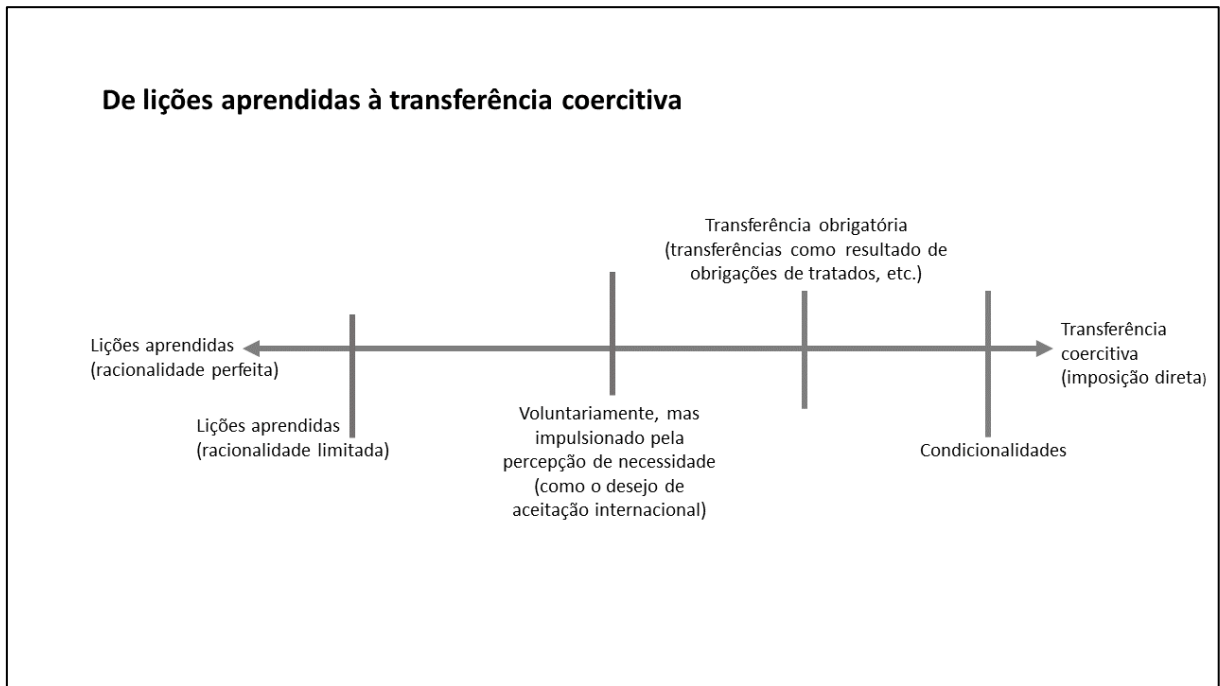
Nesse sentido, os autores lecionam que seria uma simplificação equivocada categorizar o processo de transferência de políticas apenas como voluntário ou coercitivo. Por isso, os estudiosos mencionados estabelecem um *continuum*, para sistematizar os processos envolvidos. Esse *continuum* auxiliaria os pesquisadores a identificarem categorias, além de ajudar no reconhecimento de processos que envolvam características voluntárias e coercitivas. Outro ponto em que o *continuum* estabelecido por Dolowitz e Marsh auxiliaria, seria na identificação das motivações para o processo de transferência de políticas.

Colocam ainda, que, para que se seja compreendido onde determinado caso em estudo se localiza no *continuum*, é importante o reconhecimento dos atores-chave do processo, uma vez que cada um pode possuir motivações distintas. Sendo assim, também é importante ter em mente que diferentes políticas serão oriundas de diferentes motivações (DOLOWITZ e MARSH, 2000).

O *continuum* estabelecido por Dolowitz e Marsh encontra-se representado na figura abaixo.

⁸ Tradução própria: Quando a comunidade internacional define um problema de uma maneira particular, e ainda mais quando uma solução comum para esse problema foi introduzida em várias nações, as nações que não adotarem essa definição ou solução enfrentarão uma pressão crescente para se juntar a "comunidade" internacional implementando programas ou políticas semelhantes.

Figura 4: O continuum da transferência de políticas



Fonte: (DOLOWITZ e MARSH, 2000, p. 13)⁹.

Dolowitz e Marsh (2000) identificam como categorias de atores políticos envolvidos de alguma forma no processo de transferência de políticas, os representantes eleitos, os partidos políticos, os burocratas ou servidores públicos, grupos de pressão, empreendedores políticos e especialistas, corporações transnacionais, consultores, instituições supranacionais governamentais ou não governamentais e gabinetes estratégicos.

Ainda de acordo com Dolowitz e Marsh (2000) quase tudo pode ser transferido entre dois sistemas políticos, a depender do problema em questão. Assim sendo, os autores dividem essas questões em oito categorias: objetivos políticos, conteúdos, instrumentos políticos, programas políticos, instituições, ideologias, ideias e atitudes além de lições negativas.

Nesse sentido, Howlett, Ramesh e Saguin (2018), destacam os elementos a serem transferidos em duas categorias: os que eles chamam de *hard*, que incluem políticas, programas e arranjos institucionais; e o que chamam de *soft*, que dizem respeito a ideias, normas ou convicções. De acordo com os autores:

[...] é importante distinguir com clareza os elementos da política com base em três categorias: a) ideias (ou abstrações de alto nível) sobre metas e lógica dos instrumentos; b) operacionalização do programa e referente aos objetivos da política e de seus mecanismos; e c) medidas específicas no campo de ação, em termos gerais

⁹ Tradução própria.

e de procedimentos específicos na implementação da política (HOWLETT, RAMESH e SAGUIN, 2018, p. 267).

Sobre de onde as lições são aprendidas, os autores apontam que os formuladores de políticas podem buscar por lições em três diferentes níveis de governança. Assim sendo, pode-se buscar por transferência de política internacionalmente, nacionalmente ou a nível local (DOLOWITZ e MARSH, 2000). Eles apontam que o primeiro lugar em que os atores devem procurar é dentro de suas próprias organizações, pois a perspectiva de outras divisões pode oferecer oportunidades de transferências técnicas, mas também há a possibilidade da busca por transferências em outros sistemas políticos dentro do próprio país, através das unidades de governo subnacionais ou até mesmo, da transferência de políticas de um país para outro. Nesse sentido, os autores apontam o fato de alguns governos exportarem suas políticas para outros países ou regiões (DOLOWITZ e MARSH, 1996).

Os mencionados especialistas apontam, ainda, que existem quatro diferentes graus de transferência: cópia, ou seja, uma transferência integral e direta; emulação, que significa a transferência das ideias basilares da política; combinações, ou seja, a mistura de várias políticas diferentes; e a inspiração, que se dá quando uma política de outro governo inspira mudanças na política, porém com resultados finais distintos (DOLOWITZ e MARSH, 2000). Nesse sentido, é possível perceber que o processo de transferência política, não se resume apenas ao “tudo ou nada”, como afirmam Sabourin e Grisa (2018, p. 18-19), que adicionam a esse debate a ideia de “tradução”, que mescla referências internas e externas, e que se aproxima das ideias de inspiração e emulação. De acordo com os autores, a tradução representaria uma recriação de conteúdos de políticas públicas, adaptada ao novo contexto no qual o processo se desenrola. No quadro abaixo, a partir da perspectiva de Richard Rose (1991), Pimenta de Faria (2018) classifica os tipos de aprendizagem na difusão de políticas:

Figura 5 Tipos de aprendizagem na difusão de políticas públicas

Cópia	Adoção mais ou menos integral de um programa já em funcionamento em outra jurisdição
Emulação	Adoção, com adaptações em diferentes circunstâncias, de um programa já em funcionamento em outra jurisdição
Hibridização	Combina elementos de programas de dois lugares diferentes
Síntese	Combina elementos de programas implementados em três lugares diferentes ou mais
Inspiração	Programas externos utilizados como estímulo para o desenvolvimento de um novo programa, sem análogo em outra parte

Fonte: PIMENTA DE FARIA, 2018, p. 37

Dolowitz e Marsh (1996) observam que políticas mais complexas são mais difíceis de serem transferidas. Além disso, os autores ressaltam a importância de que o sistema político que se está buscando por transferência possua as fontes políticas, burocráticas e econômicas para que ela seja implementada.

A partir dessas considerações, Dolowitz e Marsh (2000) enfatizam a importância de que se olhe para as razões que podem levar uma transferência de políticas ao fracasso. De acordo com os autores, por mais que seja comum a ideia de que políticas bem-sucedidas em um país inevitavelmente serão bem-sucedidas em outros contextos, não é sempre assim que a realidade se desenrola.

Dessa forma, são consideradas três causas que possuem efeito significativo no fracasso de transferências de políticas. A primeira causa levantada pelos autores é o fato de alguns governos, ao buscarem por soluções através da transferência ou aprendizagem política, não possuírem informações suficientes acerca da política ou instituição em questão, o que os autores chamam de transferências não informadas. A segunda causa versa sobre a ausência de elementos cruciais que fizeram com que essa política fosse bem-sucedida em sua origem, o que os autores chamam de transferência e completa. Por fim, a terceira causa está relacionada a uma desatenção quanto às diferenças entre os contextos econômicos, sociais, políticos e ideológicos, definido como transferência inapropriada pelos autores.

De acordo com Pimenta de Faria (2018), um importante avanço no campo da análise de transferência de políticas é a proposta por Ancelovici e Jenson (2013). De acordo com os

autores, para que uma política possa ser implementada em um outro contexto e lugar, ela deve, primeiramente, ser transformada em “modelo *standard*”, através de três mecanismos: certificação, descontextualização e enquadramento. A certificação acontece quando uma organização, ou entidade, considerada uma autoridade externa reconhece ou apoia a política. A descontextualização é quando, de maneira intencional, há um esforço de desvincular a prática do contexto em que ela foi originalmente aplicada. O enquadramento se refere ao discurso, empregado de maneira estratégica para relacionar situações e problemas a soluções ligadas a prática em questão.

Para Pimenta de Faria (2018), esses mecanismos representam estratégias discursivas, que são primordiais para que a difusão internacional da política pública em questão seja bem-sucedida. O que, para o autor, coloca em evidência, a função central das narrativas na efetivação desse processo.

No contexto brasileiro em análise neste estudo, observamos que, a partir da certificação conferida ao Brasil por parte dos organismos internacionais, reconhecendo a política nacional de combate ao HIV/AIDS como modelo de uma prática bem-sucedida, o Brasil passa a ser visto internacionalmente como uma liderança na área. Ao mesmo tempo, com a inserção do programa na agenda de política externa do país, o governo brasileiro passa a se posicionar internacionalmente, difundindo uma narrativa que promovia o PN, através de discursos estratégicos que tinham por objetivo difundir a política brasileira, convertendo-a em um mecanismo de *soft power* do país.

Em um cenário em que a epidemia de HIV/AIDS representava um problema alarmante e comum à diversos países, o sucesso do PN-DST/AIDS, atrelado ao reconhecimento de organismos internacionais e da própria estratégia do governo brasileiro de difusão da política pública, viabilizaram o processo de transferência política aqui analisado.

Assim sendo, o modelo de análise de Dolowitz e Marsh, apresentado nesta sessão, se mostra útil para que possamos compreender com certa profundidade o referido processo, visando alcançar os objetivos aqui propostos. De acordo com o objeto e objetivos supramencionados, buscaremos responder as seguintes perguntas do modelo apresentado: quais as razões da transferência de políticas? Quem são os atores envolvidos no processo? De onde as lições são aprendidas? Quais os níveis de transferência aplicáveis? E quais os constrangimentos impostos à transferência? Como demonstrado na imagem abaixo. Desconsiderando, assim, os elementos que não se aplicam aos objetivos propostos.

Figura 6: Modelo de análise a ser aplicado ao estudo de caso

Estrutura da transferência de políticas - modelo a ser aplicado ao estudo de caso									
Por que transferir?			Quem são os atores envolvidos?	O que é transferido?	De onde?			Níveis de transferência	Quais os constrangimentos à transferência?
Vontade	Dever			Passado	De dentro da nação	Transnacional		
Voluntária	Misturas	Coersitiva							
Lições aprendidas (racionalidade perfeita)	Lições aprendidas (racionalidade limitada)	Imposição direta	Representantes eleitos, partidos políticos, servidores públicos, agências de governo	Políticas, objetivos, conteúdos, instrumentos	Interno	Governos regionais	Organizações Internacionais	Cópia	Complexidade da política
	Pressões Internacionais		Grupos de pressão	Programas	Global	Governos municipais	Governos regionais	Emulação	Jornal/TV/rádio/revista
	Externalidade		Especialistas	Instituições		Autoridades locais	Relações passadas	Mistura	Políticas anteriores
	Condiionalidade		Consultores	Ideologias				Inspiração	Possibilidade estrutural/institucional
	Obrigações		ONGs	Atitudes, valores culturais					Ideologia, proximidade cultural, tecnologia, econômico, burocrático
				Capacidades técnicas					Língua
				Lições negativas					

Fonte: elaboração própria.

A partir disso, nos próximos capítulos busco, por meio de pesquisa bibliográfica e documental, construir o embasamento histórico e contextual de todo o processo de transferência política relacionado a cooperação estabelecida entre Brasil e Moçambique para a implantação da fábrica de medicamentos antirretrovirais, buscando, dessa forma, levantar elementos que respondam às perguntas supracitadas.

1.3 POLÍTICA PÚBLICA COMO POLÍTICA EXTERNA: E NÃO O CONTRÁRIO

Quando falamos em política externa, como abordado previamente neste capítulo, são levantadas questões sobre as razões pelas quais o Estados se comportam como se comportam no ambiente internacional ou quais são os pontos que contribuem para que os Estados escolham a forma como vão atuar e quais serão suas políticas externas. Braga e Andrade (2021) consideram que existem duas respostas para essas perguntas. De acordo com os autores, uma resposta se relaciona ao contexto internacional do Estado, e a outra, à conjuntura doméstica. Partindo desse pressuposto, entendemos que, na prática, a política doméstica e a política externa se relacionam e se projetam uma sobre a outra. Sobre esse assunto, os autores afirmam que

[...] a realidade internacional é formada pela interação, pela (co)constituição entre os distintos agentes que integram a estrutura e também interagem com ela, embora haja desigualdade, participativa ou de influência, entre os agentes atuantes. As ações estatais, portanto, no cenário internacional, são decorrentes de fatores diversos, como a interação entre seus representantes, as condições estruturais com as quais os países se defrontam internacionalmente e as conjunturas nacionais. Logo, entender as especificidades (propositivas e empíricas) dos Estados, assim como os elementos dessas especificidades, como o processo de tomada de decisão e a formulação da política governamental ou estatal, sem ignorar os fatores sistêmicos, é considerado válido, pois as relações internacionais são compreendidas em termos de sua dinamicidade, entre o nacional e o internacional, assim como os agentes desses âmbitos distintos (BRAGA e ANDRADE, 2021, p. 44)

A ótica levantada pelos autores nos evidencia que existe um aspecto interrelacional entre política externa e interna, conferindo às variantes internas caráter fundamental para o entendimento das ações do Estado no ambiente internacional. Esse entendimento torna inviável que olhemos para a política externa apenas através das lentes tradicionais.

Segundo Milani e Pinheiro (2013), a visão de política externa apenas como temas de alta política passou a encontrar entraves na atualidade. No caso brasileiro, pode-se observar que questões geralmente associadas à baixa política (cultura, educação e cooperação para o desenvolvimento) têm sido cada vez mais relevantes no que tange à projeção de poder no âmbito regional. Por outro lado, Oliveira, Saraiva e Sakai (2020) apontam que as políticas públicas passam a extrapolar as fronteiras dos Estados, passando a ser internacionalizadas.

Após a publicação do trabalho de Snyder, Bruck e Sapin (1962), passou-se a adotar o processo decisório no âmbito doméstico como um fator capaz de explicar o comportamento dos Estados no âmbito internacional. Além disso, Sprout e Sprout (1956), evidenciam a importância de se interpretar o contexto internacional dos indivíduos e dos grupos na análise de política externa. Por sua vez, Rosenau (1967), reforça a ideia de que os atores e as questões internas também são importantes ao se formular política externa (MILANI e PINHEIRO, 2013).

Milani e Pinheiro (2013) ponderam que a globalização, a revolução tecnológica, as ações transnacionais de movimentos sociais e o ativismo, dentre outros fatores, não só fizeram com que as relações internacionais passassem a lidar com uma variedade maior de questões, como também propiciaram que, de forma cada vez mais expressiva, uma diversidade de atores passasse a agir no ambiente internacional. A supradita variedade de questões envolve alguns atores estatais não tradicionais, como ministérios e agências subnacionais, além de atores não estatais. Esse novo contexto faz com que sejam necessárias mudanças na concepção de política externa. Milani e Pinheiro (2013) consideram, portanto, a necessidade de se analisar política externa como política pública (Estado e governo atuando no plano internacional).

Levando isso em consideração, Salomón e Pinheiro (2013) afirmam que a política externa é, de fato, uma política pública. Assim sendo, o que tornaria a política externa diferente das demais políticas públicas seria simplesmente a razão de que a política externa ultrapassa as fronteiras nacionais, o que, segundo as autoras, pode afastar objetivos e resultados.

Outrossim, ao considerarmos política externa como uma política pública, passamos a considerar, também, o seu processo de elaboração, o qual sofre influência das demandas e dos conflitos de diferentes grupos e atores domésticos, como qualquer outra política pública (SALOMÓN e PINHEIRO, 2013). Dessa forma, consideramos que a formulação e a implementação da política externa fazem parte de escolhas de governo, afastando assim a política externa da caracterização tradicional, que a define como uma política de Estado. A partir disso, a formulação e a implementação de política externa estariam passíveis de serem influenciadas por “barganhas, disputas, acordos entre representantes de interesses diversos” (MILANI e PINHEIRO, 2013, p. 24). Ao analisarmos política externa como política pública, inferimos sobre ela um caráter de transitoriedade e de efemeridade, pois passamos a analisá-la de forma a almejar a compreensão das escolhas e preferências de governos por determinadas ações (MILANI e PINHEIRO, 2013).

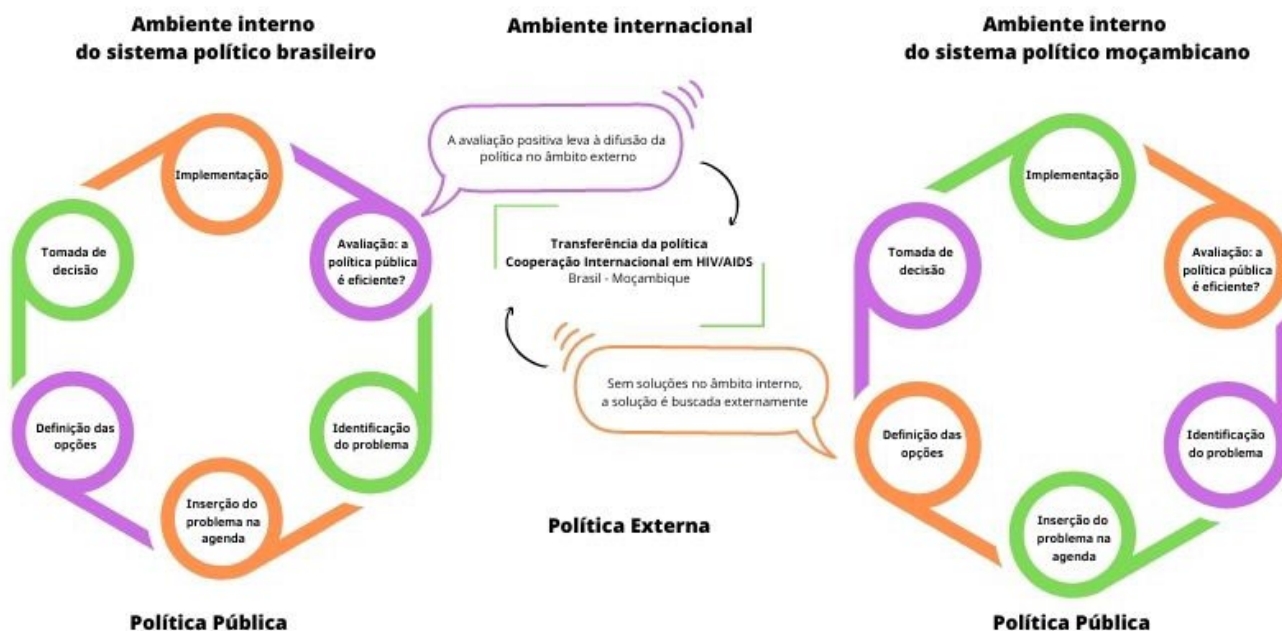
Nesse contexto, Milani e Pinheiro (2013) citam o caso brasileiro de internacionalização de algumas de suas políticas públicas, como educação, saúde, desenvolvimento agrícola, cultura, entre outras pautas. Isso faz com que os assuntos de política externa, por terem se tornado mais diversos, não estejam mais restritos ao Itamaraty, se encontrando também em outros ministérios e agências de governo, ou mesmo em unidades subnacionais.

Após o discorrido neste capítulo, é possível observarmos semelhanças entre os ciclos das políticas supracitadas. Esta aproximação é que torna possível a categorização da política externa como uma política pública, como fazem os autores acima mencionados. Contudo, para além desta interpretação, o que é proposto neste estudo é uma perspectiva da política pública sendo pensada como uma política externa.

Nesse sentido, ao observarmos o ciclo da política, a partir da detecção de um problema e de sua inserção na agenda um país, o processo se desenrola para a definição das opções, ou seja, a formulação das políticas a serem adotadas, passando pela tomada de decisão, para, enfim, ocorrer a implementação. Como mencionado anteriormente, este processo é finalizado com a avaliação da política, quando as soluções implementadas são avaliadas como eficazes e eficientes, ou não.

Com este ciclo em mente, ao incluirmos o ambiente internacional na análise, considerando um problema comum entre dois países, como é o caso do objeto de estudo aqui apresentado, uma política pública avaliada como eficiente, implementada em determinado sistema político, neste caso o brasileiro, quando difundida no ambiente internacional, torna-se uma opção para outro sistema político, quando este se encontra no processo de definição das opções para a solução do problema em questão. Quando essas opções não são identificadas internamente, ou quando não são viáveis ou exequíveis, o país recorre ao ambiente internacional em busca desta solução. É este o contexto que viabiliza a Cooperação Internacional e a transferência de políticas entre países. Este processo é demonstrado na imagem que se segue.

Figura 7: Política pública como política externa



Fonte: elaboração própria

Assim sendo, a análise de ciclo das políticas públicas e a inserção do ambiente internacional na análise é que vai nos possibilitar entender o processo de internacionalização da política brasileira de combate à epidemia de HIV/AIDS, ou seja, a transformação de uma política pública, pensada e elaborada para responder a problemas internos, em uma política externa, através da atuação brasileira que visava converter seus recursos, resultados de sua implementação internamente, em capacidades externas, e essas capacidades em instrumentos

de política externa, alterando o status do Brasil no âmbito externo e elevando o poder e a influência do país em relação à seus pares, especialmente no que se refere às relações Sul-Sul.

Considerando o que foi discorrido até aqui, entende-se que os processos de internacionalização de políticas públicas, ou seja, quando uma política pública passa a ser tratada também como parte da agenda de política externa, pode ser entendido através do fenômeno da transferência ou difusão de políticas.

Como já foi debatido, o fenômeno caracteriza-se pela implementação em outro contexto de tempo e espaço de objetos de determinada política pública – ideias, conhecimentos, modelos, arranjos, programas, instituições, práticas, tecnologias, entre outros (OLIVEIRA, SARAIVA e SAKAI, 2020). Para a compreensão desse fenômeno, os autores afirmam,

[...] é preciso reconhecer que as políticas públicas não são um pacote coeso de medidas, mas consistem em uma composição de instrumentos. Os instrumentos das políticas públicas podem ser definidos como aquele conjunto de elementos que ao serem combinados irão definir programas, tecnologias, modelos etc. utilizados pelos governos para procurar solucionar os problemas sociais. As políticas públicas podem ser, portanto, fragmentadas em distintos componentes (OLIVEIRA, SARAIVA e SAKAI, 2020, p. 21).

Outro ponto importante evidenciado nesse processo é a percepção de que as políticas públicas não são atribuídas de neutralidade, uma vez que representam projetos políticos de governos. Como afirmam os autores, “as políticas públicas são compostas por instrumentos e carregam consigo elementos formais que dizem respeito ao seu modo de funcionar, e elementos abstratos que dizem respeito ao plano político e ideológico” (OLIVEIRA, SARAIVA e SAKAI, 2020, p. 21).

Ao compreendermos política externa como política pública, esse aspecto torna-se fundamental para analisarmos a PEB através de uma perspectiva de política de governo. Além disso, comprova a relevância do aspecto discursivo na estratégia de internacionalização do PN-DST/AIDS, através dos processos de difusão e transferência de políticas. Sobre isso, Rodges coloca:

Trabalhando por associação, implicação e analogia, ao encurtar o tempo e ao eliminar a distância entre o específico e o geral, as narrativas podem tornar portáteis partes das políticas (*policy measures*), retirando-as de seu contexto de origem para que cumpram objetivos outros. Elas podem bloquear ou facilitar o processo de transferência das políticas, cogerando algumas formas de ação social em narrativas sobre particularidades locais. [...] E ao simplificar e reenquadrar o processo de busca [por soluções ou alternativas], elas podem concentrar e delimitar fortemente o seu foco (RODGES, 2014, p. 310-311 *apud* PIMENTA DE FARIA, 2018, p. 44)

Para além do discurso, os governos contam com o suporte de alguns mecanismos que viabilizam os processos de difusão e transferência de políticas, Oliveira, Saraiva e Sakai (2020) apontam a **Indução Institucional** – caracterizada pela pressão exercida por uma instituição, internacional ou nacional, para que um governo adote determinadas práticas/políticas -, a **Cooperação** – que será detalhada do terceiro capítulo deste estudo -, o **Networking e a Circulação dos Indivíduos** – que diz respeito a influência exercida por indivíduos – a **Tradução** - que consiste da adaptação de instrumentos e políticas ao contexto local, e a **Renovação Política** – quando uma mudança no governo torna um órgão ou Estado mais aberto à práticas de outros países.

Dessa forma, entender política externa como política pública, ou seja, como uma política governamental, nos permite compreender de que forma, no caso analisado neste estudo, o governo brasileiro, através de um discurso forte, que defendia o acesso universal a medicamentos, solidariedade e a aproximação com países do Sul, mas que também servia de instrumento para a internacionalização de interesses de setores e atores do aparato burocrático do Brasil, difundiu no ambiente internacional a política pública nacional de combate ao HIV/AIDS. Podemos, a partir dessa perspectiva perceber, o ambiente interno, através de uma política pública bem-sucedida implementada nacionalmente, servir como fonte de projeção para a política externa do país, ao mesmo tempo em que o ambiente externo influencia demandas e interesses de diferentes atores internamente.

É também a partir desta análise, e de sua aplicação ao objeto proposto, que podemos identificar o processo de *policy transfer*, e a Cooperação Internacional como ferramenta para a sua efetivação, permitindo também identificarmos o momento em que isso se dá, as razões pelas quais este movimento ocorre e os atores internos e externos envolvidos. É esta perspectiva que nos permite estruturar, de maneira entrelaçada toda a base teórica que irá fundamentar a análise proposta. Assim sendo, o presente capítulo buscou construir esta base para, enfim, seguirmos para uma contextualização do surgimento da AIDS como um problema de saúde global, evoluindo para a elaboração, consolidação e internacionalização da política brasileira de resposta à epidemia de HIV/AIDS.

2 A RESPOSTA BRASILEIRA: DO DESCASO AO RECONHECIMENTO

Neste capítulo apresenta-se o contexto de surgimento da epidemia de HIV/AIDS, no Brasil e no mundo, com o objetivo de viabilizar a compreensão do momento político, econômico e social em que a epidemia se desenrolou e que foi basilar para a construção e estruturação da Política Brasileira de Combate à Epidemia de HIV/AIDS.

Durante o processo de construção e consolidação da resposta nacional ao problema, é possível observarmos o enfrentamento à epidemia de HIV/AIDS passar de algo subestimado pelas autoridades nacionais, que num primeiro momento não consideravam a epidemia um problema prioritário em saúde pública, a uma das políticas mais robusta e relevantes da agenda brasileira, tanto a nível nacional quanto à nível internacional, processo que é apresentado no decorrer deste capítulo. A partir disso, nos aprofundaremos na inserção do Programa Nacional de DST/AIDS na agenda de Política Externa do Brasil, evidenciando a relevância da Cooperação Sul-Sul nesse processo.

2.1 CONSTRUÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS

A AIDS é caracterizada como uma doença infectocontagiosa, que foi descoberta pela medicina em 1981, quando iniciou-se no mundo uma epidemia da doença. De acordo com a organização Médicos sem Fronteiras, apenas em 2017 (mesmo após quase quatro décadas de enfrentamento da doença, e com medicamentos consolidados no tratamento da mesma), 940 mil pessoas morreram em decorrência da doença e 1,8 milhões de novos casos foram diagnosticados, o que corresponderia a 5 mil novos casos por dia. Desses números, a organização estima que um terço do total estão na África¹⁰.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, SIDA em português, é causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e pode ser transmitida através da troca de fluidos corporais, relações íntimas sem o uso de preservativo, durante a gestação, durante o parto, em transfusões de sangue, transplantes de órgãos ou pela amamentação¹¹. No Brasil, a doença passa a entrar

¹⁰Disponível em < https://www.msf.org.br/o-que-fazemos/atividades-medicas/hivAIDS/?utm_source=adwords_msf&utm_medium=&utm_campaign=AIDS_comunicacao&utm_content=_exclusao-saude_brasil_39923&gclid=CjwKCAjw6MKXBhA5EiwANWLODPtD_A-0YHH1XFj-swy3dw1dVcu5mO8oZ-21Gvtm4B1r30Yh5xyjbxoCFuQQA_vD_BwE&playlist=295237c&video=ddd8121 >
Acesso em: 08 de agosto de 2022.

¹¹ Idem a referência anterior.

em evidência na segunda metade da década de 1980 e os desdobramentos deste cenário geraram elementos que interessam a essa pesquisa, como serão descritos a seguir.

2.1.1 Surgimento e desenvolvimento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no Mundo

Quando contextualizamos o surgimento da AIDS no mundo, é importante perceber que isso se dá em um período em que se acreditava que as grandes doenças infecciosas estavam sob controle, devido às novas tecnologias e aos avanços nas áreas de ciência e saúde. Assim, a epidemia de AIDS surge demandando dos líderes mundiais respostas rápidas e coletivas, incluindo estratégias de políticas públicas e ação internacional. Além disso, no Brasil, o surgimento da AIDS evidencia “contradições sociais, econômicas e culturais” (MARQUES, 2002, p. 43).

As questões referentes à AIDS, a partir dos anos 1970 e 1980, passam a ocupar o cenário internacional, apresentando-se como um problema político e de saúde pública, sendo alarmada a epidemia nos anos de 1980. No Brasil, a epidemia deflagra-se num momento de transição política pós governos militares (LIMA, 2017). Se realizarmos uma análise da epidemia de HIV/AIDS através do tempo, observaremos que já por volta de 1977 e 1978, os Estados Unidos, o Haiti e a África Central já apresentavam os primeiros casos da doença¹². Souto (2004) coloca que já nos anos de 1970 diagnósticos que viriam a ser relacionados a AIDS começam a ser detectados, especialmente em países em desenvolvimento. No Brasil, é em 1980 que o Boletim Epidemiológico reporta o primeiro caso e óbito pela infecção, que até então não era classificada como AIDS (GALVÃO, 2002), nesse recorte histórico, pressões sociais por mudanças políticas vêm sendo fortalecidas e fortificadas. No setor de Saúde o movimento pela reforma sanitária representa uma atuação importantíssima para as futuras mudanças de assistência à saúde, cenário relevante para a construção do que viriam ser as respostas políticas à epidemia no Brasil (MARQUES, 2002).

Em 1981, nos Estados Unidos, é publicado no *Morbidity and Mortality Weekly Report*, pelo *Center for Disease Control and Prevention*, um artigo onde são reportados cinco casos de

¹² FIOCRUZ. Disponível em:

<<https://www.ioc.fiocruz.br/AIDS20anos/linhadotempo.html#:~:text=Brasil%20acumula%20mais%20de%20430%20mil%20casos%20de%20AIDS.&text=20%20anos%20ap%C3%B3s%20o%20isolamento,pe%C3%A7as%20infectadas%20pelo%20HIV>>. Acesso em 09 de maio de 2022 às 18:06.

*Pneumo carinii*¹³ e Sarcoma de Kaposi¹⁴ entre jovens que se identificavam como homossexuais, tendo dois deles sido levados a óbito. A partir disso, passa-se a se referir a esses casos como *Gay Related Infection Disease* (GRID), que rapidamente passa a ser apelidada pela imprensa de “Câncer Gay”. No mesmo ano, o “Jornal do Brasil” publica o que pode ser considerado uma das primeiras matérias a respeito da AIDS no Brasil, com o título “Câncer em homossexuais é pesquisado nos EUA” (GALVÃO, 2002) (GUÉRCIO, 2021)¹⁵ (INSTITUTO OSWALDO CRUZ)¹⁶. De acordo com Teodorescu e Teixeira:

A primeira comunicação oficial sobre a ocorrência de casos de imunodeficiência em homens homossexuais data do dia 5 de junho de 1981, no boletim “*Morbidity and Mortality Weekly Report*” (MMWR) dos Centros de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos da América, com sede em Atlanta, Geórgia. A infecção pelo citomegalovírus (CMV) foi citada como possível agente etiológico, ou como um cofator, na patogênese da imunodeficiência. A homossexualidade de todos os doentes foi sublinhada, mas nenhuma explicação causal foi identificada (TEODORESCU e TEIXEIRA, 2015, p. 28).

O nome AIDS surge em 1982, quando a síndrome é renomeada para *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS), em português: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Teodorescu e Teixeira (2015) apontam os boletins epidemiológicos do CDC estadunidense como responsáveis pela disseminação do novo termo, uma vez que a nova síndrome vinha sendo chamada pela mídia de nomes como “*gay pneumonia, gay cancer ou gay compromise syndrome*”. No âmbito brasileiro, a imprensa representa importante papel na construção da “representação social da AIDS no Brasil”. Neste período, foram publicadas diversas reportagens que tratavam a AIDS “ora como ‘doença que atinge os homossexuais’, ora como ‘câncer gay’ ou ‘peste gay’, denominações colhidas na imprensa norte-americana e reproduzidas pela imprensa brasileira” (TEODORESCU e TEIXEIRA, 2015, p. 37; 40). A figura a seguir é um exemplo dessas publicações.

¹³ Pneumonia causada pelo vírus *Pneumocystis carinii*, um microrganismo que se aproveita da imunidade mais baixa dos indivíduos e que tem sido uma das maiores causas de morte de pessoas com HIV. Fonte: <<https://www.atlasdasauade.pt/publico/content/pneumonia-por-pneumocystis-carinii>> acesso em: 09 de agosto de 2022.

¹⁴ É um tipo de câncer de pele, causado pelo vírus do herpes tipo 8. Fonte: <[https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-dermatol%C3%B3gicos/c%C3%A2ncer-de-pele/sarcoma-de-kaposi#:~:text=\(Sarcoma%20de%20Kaposi%3B%20Sarcoma%20hemorr%C3%A1gico%20idiop%C3%A1tico%20m%C3%BAltiplo\)&text=Sarcoma%20de%20Kaposi%20%C3%A9%20um,O%20diagn%C3%B3stico%20%C3%A9%20por%20bi%C3%B3psia.](https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-dermatol%C3%B3gicos/c%C3%A2ncer-de-pele/sarcoma-de-kaposi#:~:text=(Sarcoma%20de%20Kaposi%3B%20Sarcoma%20hemorr%C3%A1gico%20idiop%C3%A1tico%20m%C3%BAltiplo)&text=Sarcoma%20de%20Kaposi%20%C3%A9%20um,O%20diagn%C3%B3stico%20%C3%A9%20por%20bi%C3%B3psia.)> acesso em 09 de agosto de 2022.

¹⁵ Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/AIDS_dst/arquivos/historia_brasil.pdf>. Acesso em 09 de maio de 2022 às 20:10.

¹⁶ Idem 1

Figura 8: Primeiras manchetes sobre a AIDS no Brasil



Fonte: Reportagem publicada pelo jornal Notícias Populares, 1983¹⁷

Neste contexto, Lima (2017) aponta que a disseminação de afirmações sobre a transmissibilidade do vírus exclusivamente por meio de relações sexuais entre homens, passou a gerar discussões a respeito de temas que antes não possuíam qualquer visibilidade, entre essas discussões, vale ressaltar as lutas de direitos humanos e do direito à saúde. Nesse sentido, Chequer (2006) observa o desenrolar também de uma “epidemia de significados”, o que é importante, pois, buscando uma compreensão do fenômeno social representado pela epidemia de HIV/AIDS é possível observar mobilizações sociais e comportamentos que revelam e reiteram valores sociais e maneiras de se compreender o evento, tornando possível uma compreensão que relaciona ideologia, estrutura social e a construção das respostas frente ao problema (MARQUES, 2002).

¹⁷ Disponível em: <<https://www.ioc.fiocruz.br/AIDS20anos/imgs/Lt82.jpg>>. Acesso em 19 de maio de 2022 às 14:48.

Neste mesmo ano, 1982, é identificada a relação da AIDS com o sangue, passando a ser identificada também em mulheres, usuários de drogas e hemofílicos. Durante este ano, os pesquisadores identificam três formas diferentes de transmissão da nova síndrome: através do sangue, de mãe para filho e por meio de relação sexual. No Brasil, a mídia considera que os primeiros casos no país ocorreram em 1982 e o Boletim Epidemiológico naquele ano relata dez casos no país e dez óbitos. Ainda cercada por preconceito, a AIDS passa a ser chamada de Doença dos cinco H's – Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, usuários de Heroína e *Hookers* (termo em inglês para profissionais do sexo) (GALVÃO, 2002) (GUÉRCIO, 2021) (INSTITUTO OSWALDO CRUZ).

A partir desse contexto “a AIDS, como um dos acontecimentos cruciais do século XX, suscitou uma demanda social por respostas efetivas, mesmo que incompletas” (MARQUES, 2002, p. 44). Assim sendo, a partir da redemocratização brasileira nos anos 1980, representantes do movimento sanitarista brasileiro passam a integrar cargos burocráticos no Estado, buscando solucionar as questões enfrentadas no âmbito da saúde, o que é

[...] decisivo para a implantação de programas de saúde norteadores do projeto já então delineado pelo movimento sanitário brasileiro, ou seja, equidade, universalidade e saúde como um direito e dever do Estado.

Ao se articularem, os crescentes movimentos sociais, os princípios e diretrizes que marcaram, ainda que com dificuldade de implantação, uma mudança de sistema de saúde no Brasil, e o início do processo de redemocratização, formaram o plano de fundo para que os sujeitos dessa história dessem início à construção da política de enfrentamento à AIDS/HIV no país (MARQUES, 2002, p. 50)

A partir das notícias veiculadas e da referida “epidemia de significados”, movimentos populares, principalmente movimentos LGBT, tomam a frente em um ativismo na luta contra a AIDS no Brasil e do mundo, cobrando respostas rápidas das lideranças de saúde (TEODORESCU e TEIXEIRA, 2015). O processo de redemocratização no Brasil viabiliza o cenário para que a sociedade civil passasse a ocupar os espaços públicos, em especial, representantes das minorias, com destaque para mulheres e LGBTs (CHEQUER, 2006).

Com a doença avançando rapidamente, em 1983 os Estados Unidos registram 3.000 casos da infecção, levando a 1.283 mortes. No Brasil, o Boletim Epidemiológico reporta 39 casos de SIDA, incluindo duas mulheres, levando a 38 óbitos (passando para 140 casos em 1984, 7 casos em mulheres e 105 mortes). Também é neste ano que é identificado o primeiro caso da doença em criança. Em 1985, de acordo com a FIOCRUZ¹⁸, “o agente etiológico da

¹⁸ Idem à referência anterior.

AIDS é denominado *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*”. Em Atlanta, Estados Unidos, ocorre a I Conferência Internacional de AIDS, onde 51 países reportam ter casos de AIDS. Além disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS), lança o *Special Programme on AIDS*, que em 1987 passa a chamar *Global Programme on AIDS (GPA)*. No Brasil, é reportado o primeiro caso em que a mãe transmite a Síndrome para o bebê (transmissão vertical) (GALVÃO, 2002) (GUÉRCIO, 2021) (INSTITUTO OSWALDO CRUZ). De acordo com relato do Dr. Agnaldo Gonçalves, em relato sobre a Primeira Conferência Internacional Sobre Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Anexo I), a conferência contou com a presença de mais de dois mil participantes, oriundos de todos os cinco continentes. É relatado que a soropositividade¹⁹ entre homossexuais na cidade de São Francisco foi de 4% em 1978 para 57% em 1984, devido a percepção da contaminação através da doação de sangue, Gonçalves relata ainda que durante a conferência foram veiculados documentos oficiais que recomendavam cuidado extremo no manejo do sangue (Anexo II).

No ano seguinte, em 1986, a AIDS passa a ser considerada pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil como uma doença de notificação compulsória, através da Portaria Ministerial número 542/86, evidenciada no documento da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, disponível no Anexo III (GALVÃO, 2002) (GUÉRCIO, 2021) (INSTITUTO OSWALDO CRUZ). Ainda em 1986, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde que reconhece e efetiva as ideias do movimento sanitário, que a partir daí são inseridas na nova constituição, de 1988, carta magna do país. É a partir desse contexto que nasce o Sistema Único de Saúde (SUS) (CHEQUER, 2006).

Naquele período, a formulação do conceito inovador de ‘Saúde Coletiva’, com a perspectiva de recuperar “o lugar do social no campo da saúde”, foi fundamental para a articulação de um movimento nacional amplo pela reforma do sistema de saúde brasileiro, que se concretizou com a institucionalização do direito à saúde do cidadão a ser garantido como dever do Estado, o que foi inscrito na nova Constituição de 1988, juntamente com a criação do SUS (ESCOREL, 1999; PÊGO, ALMEIDA, 2002) (LIMA, 2017, p. 75).

Arelado a isso, encontrava-se o “movimento da AIDS” que estimulou a consciência social e coletiva a respeito da epidemia, com o argumento de que o controle da mesma só se daria através de um processo de mobilização social, englobando toda a sociedade e não apenas os grupos atingidos pela doença (LIMA, 2017).

¹⁹ De acordo com o dicionário Oxford, o indivíduo soropositivo é aquele que, após exames laboratoriais, foi identificado no soro sanguíneo a presença de anticorpos para o vírus da AIDS.

Em novembro de 1987 a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que o total de casos de AIDS notificados no mundo é de 62.811, em 127 países. Contudo, a organização afirma estimar que os números reais da epidemia girassem em torno de 100.000 a 150.000. Já em 1990 o número oficial sobe para 307.000 novos casos, sendo que as estimativas da própria OMS apontavam para quase um milhão de pessoas vivendo com a doença no mundo. Em 1993, os números da OMS estão em 3.700.000 infecções, chegando a mais de 10.000 por dia. A partir disso, em 1996, o Programa Global de AIDS (GPA) é transformado pela OMS no Programa Conjunto das Nações Unidas em HIV/AIDS (UNAIDS). No Brasil, ao final do milênio, em 1998, o Boletim Epidemiológico registra 24.017 casos de AIDS, sendo 7.905 em mulheres e 7.493 óbitos (GALVÃO, 2002) (GUÉRCIO, 2021) (INSTITUTO OSWALDO CRUZ).

2.1.2 O cenário brasileiro: o movimento sanitário e a VIII Conferência Nacional de Saúde

Para que se compreendam os princípios norteadores da política brasileira de resposta à epidemia de HIV/AIDS, alguns pontos importantes devem ser ressaltados. Em primeiro lugar, deve-se compreender o momento vivido pelo país durante o surgimento da epidemia. De acordo com Sampaio (2018), a política de saúde brasileira naquele período caracterizava-se como público-privada, onde os trabalhadores urbanos contribuía para o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), recebendo em contrapartida assistência médica oferecida pelo mesmo. Neste contexto, o governo era responsável por subsidiar essa assistência, custeando os hospitais privados que eram conveniados e, dessa forma, tal política se fazia incapaz de abranger todas as esferas populacionais.

A partir do início da transição política, durante o governo do General Ernesto Geisel (1974-1979), movimentos sociais passam a ganhar força no cenário brasileiro, sendo o governo do General João Figueiredo marcado pela ebulição de diversos desses movimentos (SAMPAIO, 2018). É neste momento que passa a ter destaque no cenário brasileiro o movimento sanitário, de atuação relevante para a compreensão das bases que estruturaram a política brasileira de resposta a epidemia de HIV/AIDS. Nesse sentido, Lima (2017) ressalta que durante o período de redemocratização e reformas nacionais os discursos de liberdade e de direitos civis encontravam-se fortalecidos no Brasil, por movimentos sociais entre os quais se incluem o movimento que buscava a reforma sanitária e o da AIDS.

Lima (2017), Escorel (1999), Souza *et al.* (2010), Teixeira (2003), Sampaio (2018) e Fernandes (2011) destacam o movimento sanitário brasileiro neste cenário. O movimento, que

começa a se estruturar entre as décadas de 1960 e 1970, embasava-se no pensamento médico-social e passou a se evidenciar nas lutas do período de redemocratização, reunindo representações de movimentos sociais diversos (LIMA, 2017), sobre isso, Souza *et al.* (2010) afirmam que

O movimento da Reforma Sanitária, que cresceu no início da década de 1980, diante do intenso processo de redemocratização política e do surgimento dos primeiros casos de AIDS, se constituía no principal arcabouço da política de AIDS desenvolvida em âmbito governamental, contribuindo para fundamentar seus princípios e diretrizes (SOUZA, VASCONCELOS, *et al.*, 2010, p. 24).

Escorel (1999) coloca que esse período foi marcado por um aperfeiçoamento organizacional por parte do movimento, que passou também a aprimorar sua proposta, defendendo uma saúde “autenticamente democrática” através do que a autora chama de “quatro grandes reconhecimentos”, que seriam: a saúde como um direito universal e inalienável; a relação condicional entre a situação socioeconômica e a preservação da saúde; a responsabilidade parcial apesar de intransferível dos médicos no que se refere à promoção da saúde; e a responsabilidade da coletividade e do Estado na implementação efetiva deste direito.

Para alcançar esses objetivos, o movimento compreendia que era preciso colocar um fim ao “empresariamento da medicina”, fazendo com que a prática médica se tornasse um “bem social gratuito”. Além disso, defendiam a criação de um Sistema Único de Saúde que deveria estar completamente sob a incumbência do Estado, responsável pelo planejamento e execução da política de saúde, financiando o sistema através de mecanismos eficazes e garantindo participação real e democrática da população no referido sistema. Além disso, defendia a definição de estratégias particularizadas sobre o controle e a distribuição de medicamentos (SCOREL, 1999).

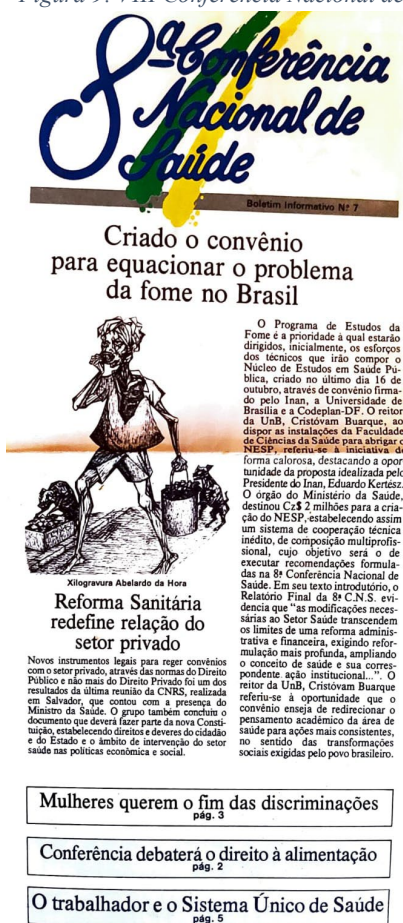
A partir disso, Fernandes (2011), observa que o movimento sanitário, também chamado de “movimento de democratização da saúde” ou de “movimento da Reforma Sanitária”, se caracterizava por ações de cunho ideológico, político e cultural, sendo encabeçado por atores progressistas ligados à saúde, incluindo partidos políticos, sindicatos, personalidades, intelectuais e entidades. Entre os objetivos do movimento sanitarista, Sampaio (2018) destaca a intenção de viabilizar uma verdadeira revolução no que concerne às políticas públicas de saúde, através da unificação das instituições estatais e pelo fim da medicina previdenciária, para assim, garantir o acesso a políticas de saúde à toda a população. Esse projeto foi nomeado como “Reforma Sanitária Brasileira” e teve como eixo central “reduzir as desigualdades e consolidar o acesso democrático e universalizado à saúde”. Teixeira (2003) relata que:

Na época o movimento sanitarista era muito intenso, em São Paulo e no Brasil, tanto do ponto de vista político e filosófico como de organização de classe. Esse movimento, formado por profissionais de saúde, elaborou uma crítica sobre a política de saúde mantida pelo governo militar, protagonizando discussões que culminaram com a criação do SUS e a aprovação de um texto constitucional que inclui a universalização da proteção social, a unificação dos serviços públicos de saúde e a participação da sociedade civil (TEIXEIRA, 2003, p. 50-51).

De acordo com os autores estudados, observamos que o discurso do movimento sanitarista defendia a bandeira de que a saúde deveria ser compreendida como um direito de todos os cidadãos brasileiros ao mesmo tempo que deveria ser um dever do Estado garantir o acesso da população à mesma. Essa bandeira, como observa Fernandes (2011), também foi o lema da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS).

De acordo com documento de informações disponibilizado pelo Comitê Assessor da VIII CNS (Anexo IV), a conferência foi convocada pelo Presidente da República José Sarney, devido a uma solicitação de seu Ministro da Saúde, o Dr. Carlos Sant'Anna, em julho de 1985. De acordo com o mesmo documento, devido a solicitações de movimentos da sociedade civil, que argumentavam necessitar de mais tempo para a preparação e discussão sobre a VIII CNS nas instituições e nas esferas da sociedade civil, solicitando com isso, mais tempo para divulgação do programa e de suas ideias. Assim, a conferência foi adiada de dezembro de 1985 para março de 1986.

Figura 9: VIII Conferência Nacional de Saúde



Fonte: Boletim Informativo nº 7, divulgando a VIII Conferência Nacional de Saúde, 1985.

A comissão organizadora da VIII Conferência Nacional de Saúde defendia que a mesma se estruturasse de maneira “ampla, aberta, democrática, com larga participação dos segmentos da sociedade, entidades e organismos de classe, instituições e órgão públicos”, buscando estender as discussões para além daquele momento, através de um processo que abrisse as discussões para o desenvolvimento de uma Política Nacional de Saúde. Esse projeto, se concluiria com as propostas da saúde que seriam apresentadas na Assembleia Nacional Constituinte e com o desenho de “um Sistema Nacional de Saúde unificado e democrático” (ANEXO IV).

A VIII Conferência Nacional de Saúde aconteceu entre os dias 17 e 21 de março de 1986, e de acordo com seu Relatório Final (Anexo I), a CNS contou com a presença de mais de quatro mil pessoas e abordou temas como: saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial. A Conferência se caracterizou como um processo altamente participativo, democrático e representativo (BRASIL, 1986).

A comissão relatora registra que a saúde é definida no contexto histórico de cada sociedade, sendo conquistada através das lutas diárias de cada sociedade. Assim sendo, o documento afirma que o direito saúde

[...] significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade [...] Necessidade do Estado de assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las (BRASIL, 1986).

O relatório final da VIII CNS, define ainda como responsabilidade do Estado o estabelecimento de políticas públicas que garantam o acesso à saúde de toda a população, em especial em suas esferas mais vulneráveis, além do dever de financiar e administrar um sistema de saúde caracterizado pelo acesso universal e igualitário. Além disso, os relatores registram a importância de se deflagrar uma campanha por todo o território nacional pelo direito universal à saúde, garantindo dessa maneira que a Constituinte priorizasse as questões de saúde (BRASIL, 1986).

A partir da consolidação do novo Sistema Único de Saúde, as responsabilidades federais passariam a envolver

[...] a formulação e condução da política nacional de saúde; regulamentação das normas de relacionamento entre o setor público e o setor privado; formulação de normas e o acompanhamento e avaliação das ações de cobertura assistencial; condução e execução de programas emergenciais que escapem às possibilidades de intervenção das unidades federativas; definição das políticas setoriais de tecnologia, saneamento, recursos humanos, insumos básicos, financiamento e informações; determinação de padrões de qualidade homogêneos para os setores público e privado (BRASIL, 1986).

Dessa forma, como afirma Fernandes (2011), a “oitava” (como a conferência passou a ser conhecida) legitimou as propostas dos reformistas junto à população. A formalização ocorre em 1988, com a Assembleia Constituinte, quando os princípios do movimento sanitarista foram consagrados. De acordo com Sampaio (2018), nos artigos 196 a 200 da nova constituição federal foi fundamentada a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípios fundamentais a “universalidade, equidade e integralidade no acesso às ações e serviços de saúde”, sendo regulamentado na lei nº 8.080, de 19 de novembro de 1990.

2.1.3 O Plano Nacional DST-AIDS: dos desafios enfrentados às premiações internacionais

De acordo com a bibliografia utilizada no presente estudo, é consenso que durante os primeiros anos da epidemia de AIDS, o governo brasileiro deu pouca atenção à doença. Sousa *et al.* (2012) observam que em um primeiro momento, a AIDS era negligenciada pelas autoridades de saúde do Brasil, que viam o problema como algo que não demandava tanta atenção, por estar restrito a minorias, fazendo com que membros dessas minorias passassem a se mobilizar e organizar ações e discursos de prevenção. Barros (2018) afirma que nesse momento o governo brasileiro praticamente não se pronunciava e se quer era cobrado pela grande mídia ou pela comunidade científica a respeito do tema.

A partir deste cenário, houve no Brasil forte mobilização coletiva em resposta ao HIV/AIDS. Lima (2017) menciona tanto o processo em que a doença se transforma em um problema de saúde pública como o engajamento social como um todo, entre as “fases” das políticas para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS. De acordo com a autora, essas fases acabam se entrelaçando na dinâmica política. De acordo com Souza *et al.* (2010), foi apenas em 1985, ano em que já haviam sido realizados centenas de diagnósticos no país, que o governo se pronunciou oficialmente, através do Ministério da Saúde, reconhecendo a questão como um grave problema de saúde pública.

Nesse sentido, o primeiro programa governamental para o enfrentamento da AIDS no Brasil surge em São Paulo, em 1983, cidade onde foram notificados os primeiros casos em 1982. O programa de São Paulo, objetivava a vigilância epidemiológica, o esclarecimento da sociedade civil e a garantia de acesso a atendimento e tratamento dos pacientes soropositivos. O que chama a atenção é que a estruturação do programa paulista surge antes mesmo da estruturação de um programa a nível federal (SOUSA, LYRA, *et al.*, 2012) (SOUZA, VASCONCELOS, *et al.*, 2010). Teixeira (2003) relata que o programa paulista de combate à epidemia, desde o seu início contava com os componentes que permanecem ainda atualmente, como prevenção, vigilância epidemiológica, assistência e direitos humanos, sendo rapidamente difundido em outros estados do território nacional. Barros (2018) afirma que:

A resposta governamental à AIDS no Brasil apresentou uma especificidade relacionada ao nível de governo que implantou as primeiras ações. Tradicionalmente o MS formulava uma política nacional que era seguida e operacionalizada pelas unidades federativas. Em relação à AIDS, diversas ações começaram a ser implementadas nos estados, mesmo quando o MS ainda não tinha proposições para atuação frente a nova doença e até mesmo negava a necessidade de intervenção. A SES-SP foi pioneira ao implantar seu Programa de DST/AIDS no segundo semestre

de 1983, sendo seguida por outros governos estaduais como Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul (BARROS, 2018, p. 123).

Nesse sentido a bibliografia utilizada, observa certa negação e omissão por parte das autoridades brasileiras nesse período. A busca por uma solução neste momento vem da sociedade civil, através de iniciativas de organizações comunitárias, ONGs, profissionais da saúde, entre outras entidades, que passam a exercer pressão sobre o Ministério da Saúde (SOUZA, VASCONCELOS, *et al.*, 2010). Assim, atuaram de maneira entrelaçada na resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS, o movimento de reforma sanitária e o movimento brasileiro de AIDS, levantando o debate acerca de temas como “Saúde Coletiva” e do direito à saúde do cidadão, processo que se deu durante a estruturação e regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de então, o direito universal a saúde foi garantido na nova Constituição de 1988, sendo a base fundamental da implementação do SUS (LIMA, 2017). Souza *et al.* (2010) observam que, neste contexto, a atuação da sociedade civil chama a atenção. Esse papel de destaque é evidenciado e pode ser observado na votação da chamada Constituição Cidadã, na Assembleia Nacional Constituinte, na atuação dos movimentos de reforma sanitária mencionados anteriormente e na forte pressão exercida pelas ONGs e sociedade civil no que se refere ao enfrentamento da epidemia. Este cenário permitiu que as questões de saúde, passando pela formulação do novo sistema de saúde, ganhassem espaço nos debates nacionais, levando à aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS), no texto final da Constituição Federal de 1988 (SOUZA, VASCONCELOS, *et al.*, 2010). Sobre essa questão, Monteiro e Vilela (2009) observam que:

O processo de redemocratização do país, o fortalecimento dos movimentos sociais e a criação do SUS na Constituição Federal de 1988, estabelecendo um novo paradigma para o acesso a saúde, que deixava de ter um caráter assistencialista e previdenciário para ser assumida como direito de todo cidadão e dever do Estado em provê-la, forma o pano de fundo onde vai se destacar o surgimento de uma nova doença no panorama nacional, que se caracterizava por aparecer em grupos restritos da sociedade e que trazia no seu rastro grandes doses de preconceito, estigma e discriminação contra as pessoas afetadas [...] Aliado ao que alguns autores chama de falta de percepção da expansão da epidemia, os modos para enfrentamento da doença se restringiam a ações pontuais, a princípio em alguns estados e depois em quase todas as unidades da federação, baseados no modelo seguido pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (MONTEIRO e VILELA, 2009, p. 34).

Os autores consideram fundamentais para a pressão exercida sobre o governo federal a respeito de uma política nacional de combate à epidemia, a forte cobertura midiática sobre a doença, a morte de pessoas famosas, conhecidas e queridas pelo grande público e o trabalho efetuado pelas primeiras organizações não governamentais de combate ao HIV/AIDS. Tudo

isso, serviu para evidenciar a ineficiência das ações do Estado brasileiro (MONTEIRO e VILELA, 2009). A partir da pressão exercida por essas ações, pelas ONGs e entidades e pelas Secretarias Estaduais de Saúde que já trabalhavam com o tema, a AIDS passa a integrar a agenda de políticas públicas do governo federal brasileiro (MONTEIRO e VILELA, 2009).

Assim sendo, apenas em 1985 o Ministério da Saúde passa a assumir uma organização institucionalizada das ações de combate e prevenção ao vírus do HIV/AIDS. A Portaria Nº 236 do Ministério da Saúde do Brasil, publicada no Diário Oficial de 02 de maio de 1985 (Anexo I), estabelece as primeiras diretrizes para o programa brasileiro de controle da AIDS, sendo seguido, em 1986, pela instituição da notificação compulsória dos casos de HIV/AIDS (SOUSA, LYRA, *et al.*, 2012). Três anos depois, em 1988, é criado o Programa Nacional de DST/AIDS, que é instalado e configurado entre 1987 e 1989 (SOUZA, VASCONCELOS, *et al.*, 2010). Teixeira (2003, p. 51) observa que neste momento, já estavam em atuação no Brasil programas de combate à epidemia em 13 estados, evidenciando que “a resposta brasileira de combate à epidemia de AIDS surgiu de baixo para cima e de forma descentralizada”.

De acordo com o documento de intenções do Programa de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis de 1986 (Anexo I), aquele ano representava um grande marco para a área devido não somente à grande incidência dos casos de HIV/AIDS e às consequências causadas pela doença, mas também à iniciativa no Ministério da Saúde em lançar o programa.

Para o devido enfrentamento e controle da doença, especialidades como clínica geral, ginecologia e obstetrícia, pediatria, urologia, oftalmologia, dermatologia, microbiologia, assistência social, sociologia e enfermagem, entre outras, eram requeridas no documento (BRASIL, 1986).

O documento também reconhece as Doenças Sexualmente Transmissíveis, como um problema de saúde pública. Como justificativa para o seu lançamento, o programa apresenta:

- (1) A alta incidência destas doenças, principalmente na faixa etária de 15-39 anos
- (2) As graves consequências que podem acarretar um indivíduo doente
- (3) A solicitação da população por serviços adequados para o atendimento a estas doenças (BRASIL, 1986).

Como condicionante para o sucesso do programa é colocada como necessária a integração entre Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, o Governo Estadual, a Comunidade e o Ministério da Educação.

As responsabilidades dos órgãos de nível federal (MS e INAMPS), são descritas como:

Planejar, desenvolver, financiar, organizar serviços adequados para os pacientes de DST e implementar as estratégias de controle. Ao Ministério da Educação, caberá a função de fornecer educação adequada sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis para o segundo segmento do primeiro e do segundo graus. À Fundação Oswaldo Cruz do Ministério da Saúde, caberá a função de desenvolver tecnologias adequadas à realidade brasileira e de desenvolver um sistema de controle de qualidade para os laboratórios da rede nacional de saúde pública (BRASIL, 1986).

O documento coloca ainda que, de acordo com orientação da Organização Panamericana de Saúde, as seguintes atividades fariam parte dos elementos do Programa: promoção da educação e saúde; detecção das doenças e investigação de contatos; tratamento adequado; capacitação de recursos humanos; incentivo a pesquisa; e informação e avaliação.

Lima (2017) corrobora a afirmação de Teixeira (2003), explicando que a partir desse contexto a resposta brasileira de combate ao HIV/AIDS começa a se organizar de maneira descentralizada, sendo de fato institucionalizada pelo Ministério da Saúde apenas em 1985, quando as diretrizes do Programa Nacional de Controle da AIDS foram estruturadas. No entanto, Lima (2017) observa que o programa não obteve o resultado esperado no primeiro momento, sendo as ações coordenadas principalmente por estados e municípios. Essa legitimação do programa, salienta a autora, só ocorre a partir de 1987, com a criação da Divisão Nacional de Controle de AIDS, e posteriormente, em 1988 com a criação formal do Programa Nacional de AIDS do Ministério da Saúde (LIMA, 2017).

Assim sendo, a partir da criação do Programa Nacional de DST/AIDS dentro da estrutura do Ministério da Saúde, as políticas e normas que deveriam ser utilizadas em todo o país no combate à epidemia passam a ser articuladas pelo Programa Nacional de maneira centralizada (SAMPAIO, 2018).

As primeiras medidas realizadas pelo PN registradas restringem-se à identificação de casos e à elaboração de um sistema de vigilância epidemiológica. No mesmo ano (1985), a partir de reuniões realizadas em São Paulo e em Brasília, foi redigida a minuta ministerial que estabelecia os critérios de diagnóstico e as estratégias de combate à epidemia no Brasil. A esse respeito, a proposta incluía “investigação epidemiológica, clínica e laboratorial e educação sanitária de casos suspeitos e confirmados” incluindo também a recomendação do uso de preservativos, o uso de seringas descartáveis ou de uso individual e o controle de qualidade do sangue nos hemocentros. Apesar dessas medidas, o argumento de que a AIDS representava uma doença preocupante, mas que não deveria ser tratada como prioridade devido a outras doenças como Chagas, Hanseníase e Esquistossomose, seguia no discurso do então Ministro da Saúde, Carlos Sant’Anna (BARROS, 2018).

No contexto da VIII Conferência Nacional de Saúde, o tema da AIDS esteve presente nas discussões sobre “Vigilância Epidemiológica (grandes endemias, doenças evitáveis por imunização e AIDS)” e nos debates sobre “Sangue e Hemoderivados” (BARROS, 2018). As conclusões geradas na conferência impulsionaram discussões sobre as necessidades trazidas pela epidemia. Passou a ser debatida a necessidade de elaboração de um projeto de lei que regulamentasse o controle da AIDS, garantindo ao paciente assistência médica integral no serviço público de saúde, além da não discriminação na vida em comunidade (Anexo V).

É constatado na bibliografia utilizada que a partir do governo de Fernando Collor de Melo (1990-1992), o PN-DST/AIDS, passa a sofrer graves cortes, passando por uma importante crise, diminuindo o diálogo entre governo e Organizações não governamentais e ativistas, e difundindo campanhas de conotação negativa, ao propagar políticas de prevenção que se baseavam em discriminação (SAMPAIO, 2018). A política de governo de Collor, de caráter neoliberal, visava redução do Estado através de uma reforma econômica e administrativa que se estruturava com grandes cortes de gastos públicos, reduzindo em 50% os recursos que eram destinados a saúde, o que acabou freando os avanços da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde (BARROS, 2018). Contraditoriamente é nesse mesmo momento que são iniciadas as distribuições de medicamentos antirretrovirais pelo Ministério da Saúde, em 1991, e se iniciam as negociações de empréstimo junto ao Banco Mundial, fundamentais para a consolidação da política brasileira (BARROS, 2018).

Também nesse período, sobre o tratamento da Síndrome, um documento do Programa Brasileiro, afirmava que alguns dos fármacos para tratar infecções causadas por germes oportunistas²⁰ ainda não se encontravam disponibilizados no Brasil, como a Pentamidina²¹ e o Ganciclovir²². Outros medicamentos, ainda que fossem comercializados no país, não faziam parte dos medicamentos contidos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Assim, o documento afirma que os critérios para a escolha dos medicamentos que

²⁰ As infecções causadas por microrganismos oportunistas são aquelas que, em pessoas saudáveis, não chegariam a causar qualquer doença, mas que em indivíduos com deficiências imunológicas, como é o caso dos pacientes de HIV, pode acarretar quadros graves. Fonte: <<https://www.drakeillafreitas.com.br/o-que-sao-infecoes-oporunistas/#:~:text=Infec%C3%A7%C3%B5es%20Oportunistas%20s%C3%A3o%20infec%C3%A7%C3%B5es%20causadas,levar%20a%20pessoa%20%C3%A0%20morte.>> acesso em 09 de agosto de 2022.ok

²¹ Fármaco antimicrobiano utilizado no tratamento ou prevenção de tipos de pneumonia e da leishmaniose. Fonte <[https://guiafarmaceutico.hsl.org.br/pentamidina-\(importado\)](https://guiafarmaceutico.hsl.org.br/pentamidina-(importado))> acesso em 09 de agosto de 2022.

²² Medicamento antiviral, atua contra o citomegalovírus. Fonte <<https://consultaremedios.com.br/ganciclovir/bula>> acesso em 09 de agosto de 2022.

constavam no RENAME haviam sido feitos com base nos percentuais de ocorrência das patologias (Anexo VI).

Assim sendo, a partir de 1993, o PN-DST/AIDS eleva-se a um novo patamar, passando a assinar acordos de Cooperação Internacional, sendo o mais importante deles com o Banco Mundial, que passa a financiar o programa. Assim, a partir de então e amparado pela legislação do SUS, o Ministério da Saúde Brasileiro passou a investir na política de acesso universal ao tratamento, passando a defender o acesso universal e gratuito de medicamentos antirretrovirais como um direito humano. Neste ano, além de passar por essa reestruturação, o PN, passa a ser financiado pelo Banco Mundial, garantindo recursos que tornaram possíveis ações mais efetivas, decretando a partir disso quais caminhos seriam tomados pelas políticas de enfrentamento à AIDS no Brasil (LIMA, 2017).

É a partir do primeiro acordo assinado com o Banco Mundial, que novos atores, em especial internacionais, passam a se envolver na política de combate à AIDS no Brasil. Na década de 1990 foram assinados três acordos. O primeiro deles, chamado de AIDS I, com vigência entre 1994 e 1998, estava enquadrado ao discurso do presidente Fernando Collor, restringindo os investimentos a ações de prevenção, com foco para a distribuição de preservativos. É durante a vigência desse acordo que a distribuição gratuita de medicamentos é regulamentada no Brasil, através da Lei nº 9.313, de 1996 (SAMPAIO, 2018).

Para a efetivação do primeiro empréstimo concedido ao Brasil pelo Banco Mundial, o país oferecia uma contrapartida, comprometendo-se a alocar recursos nacionais no controle da epidemia. Por outro lado, o empréstimo permitiu que o programa passasse a contar com um orçamento sem precedentes, o que, ao alavancar os recursos financeiros, também alavancou o número de ações gerenciadas pelo PN-DST/AIDS, contribuindo para a projeção das políticas brasileiras, e evidenciando o programa a nível regional, nacional e internacional (MONTEIRO e VILELA, 2009). O AIDS I objetivava a redução dos casos e da transmissão do vírus HIV, objetivando também fortalecer as instituições que atuavam na linha de frente do controle da epidemia. O projeto era respaldado por 250 milhões de dólares, sendo 160 milhões do BIRD e 90 milhões do governo brasileiro. Os recursos foram divididos entre prevenção, serviços, desenvolvimento institucional, vigilância, pesquisa e avaliação (BARROS, 2018).

Nesse contexto, Monteiro e Vilela (2009) observam que existia uma estratégia por parte do Banco Mundial, que buscava uma atuação mais robusta na “oferta de ideias” para a saúde dos países em desenvolvimento, visando reformular os recursos de financiamento dos serviços de saúde.

Já em 1998 o Brasil passa a trabalhar em um novo projeto, que foi levado ao Banco Mundial, buscando possibilitar a manutenção das ações de combate à AIDS. O projeto AIDS II, era a continuidade do primeiro projeto e teve vigência de 1998 a 2002 (MONTEIRO e VILELA, 2009). O AIDS II contava com 300 milhões de dólares em recursos, sendo a contrapartida do governo federal de 135 milhões (BARROS, 2018).

De acordo com Barros (2018), no que se refere aos acordos de empréstimo realizados entre Brasil e Banco Mundial, foi o Brasil que buscou o BM para o financiamento de sua política de HIV/AIDS. Naquele momento, os investimentos em projetos para controle da AIDS em países em desenvolvimento não eram vistos como algo produtivo pelos economistas. Dessa forma, os financiamentos do BM nesse sentido estavam restritos a Zaire (1989) e Índia (1991).

A partir da distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais, ampliando o alcance da terapia TARV (Terapia Antirretroviral), a sobrevivência dos pacientes soropositivos cresceu, as internações caíram, assim como as mortes, colocando a AIDS em evidência no campo das políticas públicas brasileiras (SAMPAIO, 2018). Outras medidas foram tomadas e:

Os outros dois acordos entre o Brasil e o Banco Mundial – AIDS II e III – possibilitaram que o Programa adquirisse os principais elementos que nortearam a criação do próprio SUS, por meio da universalização – com a distribuição gratuita de medicamentos, de equidade – com o princípio da não discriminação dos portadores de HIV/AIDS e foco em ações para grupos de risco e integralidade – por unir políticas de prevenção, assistência e tratamento (SAMPAIO, 2018, p. 25).

Com a estruturação do PN-DST/AIDS, a partir da década de 1990, o Brasil passa a ser o primeiro país em desenvolvimento a executar uma política pública de combate à epidemia de HIV/AIDS envolvendo “o acesso universal à prevenção, diagnóstico, atenção e tratamento antirretroviral com distribuição gratuita de medicamentos garantida por lei” (LIMA, 2017, p. 20).

Apesar de não oferecer financiamento para a medicação antirretroviral fornecida pela política brasileira, uma vez que o Banco Mundial era contra a medida, considerada à época um tratamento caro e sem resultados, os recursos dos projetos AIDS I e II contribuíram para a melhoria dos serviços ofertados pelo Programa Nacional de HIV/AIDS, além de ter possibilitado sua expansão para todos os estados brasileiros. Contudo, Monteiro e Vilela (2009) observam:

Sem negar a importância dos empréstimos do Banco Mundial para o fortalecimento das políticas de combate à AIDS, é imprescindível sempre recordar que a resposta à AIDS no Brasil é muito anterior ao primeiro projeto financiado pelo BM. Também é preciso ressaltar que, desde a sua origem, ela esteve baseada em dois eixos fundamentais, que foram a demanda e a participação dos movimentos sociais

organizados e a contribuição de técnicos especializados e comprometidos com a construção de um sistema de saúde que assegurasse o sistema universal de saúde para todos. A ação conjunta desses dois eixos permitiu que o primeiro empréstimo do Banco Mundial fosse apropriado sem que, com isso, o governo se afastasse de suas premissas. Ao contrário, o governo brasileiro aproveitou a oportunidade para lançar as bases do mais inovador programa de distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais para os doentes (MONTEIRO e VILELA, 2009, p. 40).

Dessa forma, considera-se que a partir da década de 1990, pode ser observada uma evolução estrutural no Programa Nacional de combate à epidemia de AIDS quando, baseando-se na legislação do SUS, o Ministério da Saúde passa a investir também em uma política de acesso universal, fornecendo gratuitamente os medicamentos antirretrovirais (LIMA, 2017). Nesse sentido Sousa *et al.* (2012) relatam que a partir da ação de ativistas, o fabricante do medicamento AZT²³ reduziu em 1989 os custos do medicamento em 20% e em 1991 são iniciadas as compras para a distribuição gratuita dos antirretrovirais. Em 1993 o AZT passa a ser produzido no Brasil.

Como retratado neste estudo, no que se refere às ações de combate à epidemia de HIV/AIDS no Brasil, o estado de São Paulo foi pioneiro, já realizando a distribuição parcial do AZT em 1989, a partir da decisão do Ministério da Saúde. Em 1990, o estado pôde ofertar a distribuição universal, ou seja, todos os pacientes, mesmo aqueles em tratamento particular, passaram a ter direito de retirar o medicamento através do serviço público. A política de distribuição paulista só foi alcançada nacionalmente em 1993 (TEIXEIRA, 2003).

Contudo, Barros (2018) coloca que mesmo com a disponibilização dos medicamentos como o AZT, a pentamidina e o ganciclovir, ainda era observada pouca eficácia da terapia nos pacientes, quando é iniciada a aplicação da terapia combinada, que costumava associar duas dessas drogas (AZT + ddI ou AZT + ddC). A partir da segunda metade da década de 1990, a eficácia da terapia tríplice começa a ser observada. Assim sendo, a partir de 1996/7 o coquetel²⁴ passa a ser distribuído na rede pública brasileira. Em São Paulo, a distribuição havia iniciado em 1995. Rapidamente, a queda na mortalidade dos pacientes com AIDS passa a ser observada, em um primeiro momento em São Paulo, seguido dos outros territórios do país (TEIXEIRA, 2003).

²³ Fármaco utilizado como antirretroviral. Fonte: <<http://www.rnpvha.org.br/medicamento-contr-a-AIDS-zidovudina-azt.html>> acesso em 09 de agosto de 2022.

²⁴ Combinação de medicamentos visando evitar a reprodução viral. Fonte: <[65](https://mundoeducacao.uol.com.br/saude-bem-estar/coquetel-antiAIDS.htm#:~:text=O%20coquetel%20antiAIDS%20%C3%A9%20um,diminua%20a%20defesa%20do%20pacipaci.&text=O%20HIV%20%C3%A9%20um%20v%C3%ADrus,e%20sem%20cura%3A%20a%20AIDS.>> acesso em 09 de agosto de 2022.</p></div><div data-bbox=)

Foi a partir da década de 1990, com a efetiva definição de dispositivos legais para a implantação do Sistema Único de Saúde e novas alternativas de medicamentos antirretrovirais, bem como a garantia de recursos financeiros através do acordo de empréstimo junto ao Banco Mundial que a política nacional de AIDS se consolidou (BARROS, 2018, p. 124).

Neste contexto, é no governo de Fernando Henrique Cardoso, em março de 1995, que o acesso a medicamentos como AZT, didanosina²⁵, pentamidina, ganciclovir, fluconazol²⁶ e anforericina B²⁷ foi garantido a toda a população brasileira vivendo com AIDS, por meio da portaria n° 21, da Secretaria de Atenção à Saúde do MS. E em 1996, com a inclusão dos inibidores de protease²⁸ ao tratamento, pode-se observar aumento considerável na sobrevivência dos pacientes (BARROS, 2018).

De acordo com Barros (2018), o Projeto de Lei n° 158/1996, do então senador José Sarney, propunha o acesso de forma universal a todos os medicamentos para o tratamento da AIDS, tendo rápida tramitação no legislativo, sendo a redação final aprovada em plenário e sancionada em 13 de novembro de 1996, resultando na lei n° 9.313. Apesar dessa lei corresponder a direitos já garantidos constitucionalmente, ela significou o fortalecimento da luta e militância dos portadores do vírus e das ONGs atuantes no combate à epidemia.

A partir disso, foram estabelecidos protocolos para que os medicamentos fossem prescritos de maneira adequada, visando também organizar os fluxos e as responsabilidades das entidades municipais, estaduais e federais, de forma a garantir a efetividade da estratégia e sua sustentabilidade (BARROS, 2018).

De acordo com Souza *et al.* (2010), apenas em 1999 é instituída, de fato, a Política Nacional de DST/AIDS, sob o domínio da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, baseando-se fundamentalmente nos princípios do SUS e buscando como objetivos primordiais a diminuição dos casos de AIDS e garantia da qualidade de vida, cidadania e dos direitos dos pacientes de HIV/AIDS, além de priorizar as políticas voltadas para as doenças sexualmente transmissíveis no Brasil.

²⁵ Medicamento antirretroviral sintético. Fonte: <<http://www2.far.fiocruz.br/farmanguinhos/images/stories/phocadownload/didanosina.pdf>> acesso em 09 de agosto de 2022.

²⁶ Fármaco antifúngico, que atua impedindo o crescimento de fungos, em especial o da Cândida. Fonte: <<https://www.tuasaude.com/fluconazol-zoltec/>> acesso em 09 de agosto de 2022.

²⁷ Antifúngico. Fonte: <<https://consultaremedios.com.br/anfotericina-b/bula>> acesso em 09 de agosto de 2022.

²⁸ São medicamentos que atuam na enzima protease, bloqueando sua ação e impedindo a produção de novas cópias de células infectadas pelo vírus HIV. Fonte: <<http://giv.org.br/HIV-e-AIDS/Medicamentos/index.html>> acesso em 09 de agosto de 2022.

Como resultados da política implementada pelo Brasil, pôde observar-se uma queda significativa nos gastos com internação. Barros (2018) afirma que de cerca de 40% no Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS de São Paulo e 35% no Hospital Emílio Ribas. “Um paciente em uso de antirretrovirais custava cerca de R\$ 10.000,00 por ano, 50% menos que se ficasse doente” (BARROS, 2018, p. 176).

Visando a sustentabilidade da estratégia de acesso universal, o governo brasileiro, via Ministério da Saúde, passa a adotar uma política agressiva de redução de preços dos medicamentos para o tratamento da AIDS, focando-se na ampliação da produção nacional de antirretrovirais genéricos, reduzindo em 72,5% o custo dos medicamentos. A zalcitabina²⁹, por exemplo, cujo um comprimido custava US\$ 1,55 em 1996, produzida pelo Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos), passou a custar US\$ 0,08 em 2000 (BARROS, 2018, p. 176).

Os medicamentos antirretrovirais de referência foram custeados pelo governo brasileiro até 2005, quando o Brasil protocolou junto à Organização Mundial do Comércio (OMC), o licenciamento compulsório de patentes desse tipo de medicamento, como uma estratégia para a continuidade da política e o enfrentamento da epidemia (SAMPAIO, 2018).

2.2 O PROTAGONISMO INTERNACIONAL NA POLÍTICA PÚBLICA

2.2.1 A Política Externa Brasileira

Para melhor compreendermos a internacionalização da política pública brasileira de combate à epidemia de HIV/AIDS, seus meandros e peculiaridades, é interessante entender a Política Externa Brasileira (PEB), sua doutrina de atuação, seus atores e processos. Por essa razão, essa sessão dedica-se em tratar da PEB, com o objetivo de auxiliar na análise de nosso objeto de estudo.

Historicamente, o Brasil constrói sua imagem no âmbito externo, a partir do Brasil Império buscando uma aproximação muito maior com o mundo Europeu do que com os seus vizinhos hispânicos e neste período desenvolve-se no país uma visão de relativa superioridade.

²⁹ Antiviral sistêmico. Fonte:

<<https://pt.wikipedia.org/wiki/Zalcitabina#:~:text=Zalcitabina%20%C3%A9%20um%20f%C3%A1rmaco%20utiliza,de%20fosforila%C3%A7%C3%A3o%20diferente%20da%20zidovudina.>> acesso em 09 de agosto de 2022.

Contudo, apesar desse distanciamento, pretensões de se inserir internacionalmente como uma potência regional sempre foram alimentadas no Brasil (MACEDO, 2007).

Porém, é apenas a partir de 1889, com o Barão do Rio Branco que o Brasil passa a incluir em seus discursos uma tentativa de integração com os países vizinhos. Apesar das preocupações regionais passarem a integrar as preocupações brasileiras neste período, a política externa de Rio Branco permanecia focada em alianças com o mundo desenvolvido (MACEDO, 2007). Considerando essa política que possuía em sua centralidade as relações com os Estados Unidos, Macedo (2007) a marca como o primeiro paradigma da política externa brasileira, tendo se estendido até os anos de 1960.

A partir da década de 1960, passam a fortalecer-se no Brasil teorias nacionalistas oriundas do Instituto Superior de Estudos Brasileiros (Iseb) e da Comissão Econômica para a América Latina (Cepal) enfraquecendo o americanismo entre os formuladores de política externa do Brasil. Essas teorias argumentavam que uma política externa centrada nos Estados Unidos era um obstáculo para o desenvolvimento tanto econômico quanto social dos países latino-americanos, sendo um impedimento para a formulação de uma identidade econômica regional (MACEDO, 2007).

Assim, Macedo (2007) aponta esse cenário como facilitador para a consolidação de um novo paradigma na política externa brasileira. O globalismo defendia uma abordagem mais universalista das relações exteriores, afastando-se do debate Leste-Oeste e abrindo espaço para um debate Norte-Sul.

Neste período, e até meados da década de 1990, a política externa brasileira era essencialmente formulada e implementada pelo Itamaraty. A instituição, fortemente insulada, pouco se envolvia com as questões a nível societário ou com outros atores políticos (PIMENTA DE FARIA, 2012). De acordo com a definição de “insulamento burocrático” trazida por Edson Nunes e abordada por Pimenta de Faria (2012), o referido caracteriza-se pelo resguardo do núcleo técnico do Estado de possíveis intervenções da sociedade ou de outras entidades. Assim, o Itamaraty só não seria mais fechado do que os ministérios militares:

Este *continuum* reitera o caráter “fechado” ou insular do Itamaraty. Nesse quesito, no âmbito da burocracia federal brasileira, apenas os antigos ministérios militares seriam mais fechados que o MRE à nomeação política para o provimento dos cargos de alto escalão. De fato, a carreira diplomática no Brasil é fortemente estruturada, tendo se institucionalizado em paralelo à progressiva profissionalização do corpo diplomático do país [...] contudo, como é bem sabido, cabe ao presidente da República a escolha do ministro das Relações Exteriores (PIMENTA DE FARIA, 2012, p. 316)

Milani e Pinheiro (2011, p. 13) consideram que o insulamento característico do Itamaraty, influenciou o debate sobre a política externa brasileira no sentido de que a mesma “começaria onde terminasse a política doméstica”. A partir do final da Guerra Fria e com as mudanças ocasionadas decorrentes do avanço da globalização, um novo cenário se abre, agora mais favorável à inserção do Brasil em um cenário regionalista. Assim, como marco deste novo período, em 1991 é criado o Mercado Comum do Sul (Mercosul) (MACEDO, 2007), como um processo de integração regional visando à construção de um espaço comum de trocas comerciais e investimentos por meio de uma integração competitiva entre seus membros e o mercado externo³⁰.

A política externa brasileira após a redemocratização passa por um giro a uma política econômica neoliberal com Fernando Collor (1990-1992), que tinha enraizada a ideia de “modernização pela internacionalização”, aproximando-se dos países ocidentais e acenando para um retorno ao paradigma americanista. Já Itamar Franco (1992-1995) posiciona-se de maneira mais nacionalista, de caráter liberal moderado, afastando-se do paradigma americanista. O governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) caminhou por três paradigmas: o neoliberal, desenvolvimentista e logístico. O primeiro, refere-se às privatizações que marcaram o período. O paradigma desenvolvimentista relaciona-se com a atuação brasileira em diversos fóruns multilaterais sobre assuntos emergentes à época. E o logístico, representado pelo enxugamento da máquina pública (MACEDO, 2007). Neste período Faria (2012) identifica uma crescente em relação a atuação internacional de grupos de interesses domésticos, o que acaba exercendo pressão sobre o Itamaraty por um processo de formulação de política externa mais “poroso, plural ou democrático”.

De acordo com Macedo (2007), é apenas no governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2011) que a política externa brasileira se volta aos países do sul. Defendia-se que uma maior aproximação com os países em desenvolvimento levaria a mudanças relevantes no contexto internacional possibilitando uma redução das diferenças nas relações entre o norte e o sul global:

A partir dessa ontologia, a política internacional do governo Lula se insere no quadro da estratégia autonomista, que mescla a participação nos regimes internacionais com uma política externa mais independente e comprometida com o interesse nacional, marcadamente soberanista. Dotada de um viés crítico em relação ao receituário do Consenso de Washington, a estratégia autonomista prevê um projeto de

³⁰ Disponível em: <<https://www.mercosur.int/pt-br/quem-somos/em-poucas-palavras/>>. Acesso em: 20/04/2022 às 20:27

desenvolvimento nacional voltado prioritariamente para diminuição das assimetrias internas (MACEDO, 2007, p. 33-34).

Entre o final do século XX e o início do século XXI, observa-se no Brasil uma inserção cada vez maior de assuntos relacionados a política externa dentro de outros órgãos do Executivo. Esse movimento coloca em evidência as possibilidades de articulações entre essas ditas questões domésticas e a agenda de política externa (MILANI e PINHEIRO, 2011). Essa tendência se consolida com Lula, pois como observado por Pimenta de Faria (2012), nesse período ocorre uma “horizontalização da política externa brasileira”. De acordo com o autor, todos os 23 Ministérios do governo Lula eram integrados por Secretarias de Relações Internacionais ou por Assessorias para assuntos exteriores. Além disso, as oito secretarias com status ministerial possuíam setores voltados para assuntos internacionais, assim como outros órgãos do governo. Assim, observam-se atribuições de política externa em toda a estrutura do Executivo, não mais concentrada apenas no Ministério das Relações Exteriores (MRE). Como afirma Pimenta de Faria (2012), essas atribuições incluíam a não só a implementação, mas também a formulação de política externa.

Pecequillo (2008, p. 142) observa no governo Lula uma abordagem incrementalista, que buscava atualizar “os laços com a comunidade internacional e o reordenamento dos objetivos internos em um ambiente de cooperação e gradualismo”. Assim, em vistas de recuperar a capacidade de barganha, a agenda internacional brasileira passa a buscar parcerias com as nações emergentes através de um eixo horizontal de cooperação, podendo ser definido também como relações sul-sul. Esse eixo incluía os grandes Estados emergentes como China, Índia, África do Sul e Rússia (BRICS) e os potenciais ganhos desse redirecionamento envolviam aspectos econômicos, estratégicos e políticos (PECEQUILO, 2008). A partir da criação do Fórum de Diálogo entre Índia, Brasil e África do Sul (Ibas) há um avanço nas áreas de cooperação em ciência, tecnologia e política, além de cooperação para a produção de medicamentos genéricos e de combate ao HIV-AIDS (PECEQUILO, 2008), como será explorado adiante.

2.2.2 A face internacional do Programa Nacional de DST/AIDS

A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS inicia sua internacionalização no início dos anos de 1990, quando são iniciadas as negociações para o acordo com o Banco Mundial, AIDS I. Só depois de firmado o primeiro acordo o PN-DST/AIDS passa a contar com um corpo

técnico responsável por todas as ações voltadas à Cooperação Internacional dentro do programa (LIMA, 2017).

Nesse sentido, o fortalecimento institucional do Programa Nacional, em muito viabilizado pelos recursos disponibilizados a partir dos acordos de empréstimo com o Banco Mundial, abriu caminhos para negociações com outros órgãos e entidades internacionais. Lima (2017) observa que a partir da criação de uma unidade responsável pelo planejamento institucional do PN, que visava a elaboração de um planejamento estratégico da resposta brasileira, os profissionais que atuavam no Programa passaram a desenvolver experiências e capacidades no contato com entidades e agências internacionais. Foi criado o que Fontes (1999) chama de “interface internacional” da política brasileira de resposta à epidemia de HIV/AIDS.

Fontes (1999) classifica a Cooperação Internacional do Brasil voltada para o Programa Nacional de DST/AIDS em: 1) Execução de programas de Cooperação de caráter nacional e abrangentes; 2) Execução em Rede de Cooperação Multilateral; e 3) Execução de Programas de Cooperação específicos e pontuais.

A resolução nº 33 de 2001, “Acesso a medicamentos no contexto de epidemias como a do HIV/AIDS”, apresentada pelo Brasil na 57ª Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas e aprovada pela ONU, relacionava a garantia de acesso a medicamentos para o tratamento da AIDS a questões de direitos humanos. A apresentação brasileira, sustentou-se nos princípios do SUS, e consolidou o discurso brasileiro em defesa do acesso universal ao tratamento antirretroviral. Sua aprovação significou um avanço relevante da resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS, no sentido de sua projeção internacional (LIMA, 2017).

Ainda de acordo com a autora, a consolidação da relação entre política de acesso a medicamentos e a resposta global à epidemia de HIV/AIDS veio em 2004, quando da aprovação da Resolução “Ampliando o tratamento e cuidado dentro de uma resposta coordenada e abrangente ao AIDS”.

Sobre as resoluções supracitadas, Chaves (2016) ressalta a liderança brasileira entre os países em desenvolvimento, e o início das negociações sobre a viabilização de uma rede de cooperação técnica em HIV/AIDS, que englobaria a produção de antirretrovirais e a transferência de tecnologias.

2.2.3 A inserção do PN-DST/AIDS na agenda de Política Externa Brasileira

A política brasileira de acesso gratuito e universal ao tratamento antirretroviral, dentro do PN-DST/AIDS, é uma política pública que envolve a ação de diferentes atores e setores. A partir da consolidação e do sucesso dessa política, a partir do final da década de 1990 e o início dos anos 2000, o Brasil passa a se inserir em vários fóruns internacionais na área da saúde, conferindo ao país papel de destaque no debate do tema (LIMA, 2017). Assim sendo, a autora observa que à medida que essas discussões se intensificavam no plano internacional, no Brasil, Ministério da Saúde e Ministérios das Relações Exteriores se aproximavam, inserindo temas sociais na agenda da política externa brasileira.

De acordo com Souza *et al.* (2012), naquele momento, o consenso internacional, tanto por parte das OIs (Organizações Internacionais), quanto nas agências de cooperação, era de que os países em desenvolvimentos não possuíam meios (financeiros, técnicos ou humanos) para executar políticas de compra e distribuição de medicamentos antirretrovirais.

Indo na contramão do que era implementado mundialmente, no final da década de 1990 o Brasil passa a posicionar-se contra o discurso hegemônico que colocava a prevenção como carro chefe das políticas de combate à epidemia naquele período, preterindo a assistência e desencorajando a distribuição de medicamentos nos chamados países em desenvolvimento (LIMA, 2017). A partir disso, a política agressiva brasileira em defesa do acesso universal às medicações antirretrovirais, passa a chamar a atenção a nível internacional. A negociação brasileira com a Organização Mundial do Comércio, no que tange à propriedade intelectual (e o acordo anteriormente firmado entre as partes e que dificultava a manutenção da política de acesso universal), significou “um movimento articulado entre os setores nacionais, envolvendo também os canais de comunicação do PN-DST/AIDS com a sociedade civil organizada, para defender seus interesses comerciais e de saúde pública nas negociações internacionais” (LIMA, 2017, p. 163).

A partir disso Lima (2017) recorre a Azevedo (2011) para explicitar que as negociações internacionais se caracterizam por negociações que se desenrolam tanto no plano doméstico quanto no plano internacional. De acordo com o mesmo autor, essas negociações geram impactos que são distribuídos de maneira irregular, o que faz com que sejam organizadas coalizões que se organizam entre o que o autor chama de ganhos possíveis e perdas prováveis. Assim sendo, Lima (2017) pontua que a instalação da política pública de acesso universal no âmbito interno foi marcada por desafios que desencadearam em coalizões e consensos nacionais.

Sobre esse período, Chaves (2016), destaca a Lei 9.313, aprovada em 1996 e mencionada anteriormente e a aproximação do Programa Nacional com os laboratórios públicos, expandindo a produção dos antirretrovirais não patenteados de forma pública. Entre o final dos anos de 1990 e início dos anos 2000, o PN-DST/AIDS ganha destaque internacional como uma política pública de caráter inovador para o controle da epidemia de HIV/AIDS efetuada por um país em desenvolvimento. A partir dos anos 2000, o Brasil assume um protagonismo nunca visto antes graças à visibilidade que o PN-DST/AIDS confere ao país, que passa a embasar um Programa de Cooperação Sul-Sul nessa política (LIMA, 2017).

O país passou a ser reconhecido como um dos principais atores governamentais no debate sobre a resposta mundial à epidemia, destacou-se como importante ator de Cooperação Internacional e como formador de opinião pública global sobre o tema, aumentando inclusive o interesse da comunidade científica internacional em estudos e análises da política brasileira de AIDS, não só desde a perspectiva da análise da resposta nacional para o controle da epidemia, mas também do ponto de vista do quanto seu modelo poderia ser adotado por outros países em desenvolvimento (LIMA, 2017, p. 165).

Neste contexto, o cenário internacional exibia os números cada vez maiores do vírus HIV no continente africano, e apresentava os altos custos das medicações antirretrovirais como uma barreira no combate à epidemia nos países em desenvolvimento. Na contramão deste cenário, o Brasil apresentava uma política nacional viável que defendia que a produção local estimularia a concorrência (LIMA, 2017).

Em 2000, o então diretor do Programa Nacional, Paulo Teixeira, apresenta a resposta do Brasil na 13ª Conferência Mundial de AIDS, ocorrida em Durban, na África, onde os números da política brasileira chamam a atenção. Após a implementação do PN-DST/AIDS, o Brasil apresenta uma queda de 50% no número de mortos por AIDS e uma queda de 80% no número de internações, além de uma economia que girava em torno de 1,1 bilhão de dólares (LIMA, 2017). A repercussão internacional do programa brasileiro aproximou o diretor do PN-DST/AIDS, o então ministro da saúde José Serra, e o então presidente Fernando Henrique Cardoso, dando início a articulações do executivo federal a respeito do futuro do tema, culminando na inserção da agenda na política externa brasileira (LIMA, 2017). De acordo com Teixeira (2003), é após a Conferência de 2000 que o programa brasileiro passa a ser mais bem compreendido no cenário internacional, consolidando sua imagem externa.

Ainda de acordo com Teixeira (2003, p. 54), é nesse momento que fica clara a pretensão brasileira de oferecer auxílio técnico àqueles que solicitassem, “numa atitude deliberada de

entrar no cenário internacional”. Outro aspecto que chamava atenção na política brasileira estava no fato de que o diálogo com a sociedade civil era por ela preconizado (LIMA, 2017).

A partir disso, consolida-se a inserção do PN-DST/AIDS na agenda de política externa brasileira, com a aproximação entre Paulo Teixeira (Diretor do PN-DST/AIDS), o Ministro da Saúde José Serra e o Presidente da República à época, Fernando Henrique Cardoso, o que resultaria na definição do acesso universal à medicação antirretroviral como um tema de prioridade na agenda de política externa do Brasil, passando a se desenhar a política brasileira de Cooperação Sul-Sul em HIV/AIDS (LIMA, 2017).

Ao citar Alcazar (2005), Lima (2017) afirma que a prática diplomática exercida pelo Brasil na agenda global anti HIV/AIDS conferiu ao Ministério da Saúde do Brasil um papel ativo na política externa do país, tendo o Ministério da Saúde executado ações típicas de política externa.

A liderança assumida pelo governo brasileiro na agenda global de controle do HIV/AIDS foi um “exercício de diplomacia” que tirou o Ministério da Saúde do Brasil de um lugar de ator reativo à agenda internacional para outro propositivo. Desta forma os atores do MS desenvolveram no campo internacional a prática de “aglutinar, influir e liderar, que configuram típicas ações de política externa (LIMA, 2017, p. 169).

Ainda de acordo com a autora, a Conferência de Durban pode ser considerada um marco, pois até então a Cooperação Internacional do programa brasileiro estava limitada ao recebimento de cooperação, entre outras atividades de menor relevância. A partir da Conferência é que o país volta-se para a Cooperação Sul-Sul, especialmente com países do Mercosul e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOPS), ganhando a partir disso formado de política de governo, que se fundamentava na “oferta de cooperação técnica na forma de um edital internacional [...] e a abertura de espaços multilaterais para consolidar o debate sobre o acesso a medicamentos antirretrovirais (ARV) (LIMA, 2017, p. 172).

Sobre as prioridades do governo a respeito do tema, Alcazar (2005), coloca:

[...]1) estimular o intercambio e a oferta de assistência a outros países; 2) endurecer e tornar pública a negociação de preços dos medicamentos; e 3) conseguir [a adoção de] Resoluções favoráveis ao tratamento [ARV] e aos [medicamentos] genéricos em todas as instâncias internacionais (ALCAZAR, 2005, p. 140).

De acordo com Chaves (2016), alguns aspectos são fundamentais para o destaque brasileiro naquele período: a inserção de diplomatas na gestão internacional do Ministério da

Saúde, e de funcionários do Ministério da Saúde que elaboraram o PN-DST/AIDS, na análise das questões internacionais relacionadas à saúde, fazendo com que questões relacionadas à política de saúde do Brasil fossem inseridas à agenda de política externa, consolidando a ação do Ministério da Saúde brasileiro nos espaços internacionais e fortalecendo a articulação entre as pastas.

Ancorada em Alcazar, Lima (2017, p. 179) afirma que a atuação brasileira na Conferência Ministerial de Doha, onde foi reconhecido o impacto das patentes no preço e, conseqüentemente, no acesso aos medicamentos, apresentou ao meio internacional o sucesso da articulação entre as pastas de saúde e relações exteriores do Brasil, principalmente do que diz respeito ao acesso universal a medicamentos, marcando “a independência do discurso universalista da pasta em relação aos temas econômicos... [sendo] um marco para a inserção do tema saúde na execução da PEB”.

2.3 ANOS 2000: MUDANÇA DE GOVERNO E NO PN-DST/AIDS

2.3.1 A Cooperação Sul-Sul em HIV/AIDS: o PCI

Lima (2017) considera que no final dos anos de 1990, o pioneirismo do Plano Nacional DST/AIDS passa a ser reconhecido internacionalmente, o que conferiu ao Brasil no decorrer dos anos 2000, um papel sem precedentes no cenário internacional, tornando-se protagonista no debate mundial sobre as respostas traçadas para a epidemia. Assim, o Programa Nacional DST/AIDS passou a embasar um programa de Cooperação Sul-Sul do governo do Brasil, que se transformou em um ator de grande relevância em Cooperação Internacional.

Neste ponto, Lima (2017) ressalta que a política brasileira de acesso universal a medicamentos antirretrovirais passou a ser considerada um produto exportável. Ainda segundo a autora, de acordo com Pedro Chequer, a política brasileira havia se provado, demonstrando a viabilidade de se reduzir a mortalidade por AIDS, reduzindo também os gastos com internação e atendimento.

Assim sendo, entre o final da década de 1990 e o início dos anos 2000, o PN-DST/AIDS insere em seu arcabouço uma agenda internacional de grande envergadura, uma vez que “a atuação internacional passa a ser estratégica para a sustentabilidade do Programa Nacional” (LIMA, 2017, p. 182). De acordo com Chaves (2016), atuando em conjunto com o Ministério das Relações Exteriores, o PN-DST/AIDS organiza sua estratégia de ação internacional em três

linhas: negociação de preços dos medicamentos ARV, o licenciamento compulsório e a legitimação internacional da política brasileira de acesso universal.

A estratégia brasileira é viabilizada por meio de uma política robusta de Cooperação Sul-Sul, que visava promover o acesso universal e a transferência de tecnologia para a produção dos medicamentos.

Por essa razão, em 2002, o governo brasileiro apresentou o Plano de Cooperação Internacional (PCI). Através de um edital, foi proposta a apresentação de projetos-pilotos. Dos projetos apresentados, o Brasil se propunha a atender até dez países, através de cooperação técnica e da doação de antirretrovirais. O foco do PCI estava na cooperação técnica e na doação de antirretrovirais produzidos no Brasil, dando preferência para os projetos que buscavam favorecer a produção local de medicamentos (LIMA, 2017). Ainda de acordo com a autora, o edital de lançamento do PCI lista as exigências para o processo de seleção. Os países interessados deveriam primeiramente manifestar o interesse em participar do programa junto à Embaixada Brasileira ou através do contato com a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde, responder ao “Formulário para a Apresentação de Proposta”, possuir meios de executar os recursos e estar comprometido com o controle da epidemia.

O Plano de Cooperação Internacional começa a ser executado no início do governo do presidente Lula, em 2003, e os países selecionados foram: El Salvador, Bolívia, Paraguai, República Dominicana, Colômbia, Burkina Fasso, Moçambique, Namíbia, Burundi e Quênia, direcionando a Cooperação Sul-Sul do Brasil especificamente para América Latina e África. Os objetivos do plano incluíam tanto o acesso universal aos medicamentos antirretrovirais como promover um aumento do poder de negociação dos países em desenvolvimento com a indústria farmacêutica.

A esse respeito, Sequeira (2015) aponta que

[...] o Brasil deu e contribuiu com esforços na Cooperação Sul-Sul em saúde, sem renunciar completamente à condição de recipiendário, respondeu com participação embrionária, de forma gradual e progressiva por meio da Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD). A Cooperação Técnica Horizontal brasileira abrange atividades pontuais, projetos e programas que envolvem transferência, geração e disseminação de conhecimentos técnicos, experiências bem-sucedidas e capacitação de recursos humanos. No entanto, a Cooperação Técnica para prevenção e combate à epidemia de HIV/AIDS, poderia ser entendida como o vetor estratégico e instrumento útil para a política externa brasileira, e serviria como um dos meios que o Brasil possa contar para se firmar no cenário internacional (SEQUEIRA, 2015, p. 21).

Assim, a saúde torna-se predominante na agenda de cooperação técnica internacional do Brasil, que passa a se destacar nesse aspecto, principalmente pelo diferencial da parceria de sucesso firmada entre Ministério das Relações Exteriores e Ministério da Saúde. Além disso, a virada na doutrina da Política Externa Brasileira, a partir da eleição de 2002, representa marco importante para o avanço e o desenvolvimento da Cooperação Sul-Sul no Brasil, em especial, para fins desse estudo, no que se refere à política de enfrentamento ao HIV/AIDS.

2.3.2 A nova postura internacional brasileira

Logo no início dos anos 2000, a eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), significa, em muitos aspectos, uma virada no discurso político do Brasil, tanto no âmbito interno, quanto no externo. A partir de então, as questões sociais passam a ganhar destaque na estratégia internacional brasileira, tanto no campo retórico e discursivo quanto nas iniciativas propostas pelo governo, os discursos das autoridades brasileiras neste período passam a incluir com frequência os termos “humanista” e “solidário” como características das ações do país a nível externo (PIMENTA DE FARIA, 2021).

Pimenta de Faria (2021) percebe esse viés discursivo como uma estratégia para a realização do objetivo de priorizar as relações sul-sul, justificado por questões domésticas, regionais e sistêmicas. Assim sendo, desde o início da gestão Lula, pode ser observado essa mudança de postura externa ser reiterada através de discursos do presidente e de seu Ministro das Relações Exteriores. O autor, cita, por exemplo, a seguinte fala do Presidente no III Fórum Social Mundial, em Porto Alegre:

Nossa política externa refletirá também os anseios de mudança que se expressaram nas ruas. No meu governo, a ação diplomática do Brasil estará orientada por uma perspectiva humanista e será, antes de tudo, um instrumento do desenvolvimento nacional [...] Estamos começando hoje um novo capítulo na História do Brasil, não como nação submissa, abrindo mão de sua soberania, não como nação injusta, assistindo passivamente ao sofrimento dos mais pobres, mas como nação altiva, nobre, afirmando-se corajosamente no mundo como nação de todos, sem distinção de classe, etnia, sexo e crença (Lula, 2003 *apud* Pimenta de Faria, 2021, p. 298).

Ainda de acordo com Pimenta de Faria (2021, p. 298), alguns dias depois, em Davos (*World Economic Forum*), em consonância com esse discurso, o Presidente Lula afirma que a “construção de uma nova ordem econômica internacional, mais justa e democrática, não é somente um ato de generosidade, mas, também, e principalmente, uma atitude de inteligência política”. Para o pesquisador supramencionado, era possível observar no discurso do Presidente

Lula o objetivo de mobilizar as autoridades internacionais visando inserir suas pautas na agenda internacional. De acordo com esse movimento, é destacado o princípio da “não indiferença”, termo criado pelo então Ministro das Relações Exteriores, Celso Amorim.

Em um primeiro momento, o termo acima mencionado foi utilizado como princípio motivador da liderança brasileira durante a missão da ONU no Haiti, em 2014. Posteriormente, o termo foi utilizado para justificar e legitimar iniciativas de viés humanitário, como o perdão de dívidas e cooperação técnica para o desenvolvimento (PIMENTA DE FARIA, 2021).

A estratégia de uma inserção internacional orientada pela solidariedade, que privilegiava o eixo Sul-Sul, foi produzida, legitimada e reforçada por uma diversidade de fatores, quais sejam: as singularidades da liderança política brasileira, pela competição político-eleitoral e pela necessidade de garantir o desenvolvimento econômico (PIMENTA DE FARIA, 2021, p. 302)

O autor ainda explica que a doutrina explicitada na política externa do governo Lula se materializou através de ações a nível governamental e não-governamental, visando a viabilização da cooperação técnica Sul-Sul, ajuda humanitária, e perdão de dívidas.

Nesse sentido, a Cooperação Técnica para o Desenvolvimento (CTPD), também chamada por diferentes autores de Cooperação Sul-Sul, ou Cooperação Horizontal, entrou em evidência como uma forte ferramenta de política externa. Assim, a cooperação técnica para o desenvolvimento brasileira, de acordo com a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), busca consolidar as relações do Brasil com os outros atores do Sul, fortalecendo parcerias para a realização e apoio de projetos de políticas chave para os países parceiros, incluindo nesse processo entidades nacionais, e impactando positivamente os referidos países (PIMENTA DE FARIA, 2021).

De acordo com consultas realizadas por Pimenta de Faria (2021) a relatórios do Ministério das Relações Exteriores, houve um crescimento considerável no número de projetos de cooperação implementados pela ABC durante o governo Lula. Em 2003, a agência havia iniciado 34 projetos, passando para 96 em 2009, desses, 50% implementados em países africanos, e 39% em países da América do Sul, Central e Caribe, sendo 16,28% na área da saúde.

Cepik e Sousa (2011), em um mapeamento da Cooperação Internacional do Ministério da Saúde brasileiro, contabilizam 150 ações nesse sentido em 2009. Pimenta de Faria (2021) observa a ampliação da divulgação do termo “diplomacia da saúde” naquele período, em virtude desse fato.

Lima (2017) nota na política externa do governo Lula forte inclinação à Cooperação Sul-Sul, o que acaba por fortalecer a envergadura do Cooperação Sul-Sul do PN-DST/AIDS, que vinha se desenhando nos últimos anos do governo Fernando Henrique Cardoso, abrindo novas possibilidades. Seguindo o pensamento da autora, ao analisarmos aquele momento, observamos serem priorizadas as relações Sul-Sul, em especial com países africanos, o que viabilizou o desenvolvimento e ampliação da Cooperação Sul-Sul em saúde (com destaque para atuação do MS nesse processo).

2.3.3 A rede de laços Sul-Sul

A partir do lançamento do PCI, foi possível consolidar relações de aproximação por meio da Cooperação Internacional, em consonância com o desenvolvimento da resposta global à AIDS, mas também com as agendas da ONU para o desenvolvimento. No contexto da “Cúpula do Milênio”, são definidos oito objetivos globais (as chamadas “metas do Milênio”), que deveriam ser alcançados até 2015, incluindo a redução da propagação do HIV/AIDS e a garantia do acesso universal ao tratamento (LIMA, 2017).

Assim sendo, a Cooperação Internacional surge como alternativa para possibilitar que esses objetivos fossem alcançados. No Brasil, é nesse interim que passa a ser observado um crescimento exponencial das parcerias e solicitação de Cooperação Internacional em saúde, mais especificamente em HIV/AIDS. Nesse sentido, o Brasil passa a desenvolver laços de cooperação com países como a Bolívia, Colômbia, El Salvador, Paraguai e República Dominicana, todos sul-americanos, além de Moçambique, Burkina Fasso, Burundi, Namíbia e Quênia.

Sobre a Cooperação Sul-Sul na Política Externa Brasileira, o Chanceler Celso Amorim, em Aviso Ministerial de 2009, apresenta a Cooperação Sul-Sul (CSS) como um marco relevante da política exterior do Brasil, encaixando-a aos princípios de solidariedade e direitos humanos norteadores da diplomacia brasileira. Em específico sobre a CSS brasileira em HIV/AIDS, Amorim destaca a relevância da política de acesso universal (nacional e internacionalmente), afirmando: “reitero a importância do programa de doações de ARV para os países em desenvolvimento para a consecução de objetivos da Política Externa Brasileira” (AMORIM, 2009 *apud* LIMA, 2017).

Nesse sentido, pode ser observada a relevância da Cooperação Internacional, em especial, a Cooperação Sul-Sul, para a viabilização da internacionalização da política brasileira

de resposta à epidemia de HIV/AIDS. Por essa razão, torna-se imprescindível nos aprofundarmos na Cooperação Internacional visando os objetivos estabelecidos para esta pesquisa. Assim sendo, o próximo capítulo buscar desenvolver os aspectos teóricos e conceituais da Cooperação Internacional, em especial, a Cooperação Técnica para o Desenvolvimento e a Cooperação Sul-Sul, bem como sua importância para a execução da estratégia da Política Externa Brasileira no tema específico do combate à epidemia de HIV/AIDS.

3 A COOPERAÇÃO TÉCNICA SUL-SUL BRASILEIRA EM SAÚDE

O terceiro capítulo desenvolve o debate a respeito do conceito de Cooperação Internacional, com foco especial na Cooperação Sul-Sul (CSS) e na Cooperação Técnica para o Desenvolvimento (CTPD). A partir disso, explora-se a estratégia de Cooperação Sul-Sul em Saúde na Política Externa do Brasil no período delimitado pelo marco temporal deste estudo.

Nesse sentido, a primeira sessão do capítulo caracteriza-se por um aporte mais teórico, visando definir o conceito de Cooperação Internacional e as peculiaridades da CSS e da CTPD, bem como a inserção dessa perspectiva de cooperação na estratégia de inserção internacional brasileira. A segunda sessão consiste em uma análise da inserção do tema da saúde na Cooperação Internacional, abordando a definição de saúde global e a relação desse conceito com a Cooperação Técnica para o Desenvolvimento. Em seguida, a relação entre saúde e política externa é analisada pela perspectiva brasileira, buscando entender de que maneira a área da saúde chegou a se tornar um dos temas de maior relevância na atuação internacional do Brasil, através da CTPD.

Por fim, busca-se analisar a Cooperação Internacional no contexto brasileiro, aprofundando na atuação dos atores domésticos, como o Ministério das Relações Exteriores (MRE), a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), o Ministério da Saúde (MS), a Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA), a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS), visando entender como se deu a aproximação e a articulação desses atores, além do funcionamento do processo decisório em Cooperação Internacional no Brasil.

3.1 COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

Conceito central nesse estudo, compreender os processos da Cooperação Internacional é um imperativo para os objetivos aqui propostos. Assim sendo, essa sessão visa desenvolver o debate em torno do mesmo, conferindo atenção especial às perspectivas de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento e Cooperação Sul-Sul, centrais na ação externa brasileira entre 2003 e 2012.

3.1.1 Definindo Cooperação Internacional

Um ponto importante para o desenvolvimento da pesquisa é a delimitação e definição do conceito de Cooperação Internacional. Com isso em mente, Vale (2014) elabora uma definição bastante objetiva sobre o referido termo. Assim, cooperar significaria a ação conjunta entre dois ou mais agentes, com o fim último de atender a objetivos em comum, trazendo resultados para todos aqueles que estão envolvidos no processo. Cooperar internacionalmente, portanto, é definido pelo autor como “ato de mútua ajuda entre dois ou mais Estados-Nação para a finalidade de um objetivo comum, que pode ser das mais diversas espécies: políticos, culturais, estratégicos, humanitários, econômicos” (VALE, 2014, p. 7).

Milner (1997) observa na literatura sobre Cooperação Internacional um consenso em relação à definição do fenômeno, frisando que a definição comum entre os estudiosos da área denota que a cooperação acontece quando os atores ajustam seu comportamento de acordo com as preferências reais ou antecipadas de outros atores, o que se daria a partir de um processo de coordenação de políticas (KEOHANE, 1984 *apud* MILNER, 1997).

Os pontos importantes dessa definição apontados por Milner (1997) indicam que, primeiramente, o comportamento dos atores está orientado por objetivos. E os atores recebem o que a autora chama de “ganhos ou recompensas” oriundos da cooperação:

Cooperation can thus be conceived as a process of exchange. Both involve the pursuit of “want-satisfaction” through behaviour that is contingent on the expected response of another (Blau 1964:6; Heath 1976:2). Cooperation among nations is a specific type of Exchange. It involves the adjustment of states policies in return for, or anticipation of, the adjustment of other states policies so that both end up better off. Exchange here refers to the mutual accommodation of nations policies rather than to the economists focus on goods and services. This conception of cooperation as exchange underlies much of literature on international relations (MILNER, 1997, p. 7-8)³¹.

Ainda sobre o conceito de Cooperação Internacional, Sato (2010) pontua que ele não pode ser interpretado como o oposto de conflito internacional, como comumente é feito. Inclusive, o autor observa que, mesmo no exercício da cooperação, os conflitos são passíveis de existir, porém, em um ambiente de cooperação, os atores estão propensos à argumentação, e às soluções negociadas para os possíveis pontos de conflito. Assim sendo, cooperação

³¹ Tradução própria: A cooperação pode assim ser concebida como um processo de troca. Ambos envolvem a busca por “satisfação do desejo” por meio de um comportamento que depende da resposta esperada do outro (Blau 1964:6; Heath 1976:2). A cooperação entre as nações é um tipo específico de intercâmbio. Envolve o ajuste das políticas dos Estados em troca ou antecipação do ajuste das políticas de outros Estados para que ambos acabem em melhor situação. A troca aqui se refere à acomodação mútua das políticas das nações e não ao foco dos economistas em bens e serviços. Essa concepção de cooperação como troca fundamenta grande parte da literatura de Relações Internacionais.

significaria que os Estados não atuam internacionalmente de maneira isolada. Para Sato (2010), o termo “Cooperação Internacional” estaria, portanto, não em oposição a “conflito internacional”, mas sim ao conceito de “unilateralismo”.

Historicamente, o autor observa que com a expansão industrial e uma verdadeira integração da sociedade através da globalização, passa a crescer entre os países, a prática institucionalizada da Cooperação Internacional. Em seu entendimento, Cooperação Internacional quer dizer que os atores, ao tomarem decisões, consideram o desenvolvimento de padrões comuns e a formulação de programas em prol da solução de problemas, que podem se estender não apenas em uma comunidade, mas entre outros Estados também.

Sato (2010) também pondera que com o fim da Guerra Fria e o avanço da globalização, passam a ser notadas mudanças significativas no âmbito internacional. Entre essas mudanças, observa-se o enfraquecimento do Estado internacionalmente, abrindo espaço para a atuação de outros atores, capazes de exercer grande influência sobre outros. O conceito de interesse nacional passa a estar associado também ao interesse de outros Estados, sendo afetados diretamente também pelas circunstâncias do ambiente externo como um todo.

Dessa forma, o autor considera que o desenvolvimento de uma política de Cooperação Internacional é fundamental para todos os países, uma vez que a globalização representou a integração das questões de ordem política, econômica e social dos Estados com a realidade internacional. Devido a isso, a promoção do bem-estar das sociedades, a estabilidade das instituições e o crescimento econômico dos países estão cada vez mais relacionados ao estabelecimento de uma boa relação entre o Estado e o ambiente exterior.

Sato (2010, p. 51) coloca quatro condições para a institucionalização da Cooperação Internacional: 1) a existência de Estados estáveis; 2) a existência de interação significativa entre os Estados; 3) o surgimento de questões derivadas diretamente dessa interação; 4) a disseminação da percepção de que as questões derivadas da interação demandam arranjos supranacionais específicos.

3.1.2 Cooperação Técnica para o Desenvolvimento e Cooperação Sul-Sul

No que tange à Cooperação Internacional, Almeida *et al.* (2010) observam que ao longo dos anos ocorreram mudanças em relação às condicionalidades e prioridades estratégicas. Através de um ponto de vista histórico, a literatura considera o programa de governo de Truman, presidente dos Estados Unidos em 1948, como o marco zero no sentido de Cooperação

Internacional para o Desenvolvimento. De acordo com o programa, as relações exteriores estadunidenses na década de 1950 se desenvolveriam de maneira bilateral, com ênfase na busca por melhorias estruturais nos países considerados em desenvolvimento (LIMA, 2017).

Nesse sentido, Almeida *et al.* (2010) fazem um retrospecto da Cooperação Internacional, apontando que, entre os anos de 1950 e 1960, esta era tida como uma ferramenta para suprir deficiências relativas ao desenvolvimento. Com os movimentos de descolonização ganhando força no hemisfério sul, o paradigma da modernização passou a ser questionado por pensadores dessa região, abrindo caminho para debates que se iniciavam sobre a Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID).

Mantendo uma abordagem histórica, é importante notar que a CID possuía um caráter de “ajuda” e de “obrigação moral” dos países mais desenvolvidos em relação aos menos desenvolvidos, e passa a consolidar-se após a Segunda Guerra Mundial, sofrendo diversas alterações desde então. Em 1959, o termo “assistência técnica” é substituído por “cooperação técnica” pela Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU) (Resolução Nº 1.383), e em 1961, o Comitê de Assistência para o Desenvolvimento (CAD), da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), define o termo como uma “ajuda oficial para o desenvolvimento”, focada no desenvolvimento econômico (LIMA, 2017). Assim, objetivamente, podemos considerar cooperação técnica como:

Quando uma das partes envolvidas na cooperação, ou mais de uma no caso de cooperação plurilateral, faz transferência de alguma espécie de tecnologia, conhecimento ou know-how de que é titular ou auxílio técnico. A cooperação, nesse sentido, pode ocorrer de forma gratuita, sem qualquer espécie de pagamento ou, ainda, de maneira onerosa (VALE, 2014, p. 10).

Corroborando com o supradito, no mesmo ano, a Resolução Nº 200 da AGNU, define Cooperação Internacional como uma atividade multilateral, visando a promoção de assistência técnica com o objetivo de viabilizar o desenvolvimento econômico. A partir dessa resolução passa a ser regulada a prática da assistência técnica para o desenvolvimento econômico e social (LIMA, 2017).

É possível observar que, inicialmente, a Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID) através de transferências de técnicas e conhecimentos estava atrelada à vontade das grandes potências e à sua disponibilidade em buscar a promoção do desenvolvimento nos países menos desenvolvidos. Essa configuração fortalecia as relações de dependência entre o Norte e o Sul globais, reproduzindo o colonialismo.

A abordagem das Necessidades Humanas Básicas, foi inserida aos debates de Cooperação Internacional a partir dos anos de 1970 (ALMEIDA, CAMPOS, *et al.*, 2010), e é a partir de então que a importância em se promover a emancipação dos países em desenvolvimento passa a ser debatida no âmbito internacional. Em 1978, o termo “Cooperação Sul-Sul” é introduzido ao debate, com o intuito de promover o avanço da Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD), na conferência que desenvolveu o Plano de Ação de Buenos Aires (Paba) (FERREIRA, HOIRISH, *et al.*, 2016).

Em 1990, as questões sociais de direitos humanos e de meio ambiente passaram a integrar a agenda de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento. Na virada do século, ganhava força no meio a abordagem do “desenvolvimento de capacidades”. Nesse período, com o objetivo de fortalecer a abordagem da cooperação entre países em desenvolvimento, a CTPD passa a se caracterizar como uma alternativa para diminuir o impacto da globalização econômica (ALMEIDA, CAMPOS, *et al.*, 2010). Nesse sentido, os autores apontam que

[...] a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento – também chamada de “Cooperação Horizontal” – tornou-se um instrumento importante para a estratégia de Cooperação Sul-Sul e ganhou novos contornos políticos, econômicos e estratégicos. O princípio da “horizontalidade” representou uma alternativa à “verticalidade” – transferências unilaterais de “pacotes prontos” – então conhecida como ajuda internacional Norte-Sul (ALMEIDA, CAMPOS, *et al.*, 2010, p. 26-27).

Júnior, Mariano e Almeida (2015), observam na CID a inexistência de instituições sólidas, regras e embasamento jurídico. Essas questões, atreladas à forte influência dos países do Norte, são fatores que levaram os países do Sul a buscarem um maior protagonismo no cenário internacional, visando alternativas ao modelo de desenvolvimento então proposto.

Durante a Guerra Fria, momento em que as duas superpotências travavam forte embate ideológico, pressionando o chamado terceiro mundo a se alinhar ideologicamente, o termo “Cooperação Sul-Sul” surge da tentativa de os chamados “países não alinhados” encontrarem uma alternativa para o desenvolvimento socioeconômico, abrindo espaço e fortalecendo o debate em torno do anticolonialismo, o não alinhamento e o anti-imperialismo. Assim, a CSS pode ser considerada tanto um projeto político quanto econômico (ABDENNUR e RAMPINI, 2015) (JÚNIOR, MARIANO e ALMEIDA, 2015).

A Conferência de Bandung³² representa o início da aproximação desses países, levando a criação do Movimento dos Não-Alinhados. Esse e outros movimentos no mesmo sentido marcam o início da construção de uma identidade dos países do Sul, que não se enquadrava na vertente ideológica nem dos capitalistas, nem dos socialistas (JÚNIOR, MARIANO e ALMEIDA, 2015).

É importante salientar que, nesse caso, o termo “Sul” não está unicamente se referindo a uma questão geográfica. Júnior, Mariano e Almeida (2015), consideram que o termo faz referência a relação entre países com semelhanças que envolvem questões sociais, políticas, econômicas e históricas, uma vez que esses países compartilham um passado de exploração colonial. Em concordância com isso, o discurso oficial da ONU, passou a considerar que aspectos culturais, sociais e ambientais também estariam englobados ao conceito de Cooperação Sul-Sul (ABDENNUR e RAMPINI, 2015).

Essa identidade, de acordo com os autores mencionados, estaria elencada em seis aspectos:

O primeiro se refere à dimensão relacional, já que a existência de um sul presume a existência de um norte, em relação ao qual o Sul tem uma relação de dependência. O segundo elemento é que essa identidade é constantemente reafirmada mediante a realização de encontros regulares ou formação de coalizões e agrupamentos políticos entre os países do sul [...] O terceiro, é que essa identidade tem na sua matriz a experiência compartilhada do colonialismo e do imperialismo entre os países do sul. O quarto é que essa identidade envolve dilemas em torno da questão da soberania. O quinto são os dilemas do desenvolvimento econômico. Por fim, o sexto aspecto, envolve o fato de a noção de sul servir como uma estratégia de mobilização baseada na crítica ao sistema internacional contemporâneo. Com isso, a noção de sul informa tanto uma crítica à ordem internacional vigente, às desigualdades, à forma como foram desenhados, aos objetivos e prioridades dos regimes internacionais, quanto um ponto de encontro para o ativismo e certa solidariedade entre os países em desenvolvimento (JÚNIOR, MARIANO e ALMEIDA, 2015, p. 16-17).

Pontuam que o argumento da Cooperação Sul-Sul, passa pela defesa de um sistema internacional livre de exclusões, cujo desenvolvimento econômico de determinados países não esteja atrelado a crises e baixa qualidade de vida em outros. Ou seja, configura-se em crítica ao modelo vigente, que, historicamente, tem se disposto de forma desigual, colocando grande parte da população do mundo em situação de vulnerabilidade. Nessa perspectiva, a Cooperação Sul-Sul representaria uma importante ferramenta para que estas questões fossem superadas. Para Silva e Filho (2020), entre os fins almejados pela CID, listam-se: promover diálogos em

³² Conferência realizada em abril de 1955, na cidade de Bandung, Indonésia. Contou com a presença de líderes de 29 países asiáticos, abordou temas como cooperação, autodeterminação, descolonização e paz. Representa o início da aproximação entre os chamados países em desenvolvimento com o objetivo de projetar mecanismos para a cooperação dos países da Ásia e da África (SIMÕES, 2021).

políticas públicas, estabelecer o critério de seletividade, com foco para as políticas econômicas e a promoção de programas de formação. Por essa perspectiva, a ideia de “ajuda internacional” é substituída por ideias de cooperação e parcerias.

A partir dessas constatações, podemos definir a Cooperação Sul-Sul (CSS) como uma CID envolvendo os países do Sul global. Entre os objetivos da CSS, encontram-se a busca por:

Introduzir uma nova visão do desenvolvimento econômico dos países em desenvolvimento (quanto ao papel do Estado, em matéria de alianças entre países do Sul, quanto ao princípio da não intervenção, à defesa da horizontalidade dos programas de cooperação etc.) e garantir uma inserção internacional diferenciada de alguns países do Sul no diálogo com os países desenvolvidos (Chisholm, L.; Steiner-Khamsi, 2009). Boa parte do argumento político que sustenta a CSS se fundamenta no pressuposto de que países em desenvolvimento podem e devem cooperar a fim de resolver os seus próprios problemas políticos, econômicos e sociais com base em identidades compartilhadas (ex-colônias, status econômico, experiência histórica etc.) (MILANI, 2012, p. 224 *apud* SILVA e FILHO, 2020, p.115).

É possível compreender que a CSS é uma das expressões da CTPD, representando possibilidades de trocas horizontais, inserindo esses países no ambiente internacional e promovendo o desenvolvimento em seus aspectos econômicos, sociais, tecnológicos, políticos etc.

Nos anos 2000 há uma crescente diversificação dos atores envolvidos na CSS (atores da sociedade civil, ONGs, empresas e instituições), atrelada ao crescimento econômico vivenciado por esses países, configurando relativa estabilidade econômica, levando os países em desenvolvimento a serem considerados “potências emergentes”. Esse crescimento econômico possibilitou a esses países expandirem suas relações de cooperação, através do fortalecimento de um discurso de “solidariedade, horizontalidade e não intervenção” (ABDENNUR e RAMPINI, 2015, p. 85-86).

No Brasil, nesse período, cabe destaque, de acordo com Silva e Filho (2020), a criação da Agência Brasileira de Cooperação (ABC) que possui como meta a promoção de programas de cooperação técnica em áreas diversas, com foco para projetos que buscam uma elevação do nível de desenvolvimento.

3.1.3 Cooperação Sul-Sul na Política Externa Brasileira

A bibliografia aponta que a Cooperação Sul-Sul historicamente tem espaço na Política Externa Brasileira após o fim da Guerra Fria, em virtude da geopolítica global que se configurava naquele período, e da recém alcançada estabilidade democrática e econômica do

Brasil. Contudo, o destaque é dado especialmente na política externa do governo Lula (2003-2010), que buscou, com essa estratégia, estabelecer a chamada “autonomia diversificada” (ALMEIDA, CAMPOS, *et al.*, 2010).

Lima (2005) aponta como relevante considerarmos a geopolítica brasileira para a compreensão dos interesses nacionais do país e conseqüentemente, para a compreensão da estratégia em política externa. Assim, a autora elenca como características relevantes da geopolítica do Brasil a sua posição no Hemisfério Ocidental, parte do globo predominantemente sob influência dos Estados Unidos; o fato do país estar inserido em um contexto regional de estabilidade e representando uma grande liderança econômica diante dos demais países sul-americanos, de forma que as ameaças externas mais evidentes dizem respeito a “vulnerabilidades econômicas e não de segurança” (LIMA, 2005, p. 28). Assim sendo, a Política Externa Brasileira sempre se enquadrou fortemente como desenvolvimentista.

No início dos anos 1950, quando os esforços em cooperação começam no Brasil, o foco estratégico do país estava na ideia de autonomia internacional, alinhada à independência nacional e ao não alinhamento a nenhuma das ideologias em disputa durante a Guerra Fria. Princípios que, ainda hoje, permanecem como formadores da Política Externa Brasileira e reguladores da Cooperação Sul-Sul (JÚNIOR, MARIANO e ALMEIDA, 2015).

Na década de 1960, a ideia de fortalecer o poder de barganha do país, com a diversificação das parcerias internacionais através da Cooperação Sul-Sul ganha força com a Política Externa Independente dos governos de Jânio Quadros e João Goulart. Nesse período, a ação brasileira em iniciativas internacionais de combate ao subdesenvolvimento foi bastante expressiva, chegando a estabelecer e renovar laços com países africanos, da América Latina e do Oriente Médio. Contudo, o discurso brasileiro esbarrava na aliança mantida com Portugal, e no fato do país não se posicionar contra a recusa de Portugal em conceder a independência à suas colônias (JÚNIOR, MARIANO e ALMEIDA, 2015).

Durante a ditadura militar, a política externa do governo Geisel, chamada de Pragmatismo Responsável (1974), buscava uma aproximação maior com os demais países em desenvolvimento. Nesse período, o país muda seu posicionamento em relação a Portugal e às colônias africanas, reconhecendo a independência de Angola e da República da Guiné-Bissau, estabelecendo, ainda nesse período, relações com Angola e Moçambique. Porém,

[...] embora a Cooperação Sul-Sul tenha um elemento de crítica à ordem internacional vigente, são limitadas as ações de deslegitimação da ordem. O foco principal nesse período é ampliar o espaço de manobra nacional. Contribuir para o processo de

industrialização e para o fortalecimento de normas internacionais associadas ao desenvolvimento (JÚNIOR, MARIANO e ALMEIDA, 2015, p. 28).

Ainda de acordo com os autores, nos anos 1980, a instabilidade interna gerada pela transição para a redemocratização representou um enfraquecimento da Política Externa do Brasil, e das relações Sul-Sul, enfraquecendo também a importância internacional do país. Por outro lado, a redemocratização também significou uma reorientação da política externa, que passou a incorporar a integração regional e parcerias estratégicas com os países vizinhos, abrindo com isso espaço para o ressurgimento dos debates em torno das relações Sul-Sul.

Contudo, nos anos 1990 a CSS volta a ser enfraquecida na PEB. O alinhamento ideológico do governo Collor de Melo com as prescrições neoliberais passou a influenciar as escolhas do país no que se refere à sua inserção internacional, voltando a privilegiar as relações Norte-Sul (JÚNIOR, MARIANO e ALMEIDA, 2015).

Como apresentado anteriormente, a política externa do Brasil, tradicionalmente, era caracterizada por um forte insulamento. Contudo, com a abertura econômica e a adoção do modelo de inserção internacional atrelada a novos regimes econômicos internacionais, a tendência foi de uma maior politização da política externa, atrelada às mudanças geradas pela globalização na agenda e a inclusão de novos temas e novos atores, além da internalização dos acordos internacionais, a manutenção desse insulamento tornou-se cada vez mais inviável (LIMA, 2005). Esse movimento levou “a modernização dos arranjos institucionais existentes, de modo a levar em conta os novos atores e interesses domésticos com orientação internacional” (LIMA, 2005, p. 31).

A Cooperação Internacional, em especial no eixo Sul-Sul, ganha destaque na política externa a partir do século XXI, sendo um tema considerado prioritário na agenda do governo Lula (2003-2010), e tido como fonte impulsionadora a conjuntura política e econômica do final dos anos de 1990 e início dos anos 2000, tanto no cenário nacional quanto no internacional (ALMEIDA, CAMPOS, *et al.*, 2010).

Esse cenário deve-se principalmente à ascensão econômica protagonizada pelos chamados países em desenvolvimento na virada do milênio, o que forneceu embasamento para se promover e consolidar as iniciativas de Cooperação Sul-Sul (JÚNIOR, MARIANO e ALMEIDA, 2015).

Com isso em mente, é importante ressaltar que a Cooperação Sul-Sul na Política Externa Brasileira (PEB) deve ser compreendida levando em consideração a posição de país em desenvolvimento ocupada pelo Brasil no mundo. A CSS, historicamente, tem sido vista pelo

Brasil através de dois eixos: um primeiro que visa fortalecer o poder de barganha e projetar o país internacionalmente, e um segundo que visa reafirmar a identidade brasileira e a identidade coletiva do Sul. Desde a inserção da CSS na PEB, até o final dos anos de 1990, essas visões se alternaram em predominância na Política Externa do Brasil. Contudo, nos anos 2000 é possível notar uma junção desses sentidos, o que culmina em uma forma alternativa de inserção internacional a partir do eixo Sul-Sul (JÚNIOR, MARIANO e ALMEIDA, 2015).

Ainda segundo os autores, é a partir de 2003 que a CSS se consolida como principal estratégia internacional do Brasil, passando a serem concretizadas práticas e objetivos que anteriormente não passavam do nível do discurso, principalmente em decorrência de mudanças na distribuição do poder, do questionamento de consensos liberais e, notadamente, devido a guinada econômica e social vivida pelo país. Nesse contexto, o discurso e a prática da CSS passaram a andar mais próximos.

A nova proposta de inserção internacional efetivada pelo Brasil a partir de 2003 “se diferenciou das anteriores por se basear em uma estratégia de Cooperação Sul-Sul”. A principal diferença em relação aos períodos anteriores reside no fato de que a Cooperação Sul-Sul ganhou maiores condições de operacionalização e se tornou o pano de fundo da ação brasileira nas esferas das relações bilaterais, inclusive com os Estados Unidos, e também no âmbito do regionalismo, assim como em ações específicas do Brasil na área de comércio internacional, defesa, meio ambiente, entre outras (JÚNIOR, MARIANO e ALMEIDA, 2015, p. 38).

Durante o governo Lula, as relações com os países africanos assumem centralidade na agenda internacional, se estruturando no “apoio para suas iniciativas de política externa, [na] internacionalização das empresas nacionais, [nos] mercados para a exportação e [na] cooperação técnica” (JÚNIOR, MARIANO e ALMEIDA, 2015, p. 41). O ex-ministro de Relações Exteriores de Lula, Celso Amorim aponta que os elementos em defesa da Cooperação Sul-Sul não estão apenas em torno de um discurso solidário. Segundo ele, “ninguém é ingênuo de achar que pode fazer política externa só na base da solidariedade (...) ao aprofundarmos o diálogo Sul-Sul, fizemos algo que não estava ocorrendo. Isto até fortaleceu o nosso diálogo com o Norte” (JÚNIOR, MARIANO e ALMEIDA, 2015, p. 41).

O diferencial da Cooperação Sul-Sul, está em seu aspecto horizontal, evidenciado “no intercâmbio de experiências, aprendizagem conjunta, compartilhamento de resultados e responsabilidades com parceiros nacionais e internacionais” (ALMEIDA, CAMPOS, *et al.*, 2010, p. 32).

No que tange a sua estruturação, Júnior, Mariano e Almeida (2015) explicam que a Cooperação Sul-Sul está profundamente atrelada ao discurso, fortalecendo a implementação de

novas práticas a partir do debate sobre ideias, regras, arranjos internacionais e padrões de comportamento, e construindo socialmente o seu significado, como resultado de experiências da interação entre os Estados e demais atores internacionais.

Do ponto de vista brasileiro, a CSS passou a representar um aparato para alavancar a projeção do país na arena internacional. Junior, Mariano e Almeida (2015, p. 14), observam que nos governos do presidente Lula a PEB visava combinar os interesses do país internacionalmente com as necessidades internas de desenvolvimento, fazendo das relações Sul-Sul algo estratégico para esse objetivo, “o Brasil se colocou como ator capaz de contribuir para o desenvolvimento dos países do Sul e como país interessado em influenciar a dinâmica do sistema internacional”.

Partindo do que foi previamente discutido na sessão anterior, dos elementos que embasam o discurso brasileiro é importante destacar os significados das relações Sul-Sul para o Brasil, enraizadas em problemáticas oriundas de um passado colonial compartilhado, esse elemento discursivo é relevante para compreendermos as preferências brasileiras e a identidade que o Brasil buscar reafirmar perante a comunidade internacional (JÚNIOR, MARIANO e ALMEIDA, 2015).

Contudo, para além do elemento discursivo, a estratégia brasileira de Cooperação Sul-Sul objetivava a elevação do poder de influência e a redução das fragilidades externas:

A participação e a construção de mecanismos de diálogo e colaboração buscam criar ou fortalecer laços de solidariedade entre os países. Como consequência há um maior incentivo para aprofundar as relações de interdependência entre as partes. Ao mesmo tempo, esses espaços de interação mais intensa podem criar incentivos sociais que alimentem a cooperação e influenciem os padrões de comportamento dos parceiros [...] Trata-se, portanto, de uma perspectiva de fortalecimento nacional, de suas empresas, de aumento do papel do Brasil no mundo, que busca benefícios gerais para os países em desenvolvimento, mas, também fortalece a sua própria posição, a fim de melhorar sua capacidade de negociação com os países desenvolvidos, qualificar-se como um exportador de capital, tecnologia, serviços, práticas de políticas públicas, além de importante exportador de *commodities* agrícolas e minerais (JÚNIOR, MARIANO e ALMEIDA, 2015, p. 14-15)

A Cooperação Sul-Sul como estratégia de inserção internacional do Brasil, está fundamentada em um discurso que propaga uma ideia de formação do que os estudiosos chamam de “identidade coletiva”. A estratégia brasileira busca fortalecer elementos formadores desta identidade coletiva que possam:

a) promover valores, como o direito ao desenvolvimento com justiça social ou a necessidade de resistir às pressões dos países desenvolvidos; b) resgatar o passado de dificuldades impostas pelo sistema internacional aos Estados menos desenvolvidos e as consequentes limitações para a diminuição da pobreza e melhoria da qualidade de

vida de suas populações; c) influenciar na definição de normas internacionais que indiquem melhores condições para participação dos Estados menos poderosos; d) aumentar a capacidade de negociação e promoção dos interesses dos países do Sul em relação aos do Norte por intermédio de estratégias variadas de cooperação (JÚNIOR, MARIANO e ALMEIDA, 2015, p. 15).

O discurso brasileiro, observam os autores, evidencia uma forte identificação com o Sul. Além disso, os elementos centrais da Política Externa Brasileira, como o princípio da autodeterminação, da não intervenção, o pacifismo e o multilateralismo fortalecem as possibilidades de aproximação com os países em desenvolvimento, ou o chamado Sul Global.

Contudo, com base na bibliografia referida, apesar do discurso, a relação brasileira com o Sul é paradoxal e ambígua, uma vez que o país está inserido nesse conceito/identidade, mas sempre se manteve alinhado em suas ações externas com o Ocidente, especialmente com instituições norte americanas.

É consenso que o desejo de alavancar a influência do Brasil e o reconhecimento internacional do país, sempre estiveram entre os objetivos traçados pela Política Externa Brasileira, através de uma presença ativa em fóruns multilaterais, colocando-se muitas vezes no papel de mediador entre as grandes potências e os países em desenvolvimento (LIMA, 2005).

Lima (2005) menciona uma pesquisa de 2001, feita entre membros da elite diplomática brasileira, que apontava que o desejo de transformar o Brasil em um ator de influência internacional era, de fato, uma unanimidade, justificado pelo que as elites compreendiam como a identidade nacional brasileira: um sentimento de expectativa de liderança de “um território de proporções continentais, com dez vizinhos contíguos, grande população, uma economia diversificada e notável uniformidade cultural e linguística” (SOUZA, 2002, p. 17 *apud* LIMA, 2005, p. 32).

Os modelos de política externa adotados pelo país confirmam esse objetivo, representando meios diversos para se buscar o mesmo fim. Lima (2005) identifica duas estratégias principais na política externa do Brasil a partir do século XX, a de “*band wagoning*”, que colocava os Estados Unidos como centro das relações externas brasileiras, e a de equilíbrio, onde o foco está nas relações regionais, a segunda recebendo maior destaque especialmente a partir do final dos anos 1990 e início dos anos 2000. Nesse período, duas estratégias são observadas entre as elites diplomáticas, a de busca de credibilidade e a autonomista.

A primeira, considera que “o país não possui excedentes de poder” e por essa razão, deve “ajustar seus compromissos internacionais às suas capacidades reais”. A estratégia

autonomista, por outro lado, visa a projeção internacional através de uma postura ativa de desenvolvimento (LIMA, 2005). Como coloca Lima (2005, p. 34),

[...]a inserção ativa deve ser buscada na composição com países que tenham interesses semelhantes e se disponham a resistir às imposições das potências dominantes. A visão autonomista critica a tese da “insuficiência de poder” defendida pela estratégia da credibilidade, e a “postura defensiva” daí decorrente.

A autora entende que o governo Fernando Henrique Cardoso se aproximou da estratégia de credibilidade, associada a uma visão de mundo que compreende o predomínio estadunidense, enquanto o governo Lula da Silva ao se aproximar mais da estratégia autonomista, estimulou o investimento nas potências emergentes por meio de uma estratégia anti-hegemônica. Assim sendo, a política externa no governo Lula se difere da política adotada no governo anterior por combinar uma política macroeconômica ortodoxa com uma política externa heterodoxa e autonomista, com forte viés de cooperação regional e com outras potências médias.

Assim sendo, fica clara uma mudança na condução da Política Externa Brasileira a partir do governo Luís Inácio Lula da Silva, em 2003. Schor e Onuki (2015) afirmam que apesar de não existir um consenso entre os pesquisadores do tema sobre o quão grande foi essa mudança, é consenso que nesse período a Cooperação Sul-Sul passou a ser tratada como uma prioridade na agenda.

Os autores supracitados trazem como exemplo da relevância das relações com os países em desenvolvimento naquele período, o Fórum Índia-Brasil-África do Sul (Ibas), assinado em 2003, e considerado um marco para a Cooperação Sul-Sul, englobando temas como “democracia, redução da pobreza, políticas públicas de educação e ciência, cooperação tecnológica e, também, de comércio e investimentos” (SCHOR e ONUKI, 2015, p. 113-114).

3.2 SAÚDE E COOPERAÇÃO

Considerando o exposto até aqui, é possível constatar que a partir da inserção de temas sociais na agenda da política internacional, fato que é intensificado pela globalização, a Cooperação Técnica para o Desenvolvimento passou a ter lugar de maior destaque nas relações internacionais. Entre esses temas, a saúde se destaca como um dos mais relevantes, tanto internacionalmente, em especial pelo contexto da saúde global naquele período, quanto na agenda da PEB, uma vez que políticas públicas na área, que haviam sido bem-sucedidas internamente, passaram a ser vistas como potenciais ferramentas de inserção internacional do

país, através da Cooperação Internacional. Nessa sessão, buscaremos compreender a relação entre Saúde Global, política externa e Cooperação Internacional, com o objetivo de analisar de que forma o Brasil se articulou para transformar essas ferramentas em capital político internacional.

3.2.1 Saúde Global e Cooperação Internacional para o Desenvolvimento

Fedatto (2015, p. 61) considera que as questões de saúde representam desafios significativos tanto para a política doméstica quanto para a internacional. De acordo com a autora, “assegura-se que a saúde é um tema que desafia as distinções entre a política doméstica e a internacional, bem como entre os problemas internos e externos e, também entre as preocupações relativas à soberania dos Estados e sua inserção internacional”.

Historicamente, observa-se que as grandes questões de saúde global ocorreram a partir do contato entre populações oriundas de partes distintas do globo. Como no caso da peste bubônica (peste negra), que teve foco inicialmente na China e na Birmânia e chegou à Europa, a partir do Mediterrâneo, matando entre 25% e 50% da população do continente. Ou a cólera, epidemia que se deflagrou a partir do aumento do contato entre os povos da Europa e do Oriente, sendo também um período no qual as relações entre o continente Europeu e as Américas foram intensificadas pelos novos meios de transporte, tanto marítimos como terrestres (FEDATTO, 2015).

É em 1851 que ocorre a Primeira Conferência Sanitária Internacional, em Paris, evento que marca o início do debate sobre saúde pública e combate a epidemias entre as potências daquele período, o que insere a saúde como um tema nas Relações Internacionais. Assim, a saúde foi institucionalizada nas Relações Internacionais em 1902 na 2ª Conferência Internacional da Organização dos Estados Americanos (OEA), implantando a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), que buscava a equidade na saúde, o combate a doenças e a melhoria da qualidade de vida nas Américas (FEDATTO, 2015).

Seguindo essa linha histórica, Fedatto (2015) aponta que é apenas em 1922, com o final da Primeira Guerra Mundial que é criado o Comitê de Saúde da Liga das Nações, marcando o início de uma conscientização internacional do cuidado coletivo em relação à saúde no sentido da prevenção e controle de doenças. Já após a Segunda Guerra Mundial é convocada a Conferência Internacional de Saúde, marcando a estruturação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que passa a existir a partir de 1948. No mesmo ano, o Regulamento Sanitário

Internacional é lançado como um apanhado de instruções e regras que orientavam para o controle de doenças infectocontagiosas. Esses marcos representam “os primeiros processos, regras e instituições para a governança global em saúde” (ALMEIDA, CAMPOS, *et al.*, 2010, p. 27).

O objetivo da OMS é estabelecer planos e diretrizes de saúde para o mundo, incluindo prevenção, proteção e tratamento de doenças, acesso global à assistência médica, atendimento de emergência a epidemias e priorização das iniciativas de saúde no mundo todo (FEDATTO, 2015, p. 62).

Contudo, de acordo com Fedatto (2015, p. 60), a área da saúde por muito tempo foi vista através de uma lente positivista, aonde a atenção estava voltada para questões individuais, diagnósticos e o bem-estar físico, mesmo que, na prática, para além dessas questões, doenças representam ameaça “à ordem e a estrutura social”.

A grande virada nesse cenário, levando ao desenvolvimento das questões de saúde na área das Relações Internacionais foi, sem dúvidas, a epidemia de HIV/AIDS, ao representar o maior problema de saúde pública até aquele período. A epidemia significou um desafio muito grande para a saúde global, mobilizando a comunidade internacional e impulsionando esforços conjuntos para o enfrentamento da doença, que afeta a todos os países e, com base em dados da Organização Mundial da Saúde (2012), era a principal causa de mortes no continente africano (FEDATTO, 2015). Porém, a autora destaca que as limitações dos países mais pobres, dificultaram a formulação e a implementação de políticas públicas de saúde que fossem efetivas para o combate à epidemia. A escassez na oferta de assistência à saúde, de profissionais qualificados na área e de tecnologias básicas em saúde são alguns desses problemas. Além disso, e de “uma globalização econômica extremamente desigual”, o rápido avanço da epidemia de HIV/AIDS, atrelado a outras doenças epidêmicas fatais, representaram uma sobrecarga significativa nos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento (ALMEIDA, CAMPOS, *et al.*, 2010, p. 27).

Através da literatura consultada, observamos que o termo “saúde global” vai ganhando destaque nos debates em Relações Internacionais. Atualmente, com o avanço da globalização e o aumento significativo do fluxo populacional, devido principalmente ao grande desenvolvimento do sistema de transporte, falar em saúde global tornou-se imprescindível. Apesar disso, ainda não há um consenso a respeito do tema.

Sobre saúde global, Fedatto (2015) faz uso de uma abordagem que se baseia no nível de análise do sistema internacional, compreendendo o termo como “aqueles temas de saúde que

transcendem fronteiras nacionais e governos e rogam por ações das forças globais que determinam a saúde das pessoas” (KICKBUSH, 2006 *apud* FEDATTO, 2015, p. 62). A autora entende que o que ocorre no cenário político internacional pode influenciar o acesso das populações à saúde.

De acordo com Davies (2010) podemos olhar para a saúde nas Relações Internacionais através de uma ótica estadista ou globalista. A primeira está direcionada para o papel desempenhado pelo Estado e para as políticas nacionais e internacionais de saúde. A ótica globalista, por outro lado, olha para a saúde como um direito humano, buscando entender como os grandes atores globais e a estrutura global pode impactar o acesso do indivíduo a saúde.

Observamos que apesar dos avanços tecnológicos das últimas décadas, especialmente as populações dos países mais pobres e em desenvolvimento não tiveram acesso a esses mesmos avanços. Fedatto (2015, p. 64) entende que “a forma como estão organizadas as periferias dos países e as periferias do mundo são catalizadores para a transmissão em massa de epidemias, criando eternos espaços marginalizados, estigmatizados e, principalmente, vulneráveis a toda forma de racismo institucional”. Almeida *et al.* (2010, p. 25) entendem que as lacunas responsáveis pelo atraso ao acesso a essas tecnologias nos países menos desenvolvidos se devem a fatores tanto de ordem interna quanto de ordem externa à saúde, “o que resulta em enormes iniquidades dentro de um mesmo país e entre países”. De acordo com os autores, esse problema se intensifica devido à crescente interdependência e desigualdades entre os Estados.

Essas desigualdades, constroem o que Santana (2011) chama de abismo entre os países mais ricos e os países mais pobres, especialmente no que se refere ao acesso a saúde. Apoiado nesta constatação, o autor pontua que o Hemisfério Sul concentra a maior parte dos países pobres do mundo, refletindo nesta região grande parte dos danos do abismo referido.

Nesse mesmo cenário, problemas relacionados a saúde passam a se projetar com maior frequência para além das fronteiras dos Estados, evidenciando a necessidade latente de uma busca por soluções síncronas e a importância do assunto nas agendas de política externa (FEDATTO, 2015).

Diante disso, a partir dos anos 2000

[...] várias iniciativas internacionais começaram a sinalizar uma nova atitude global de luta contra o estado crítico da saúde das populações: os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM, 2000), com 3 dos 8 objetivos voltados para problemas de saúde (*MILLENIUM DEVELOPMENT GOAL REPORT*, 2009); as Iniciativas Globais em Saúde (*Global Health Initiatives – GHIA*), existente desde o início dos anos 2000; a Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (2005-2008); a

Declaração de Oslo (2007); e a celebração mundial, em 2008, dos 30 anos de realização da Conferência de Alma-Ata (ALMEIDA, CAMPOS, *et al.*, 2010, p. 28).

Almeida *et al.* (2010) consideram que apesar dos esforços supracitados, da diversificação dos atores e dos recursos, os avanços referentes ao acesso à saúde garantido a todas as populações pouco avançaram. Essa percepção levantou o questionamento sobre a efetividade das ajudas internacionais no âmbito da saúde, especialmente no eixo Norte-Sul, uma vez que essas ajudas se estruturavam verticalmente, representando, na prática, pouco impacto nos sistemas de saúde e entregando poucos resultados. Nesse cenário, a Cooperação Sul-Sul se apresenta como uma alternativa que “compreende não apenas uma ajuda unidirecional, mas a construção de parcerias, intercâmbio de experiências, aprendizado conjunto e compartilhamento de resultados e responsabilidades” (FEDATTO, 2015, p. 65).

Santana (2011) observa que a combinação entre problemas e interesses comuns visando o enfrentamento de dificuldades similares, especialmente quando vinculadas a um passado comum de exploração colonial, abriu o cenário para a cooperação entre países. “Nessa perspectiva, o significado e a prática da cooperação para o desenvolvimento passariam a modular-se mais pelas relações de identidade entre os países do Sul, do que pelas relações de dependência dos países ricos do Norte” (SANTANA, 2011, p. 2995).

Mantendo essa linha, a Cooperação Estruturante em Saúde desenvolvida pelo Brasil, objetiva a “construção de capacidades para o desenvolvimento”, garantindo formação humana, o desenvolvimento das organizações e o fortalecimento institucional. Esse tipo de cooperação ativa “rompe com a tradicional transferência passiva de conhecimentos e tecnologias”, abordagem que “propõe explorar as capacidades e recursos endógenos existentes em cada país”. É a partir dessa perspectiva que o Brasil, a partir do primeiro governo do presidente Lula, busca redefinir a sua cooperação (ALMEIDA, CAMPOS, *et al.*, 2010, p. 28).

3.2.2 A Saúde na Política Externa Brasileira

No Brasil, a relação entre saúde e política externa é antiga. No final do século XIX, o país já está envolvido nas conferências sanitárias internacionais latino-americanas, precursoras da Organização Pan-Americana de Saúde. Com o objetivo de auxiliar na formulação de políticas de controle sanitário no contexto da epidemia de febre amarela na região, a primeira conferência ocorre em 1876, a partir de uma iniciativa da Argentina e do Uruguai. A segunda conferência acontece em 1887, devido a medida brasileira de fechar os portos do país para

navios vindos da Argentina, em virtude da epidemia de cólera, ação que muito afetou a economia do país vizinho. Assim sendo, o objetivo da conferência era a criação de uma legislação para a fiscalização sanitária nos portos (LOBATO, 2021).

A partir dos debates gerados pela adoção de um conjunto de regras comuns a esses países no que tange as questões sanitárias, em 1902 é criada a Oficina Sanitária Internacional, que abriu caminhos para a formação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e que estabeleceu procedimentos de notificação de doenças e o compartilhamento de informações a esse respeito entre esses Estados. Além disso, ficou estabelecido que seriam organizadas conferências sanitárias panamericanas de maneira periódica (LOBATO, 2021).

Seguindo esse desenvolvimento histórico, Lobato (2021) observa que a participação brasileira nos fóruns internacionais sobre saúde pública nas décadas de 1930 e 1940, foi de relevância notável, como ele mesmo coloca:

As ações de combate à febre amarela, o incentivo à vacinação contra a varíola e o fato de ter sido pioneiro no ensino da área da saúde mental e na constituição de uma sociedade voltada à área foram celebrados na OPAS. O Estado Novo, sobretudo a partir da criação do Ministério da Educação e Saúde, em 1930, passa a ampliar a atenção dada à imagem pública relacionada às políticas sociais, sobretudo à saúde, desenvolvendo amplo mecanismo de divulgação dessas conquistas, destacadas na Exposição Pan-Americana de Higiene (LOBATO, 2021, p. 40-41).

Destaca ainda que a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) lança um novo momento para a saúde pública global. Nas Américas, a OPAS passa a integrar a OMS, como uma agência especializada em saúde. A cooperação técnica entre os países passou a ser estimulada, sendo lançados acordos de cooperação através da Fundação Oswaldo Cruz, e da Repartição Sanitária Pan-Americana. Nas décadas de 1960 e 1970, os esforços da OPAS e da OMS no Brasil centraram-se nas campanhas de vacinação como meio de erradicação de doenças, colaborando na produção das vacinas e no controle dos equipamentos. No mesmo período, o ensino na área da saúde ganhou relevância na política externa de saúde do Brasil, através do ensino da “Medicina Preventiva”, que representava uma abordagem médico-social da saúde (LOBATO, 2021).

Podemos considerar que inserção da saúde na agenda de política externa do Brasil é consolidada em 1964, quando é criada, no Ministério da Saúde, a Comissão de Assuntos Internacionais. Ao mesmo tempo, a relevância do tema da Cooperação Técnica para o Desenvolvimento, passa a influenciar as políticas de cooperação do país, que passa a buscar cada vez mais por uma abordagem horizontalizada. E em 1993, é lançada a Assessoria de Assuntos Especiais de Saúde e a Assessoria de Assuntos internacionais de Saúde (AISA), como

um mecanismo de interação e diálogo entre o Ministério da Saúde e o Ministério das Relações Exteriores, o que demonstra “um processo de institucionalização da saúde na agenda da política externa brasileira, em resposta aos desafios da globalização” (LOBATO, 2021, p. 44).

A epidemia de AIDS intensificou esse processo, uma vez que a resposta brasileira à essa questão foi considerada pela OMS como modelo de política pública, as ações internacionais do Brasil em torno do Programa Nacional DST/AIDS, ganharam cada vez mais importância na Política Externa Brasileira (PEB). As experiências brasileiras com bancos de leite humano, também tiveram grande envergadura no sentido de potencializar a importância brasileira nos debates em saúde global. A Cooperação Internacional do país nesta área auxiliou na implementação de bancos de leite humano em 19 países (LOBATO, 2021).

Apesar do envolvimento da saúde nos temas da política externa do Brasil ser algo antigo, demorou para que o tema efetivamente se inserisse na agenda do Itamaraty. A aproximação entre a política externa e a saúde é recente e evoluiu de forma progressiva entre a década de 1990 e a primeira década dos anos 2000. De acordo com Santana (2011), entre as razões, estão questões internas como a criação do Sistema Único de Saúde, na Constituição de 1988 e o fortalecimento do Ministério da Saúde, e questões externas, como a introdução de temas sociais nas discussões de Relações Internacionais.

Silva Lima (2017) pontua que, apesar da histórica relação entre saúde e política externa no Brasil, é apenas a partir de meados nos anos 2000 que a saúde se evidencia como um tema predominante na agenda internacional do país, culminando em uma proximidade nunca antes observada, entre Ministério da Saúde e MRE. Lobato (2021, p. 56) analisa que o Brasil passa a atuar externamente de forma mais proativa, encontrando “na área da saúde um campo profícuo de atuação, que passa a ocupar papel cada vez mais central na estratégia internacional brasileira”. A esse respeito Silva Lima coloca que

[...] através da parceria entre Ministério da Saúde e o Ministério das Relações Exteriores [o Brasil] também vem assumindo a liderança, em coordenação com outros países do Norte e do Sul, nos esforços de construir relações mais consistentes entre saúde e política externa. Nesse contexto, vem atuando de forma marcante e propositiva nos foros internacionais específicos da área, como na Organização Mundial da Saúde e na Assembleia Mundial da Saúde (SILVA LIMA, 2017, p. 2216).

Se antes o olhar sobre a saúde partia de uma visão meramente econômica, isso começa a mudar a partir dos governos do presidente Lula (2002-2010). Para Lobato (2021), esse período representou uma virada na PEB, intensificando as relações com o Sul e focando esforços na

Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, e diversificando os parceiros internacionais do país, em busca de uma maior autonomia no cenário internacional.

Com o objetivo de aumento da capacidade internacional, o Brasil fortalece a política externa, passando a diversificar as parcerias, mediar as relações entre países e fortalecer a defesa de temas sociais no âmbito global. Assim, a PEB volta seus esforços à intensificação da integração sul-americana, ao aumento das relações com os países africanos, ao aprofundamento do intercâmbio econômico, tecnológico, financeiro e cultural e a um adensamento da influência brasileira nas negociações bilaterais e multilaterais (LOBATO, 2021, p. 61).

O pronunciamento do presidente Lula na abertura do Congresso Mundial de Saúde Pública (2006), marca a nova posição brasileira em relação a saúde e política externa, afirmando a relevância do tema para as relações internacionais e a “interdependência entre política nacional e Cooperação Internacional” (SANTANA, 2011, p. 2997). Em 2007, a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), em publicações lançadas a respeito de cooperação em áreas técnicas específicas, afirma que a parceria de sucesso entre Ministério da Saúde e Ministério das Relações Exteriores, é uma das bases da projeção do país como “um dos principais difusores da Cooperação Técnica em Saúde no mundo em desenvolvimento” (SANTANA, 2011, p. 2997).

Dessa forma, naquele período, o Brasil notadamente passa a utilizar de novos mecanismos para se inserir internacionalmente, e, de acordo com Lobato (2021), através do uso frequente de ferramentas de *soft power*, principalmente através da Cooperação Internacional, que passa a se consolidar como um dos principais instrumentos da Política Externa Brasileira. Assim sendo, a saúde toma lugar como uma área de atenção privilegiada, confirmada através do

[...] fortalecimento político e econômico do Ministério da Saúde, pelo caráter e pelas práticas universalistas do SUS e pelos êxitos internos obtidos nas questões sanitárias através da estruturação do Sistema Único de Saúde. A estratégia brasileira se dá em cinco eixos [...]: 1) foco em projetos de Cooperação Sul-Sul; 2) estabelecimento de redes internacionais de saúde; 3) fornecimento de insumos de saúde à países e organizações internacionais; 4) aprofundamento dos processos de integração regional; 5) protagonismo nos fóruns multilaterais de saúde (LOBATO, 2021, p. 61-62).

Avelhan (2017) sugere que esses fatores, somados a conjuntura internacional do início dos anos 2000, fizeram com que o Brasil passasse a atuar no sistema internacional de maneira propositiva, como um ator de alto nível. A cooperação como estratégia de inserção internacional, apesar do discurso solidário, defende a “autonomia política e a inserção soberana” e sustenta interesses próprios, alavancando os ganhos do país no que se refere a

poder, influência e relevância internacional. Nesse sentido, a saúde passa a ser elemento central da política externa brasileira, como um forte mecanismo de *soft power* (LOBATO, 2021, p. 62).

Além disso, Buss e Ferreira (2011) pontuam a atuação contundente do Brasil em vários organismos multilaterais na área da saúde, como “a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). Na OMS, ocupou uma das 34 cadeiras do Comitê Executivo no triênio 2004-2007, sendo reeleito para o triênio 2008-2011” (BUSS e FERREIRA, 2011, p. 254).

Ainda nessa temática, Lobato (2021) aponta que a “diplomacia da saúde” fortalecia a integração do país, e os êxitos obtidos internamente, através das políticas públicas de saúde, respaldavam a influência e a liderança brasileira nesse tema, que passou a contar com o apoio da opinião pública, potencializando o poder de ação do Brasil. Nas palavras de Lobato (2021, p. 62), esses fatores proporcionaram “o aumento do poder de coalizão do país em âmbitos regional e global”.

O sistema de saúde brasileiro tem desenvolvido estratégias bastante eficazes e oportunas para o enfrentamento de situações socio-sanitárias como as encontradas em muitos dos países em desenvolvimento que demandam apoios na área da saúde. Entre as principais experiências colocadas à disposição de países parceiros estão os Programas de Saúde da Família, de Imunizações e de AIDS, a Rede de Bancos de Leite Humano e as Redes de Escolas de Saúde Pública, Escolas Técnicas e Institutos Nacionais de Saúde (BUSS e FERREIRA, 2011, p. 255).

A partir do exposto, nota-se que o Brasil se utiliza de seu êxito interno a partir dos programas de saúde como ferramentas de *soft power*, através do que Gayard (2019) chama de “instrumentalização da saúde no ambiente externo”, configurando o que a autora chama de “diplomacia de nicho”. Na interpretação de Gayard (2019), esse tipo de diplomacia permite que países menos influentes, façam uso de sua expertise em áreas específicas, nas quais são reconhecidamente bem-sucedidos, passando, através disso a participar de forma mais propositiva no sistema internacional, elevando seu status e assumindo papéis de liderança. Essa estratégia aplicada a saúde no caso brasileiro, foi fundamental, de acordo com a autora, para que o Brasil alcançasse a relevância de um ator de alto nível no âmbito internacional.

3.2.3 Cooperação Brasileira em Saúde

Sobre a Cooperação Sul-Sul e a cooperação em saúde do Brasil, Milani e Duarte (2015) interpretam que a CSS brasileira está alinhada à Cooperação Internacional para o Desenvolvimento. O argumento baseia-se no fato da cooperação tradicional, majoritariamente

composta por modelos de cooperação neocoloniais Norte-Sul, ter se mostrado pouco eficiente para a solução dos problemas mais urgentes referentes ao desenvolvimento econômico, humano e social das populações mais vulneráveis do globo.

Alinhado a isso, em 2010 o relatório do IPEA e da ABC sobre a Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional, definia cooperação como

[...] a totalidade de recursos investidos pelo Governo Federal brasileiro, totalmente a fundo perdido, no governo de outros países, em nacionais de outros países no 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 grupos ou populações de outros países para a melhoria de suas condições socioeconômicas (IPEA/ABC, 2010, p. 17).

Como debatido anteriormente, o Brasil faz uso da CSS, como um instrumento de política externa, o que justifica o discurso brasileiro para a Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, ao criar sua própria definição de Cooperação Internacional, posicionando-se politicamente e simbolicamente em oposição a definição da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que define cooperação de maneira alinhada a ótica Norte-Sul. Esse posicionamento constrói para o Brasil uma imagem alinhada ao Sul, e busca gerar capital político para a atuação internacional do país, tanto no âmbito bilateral, quanto multilateral. Nesse enquadramento, o discurso brasileiro substitui termos como “ajuda” e “doador” por “cooperação” e “parceiros”. Esse discurso concede aos países em cooperação com o Brasil agência e evidencia o caráter horizontal da cooperação brasileira (MILANI e DUARTE, 2015).

De acordo com a ABC (2007), a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento passa a assumir um papel estratégico na política externa do Brasil a partir do século XXI. Como foi abordado na sessão anterior, a saúde está presente na Cooperação Internacional do Brasil, de forma mais contundente, especialmente após a implementação do Sistema Único de Saúde (BUSS, 2018), esse fenômeno deve-se, principalmente, à visibilidade internacional gerada pela inserção da saúde como um direito “universal, integral e com equidade” na Constituição de 1988, e aos resultados efetivos dessa política, mesmo com os poucos recursos do país, gerando reconhecimento e transformando o modelo de saúde pública do Brasil em uma atração internacional (BUSS, FERREIRA e HOIRISH, 2011).

Entre os princípios norteadores do Estado Constitucional Democrático brasileiro, definidos a partir da “Constituição Cidadã” promulgada em 1988, encontra-se o fundamento para a Cooperação Sul-Sul em saúde: no plano interno, o art. 3º, inciso I, da Constituição Federal (CF), objetiva alcançar o ideal de uma sociedade livre, justa e solidária. E no plano externo, o art. 4º, incisos II, V, VI e IX, da CF, políticas que

privilegiem a prevalência dos direitos humanos, a igualdade entre os Estados, a defesa da paz, enfim, a cooperação entre os povos para um desenvolvimento mundial [...] o direito a saúde, reconhecido no artigo 6º como um direito humano fundamental, representa um marco singular na redefinição das prioridades da política do Estado na área de saúde pública. Esse reconhecimento impõe ao Brasil o dever de desenvolver ações e serviços de saúde de acordo com o estabelecido no Capítulo II, Seção II, artigos 196 a 200 da Carta Magna, bem como nas demais normas infraconstitucionais (SANTOS e CERQUEIRA, 2016, p. 33).

Santos e Cerqueira (2016) consideram que a Cooperação Sul-Sul em saúde passa a ser uma das principais vertentes da política externa no Brasil, e se estruturava a partir dos princípios norteadores da saúde pública no país: a universalidade do direito ao acesso e o dever do Estado em promovê-lo, a igualdade no atendimento, a integralidade dos serviços ofertados, serviços de saúde pública de cobertura universal, participação da sociedade civil e a gratuidade dos serviços prestados. Somados a isso, a base da cooperação brasileira: cooperação entre os povos para o progresso humano, respeito à soberania estatal, à independência econômica, à igualdade de direitos e ao princípio da não intervenção em assuntos internos; o caráter horizontal da cooperação, o respeito cultural e a busca por ações sustentáveis (SANTOS e CERQUEIRA, 2016).

Nas primeiras décadas do século XXI, a saúde é identificada como um tema consolidado na agenda de Cooperação Sul-Sul, principalmente em função de uma aproximação inédita entre Ministério da Saúde e Ministério das Relações Exteriores. Nesse sentido, o país passa a assumir uma liderança global no tema, investindo esforços em consolidar essa relação (ALMEIDA, CAMPOS, *et al.*, 2010). Observamos nestes anos uma participação ativa da saúde nos processos de política internacional e integração dos quais o país faz parte.

Em 2007, a iniciativa da Saúde Global e Política Externa, da qual o Brasil é signatário, enfatizou que saúde é uma das mais importantes questões de longo prazo na política externa do nosso tempo, e declarou a necessidade urgente de ampliar os horizontes da política externa e criar novos paradigmas de cooperação, destacando as conexões entre política externa e saúde (ALMEIDA, CAMPOS, *et al.*, 2010, p. 26).

Dessa forma, a Cooperação Internacional do Brasil na área da saúde passa a concentrar seus esforços no fortalecimento dos sistemas de saúde dos países parceiros, potencializando capacidades, contribuindo na geração de conhecimento, promovendo diálogos, viabilizando estrutura e através de ações concretas para o desenvolvimento da saúde. Dessa forma, a CSS brasileira em saúde passa a ser caracterizada como “estruturante”, ao mesmo tempo em que transforma significativamente o papel do Brasil como ator internacional, potencializando o poder do país como uma referência no tema (ALMEIDA, CAMPOS, *et al.*, 2010).

Ainda dentro desse recorte temporal, a cooperação brasileira concedeu protagonismo ao país nas reformas de saúde. Assim, a FIOCRUZ propõe o conceito de “cooperação estruturante em saúde”, essa abordagem auxiliava os países em desenvolvimento na evolução de suas capacidades, na aquisição de conhecimento e na garantia de autonomia (SANTOS e CERQUEIRA, 2016). Os autores consideram que nesse momento, as iniciativas brasileiras estavam voltadas para a construção e o empoderamento de instituições estruturantes em saúde, como ministérios e escolas de saúde pública, institutos nacionais de saúde, laboratórios nacionais, autoridades reguladoras, entre outras. Na figura abaixo, o conceito de Cooperação Estruturante em Saúde é esquematizado.

Figura 10: O conceito de Cooperação Estruturante em Saúde



Fonte: Almeida *et al.* 2010, p. 29 *apud* Santos e Cerqueira, 2016, p. 36

Esse aspecto estruturante é afirmado no Plano Nacional de Saúde (PNS 2012-2015), que caracteriza a ação internacional do Ministério da Saúde como fundamentada nas diretrizes da PEB, em busca de

[...] promover, articular e orientar a interlocução do governo com outros países e com organismos multilaterais, assim como em foros internacionais de interesse para o setor. Estimula também a adoção de mecanismos de integração regional e sub-regional, além de desenvolver a articulação da colaboração de peritos e de missões internacionais, multilaterais e bilaterais, atendendo às diretrizes da política nacional de saúde (BRASIL, 2011, p. 54).

Essa afirmação é mais contundente na Diretriz 14, que lista entre os objetivos do referido PNS a “promoção internacional dos interesses brasileiros no campo da saúde, bem como o compartilhamento das experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira” (BRASIL, 2011, p. 98).

Em 2005, a OPAS/OMS firma com o Brasil o Termo de Cooperação nº 41 (TC-41) – Programa de Saúde Internacional (PSI) -, documento que visava o desenvolvimento de um Programa de Cooperação Internacional (MAZZAROPPI, 2016). Ao apoiar o Programa de Cooperação Internacional em Saúde do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz, o TC-41 resumia-se em um compromisso entre a OPAS/OMS e o Brasil para o fortalecimento do programa brasileiro através do intercâmbio de experiências, conhecimento e tecnologias entre o Brasil e os países membros, com foco para os países da América do Sul (UNASUL) e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) (OPAS e OMS, 2015).

Os planos de trabalho do Termo de Cooperação Nº 41 são divididos em três linhas. A primeira, foca no fortalecimento da capacidade nacional para Cooperação Sul-Sul e, nesse sentido, entre as atividades estão o apoio ao Centro de Relações Internacionais em Saúde da FIOCRUZ, o Núcleo de Estudos em Bioética e Diplomacia em Saúde, o Mestrado Saúde Global e Diplomacia da Saúde, e o apoio ao escritório da FIOCRUZ na África. A segunda via das ações possuía foco na mobilização de redes colaborativas nacionais para a Cooperação Sul-Sul, e por fim, a terceira via possuía foco no apoio a projetos de Cooperação Sul-Sul na área de desenvolvimento de recursos humanos em saúde (OPAS e OMS, 2015).

Com planos de cooperação estrategicamente voltados para os países do Sul, o Brasil lança um modelo de cooperação em saúde para os países da Comunidade dos Países de Língua Oficial Portuguesa (CLPL), baseado no Plano Estratégico de Cooperação em Saúde – PECS. Esse modelo é estruturado a partir da colaboração das autoridades da saúde dos países da CLPL (Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor Leste), e contando com o suporte de entidades locais estratégicas para “identificar interesses e necessidades a partir da mobilização de autoridades nacionais e outros atores”, e contando com financiamento vindos dos próprios governos, além de agências nacionais e internacionais (ALMEIDA, CAMPOS, *et al.*, 2010, p. 29).

Almeida *et al.* (2010, p. 32) apontam que, durante o período em estudo, a cooperação estruturante em saúde do Brasil se caracterizava como um braço da estratégia de Cooperação Sul-Sul do país e se fundamentava principalmente em cinco pontos estratégicos:

(a) priorização da Cooperação Horizontal ; (b) foco sobre o desenvolvimento de capacidades em saúde; (c) iniciativas coordenadas no contexto regional; (d) forte envolvimento de ministros da saúde na construção de consensos estratégicos e políticos; e, nacionalmente, (e) estímulo à parceria nacional entre os Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores (ALMEIDA, CAMPOS, *et al.*, 2010, p. 32).

Outra característica da cooperação brasileira é o respeito à soberania estatal, conceito historicamente defendido pela diplomacia brasileira. De acordo com a bibliografia, esse respeito está no fato do Brasil não oferecer cooperação, os acordos firmados pelo país originam-se na solicitação de cooperação do outro país. Além disso, a cooperação brasileira não é condicionada a contrapartidas políticas. O ponto de vista brasileiro considera que assuntos domésticos não devem ser condicionantes, pois feriria a soberania do Estado (MILANI e DUARTE, 2015).

Nesse aspecto, nota-se a cooperação estruturante brasileira em saúde como um instrumento de política externa utilizado pelo país como “parte importante da estratégia de inserção internacional” (BUSS, 2018, p. 1882), um recurso relevante de *soft power*, que converteu o capital político oriundo de políticas públicas bem-sucedidas internamente, em capital político externo, com capacidade de reposicionar o país como um dos atores mais relevantes em saúde global, levando o Brasil de receptor de cooperação (no formato Norte-Sul) à fornecedor de cooperação, principalmente no formato Sul-Sul e triangular (BUSS, 2018). Seguindo esta linha, o autor analisa que

[...] esta “qualidade técnica” – nosso “ativo técnico”, desenvolvido conceitual e metodologicamente no interior do SUS – passou a ser requisitada como objetos de Cooperação Internacional, nas viagens presidenciais – particularmente no governo Lula – e nas visitas de missões de países parceiros ao Brasil; torna-se, assim, importante dimensão da Cooperação Internacional do país (BUSS, 2018, p. 1883).

Esse processo lança o Brasil de forma afirmativa na arena de saúde global, assumindo um papel propositivo e de liderança, Fedatto (2015) cita a indicação da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) como centro colaborador da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), e a atuação constante da Fundação nos Fóruns e organizações internacionais multilaterais de saúde.

Dentro do recorte temporal desse estudo, a saúde passa a representar para o Brasil um ponto de potencial liderança a nível global, como afirma Fedatto (2015, p. 65), “é inegável o crescente protagonismo brasileiro nos debates de área devido a sua posição de caracterizar o acesso a medicamentos essenciais como uma questão de direitos humanos”.

Com o Brasil se consolidando como um ator de relevância em saúde global, Santos e Cerqueira (2016) apontam que entre 2003 e 2008, o número de Atos Internacionais em Saúde

do Brasil aumentaram em 500%, sendo clara a prioridade concedida à países do continente africano e da América do Sul, destacando o HIV/AIDS como um dos principais temas das ações de cooperação em saúde do país.

3.3 ATUAÇÃO DOS ATORES DOMÉSTICOS NA AGENDA DE COOPERAÇÃO

A atuação de atores domésticos na agenda de Cooperação Internacional do Brasil em saúde ocorre, principalmente através de três grandes atores principais. Primeiramente, o ator mais tradicional na Política Externa Brasileira, o Ministério das Relações Exteriores, seguido pelo Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz. A partir desses órgãos as ações se ramificam na estrutura burocrática brasileira, envolvendo novos e diversos atores.

Como debatido anteriormente, a inserção dos temas sociais, como a saúde, na agenda internacional, abriu espaço para a atuação de atores não tradicionais em política externa, principalmente devido a necessidades técnicas de profissionais de áreas específicas referentes a essas questões. Nesse sentido, no Brasil, a Cooperação Internacional para o Desenvolvimento possibilitou a atuação de atores tanto da burocracia doméstica quanto atores não governamentais no cenário internacional. Nesse enquadramento, o Ministério da Saúde, entre os atores da burocracia doméstica, tem sido o mais atuante, como mostra o gráfico abaixo (MILANI e DUARTE, 2015).

Figura 11: Atuação dos Ministérios Brasileiros



Fonte: MILANI e DUARTE, 2015, p. 66

De acordo com Avelhan (2017), internamente, ramificações específicas em cada um desses órgãos atuam mais especificamente no contexto da Cooperação Internacional, e, de certa forma, protagonizam as ações brasileiras nesse setor. No MRE, esse papel é desempenhado pela Agência Brasileira de Cooperação; no Ministério da Saúde, a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA); e, na FIOCRUZ, o Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS).

Cada um desses órgãos desempenha papel de destaque na cooperação do Brasil. A ABC gerencia os projetos de Cooperação Sul-Sul ofertados pelo Brasil, bem como os projetos de cooperação dos quais o país é receptor, e todas as outras configurações da cooperação brasileira (multilateral, triangular etc.), enquanto a AISA e o CRIS gerenciam as relações internacionais de suas instituições de origem (AVELHAN, 2017).

Lobato (2021, p. 48) coloca que é principalmente através da atuação dos organismos supracitados que a chamada “diplomacia da saúde” é exercida na Política Externa Brasileira. Que o autor define, citando Kickbusch, Silbershmidt e Buss (2007, p. 230), como “os processos

de negociação em múltiplos níveis e entre múltiplos atores que moldam e gerenciam o ambiente político da saúde global”.

3.3.1 O Ministério das Relações Exteriores e a Agência Brasileira de Cooperação

Entre os atores mencionados, o Ministério das Relações Exteriores representa a tradição. Tradicionalmente, as relações internacionais do Brasil sempre estiveram a cargo do Itamaraty, uma vez que ele representa “o órgão do Poder Executivo responsável pela condução da política externa e das relações internacionais do Brasil” (MRE, 2017 *apud* AVELHAN, 2017, p. 74).

Entre as características do MRE, talvez a mais marcante fosse o seu insulamento e isolamento das demais estruturas burocráticas do Estado. Porém, como já foi amplamente debatido nesse estudo, a partir da década de 1990, a inserção de temas e demandas sociais na agenda de política externa, passaram a exigir maior interação entre as burocracias estatais, o que minou o isolamento do órgão, uma vez que havia uma necessidade crescente de especializações que faltavam aos diplomatas de carreira (AVELHAN, 2017). Nesse cenário, ministérios que antes estavam focados no desenvolvimento de políticas públicas voltadas exclusivamente para solucionar problemas internos, passaram a elaborar estratégias de diálogo, inserção e atuação internacional (PINHEIRO, 2009).

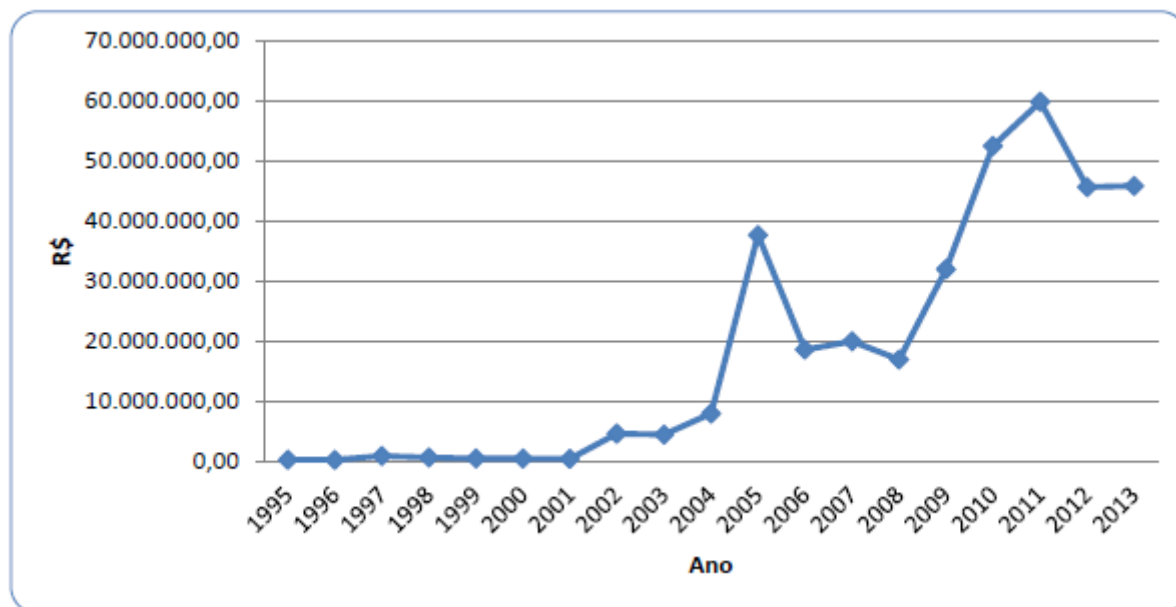
Nesse processo de agregar à PEB uma perspectiva de maior horizontalidade, cresce no Brasil as atividades de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, começando no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e se consolidando a partir do governo Lula (2003-2010), que coloca a Cooperação Sul-Sul como elemento fundamental da PEB (AVELHAN, 2017).

Nesse cenário de fortalecimento da cooperação no Brasil, dentro do MRE, o destaque vai para a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), que faz parte da estrutura burocrática do MRE, sendo a responsável por “negociar, coordenar, implementar e acompanhar os programas e projetos brasileiros de cooperação técnica, executados com base nos acordos firmados pelo Brasil com outros países e organismos internacionais” (ABC, 2016 *apud* AVELHAN, 2017, p. 76). Puente (2010) aponta o papel desempenhado pela ABC desde sua origem, de realizar a articulação entre as instituições nacionais e internacionais para a execução dos programas de cooperação técnica.

Como tem sido observado ao longo desse estudo, é durante o governo Lula, com a prioridade conferida à cooperação por esse governo, que o orçamento da Agência ganha um

aumento considerável. Entre 2001 e 2013, o aumento dos recursos destinados a ABC é bastante expressivo, como mostra o gráfico abaixo.

Figura 12: Evolução do Orçamento da ABC entre 1995 e 2013



Fonte: AVELHAN, 2017, p. 83

Sobre o orçamento da ABC, é importante observar que

[...] a partir do início do século XXI, o orçamento da Agência passa a aumentar significativamente, indo de cerca de 470 mil reais, em 2001, para cerca de 32 milhões em 2007, passando a representar maior porcentagem na divisão dos recursos do MRE e passando a contar com recursos orçamentários próprios. Também se multiplicou o número de parceiros do governo brasileiro, passando de 21 países em 2002, para 98 em 2013, sendo priorizados os países da América Latina e da África (LOBATO, 2021, p. 49).

Para além disso, dentro do recorte temporal estudado, em 2006, são criadas divisões temáticas dentro da ABC, incluindo a divisão de Cooperação em Saúde e Desenvolvimento Social. De acordo com Avelhan (2017, p. 82), esse movimento “pode ser visto como um reflexo do aumento da cooperação ofertada pelo Brasil em áreas importantes, como a saúde”.

De acordo com Fonseca e Buss (2017, p. 228), a ABC tem trabalhado em parceria com países e organismos internacionais baseada no conceito de “parceria para o desenvolvimento”, uma perspectiva de cooperação que orienta para o compartilhamento de esforços e benefícios para o desenvolvimento em diversos setores, alinhada ao Plano de Ação de Buenos Aires (PABA).

3.3.2 O Ministério da Saúde e a Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde

A bibliografia sugere que até o marco do SUS, a atuação do Ministério da Saúde do Brasil na cena internacional é limitada a um caráter meramente reativo. Com a criação do SUS, o ideal que é sua base fundamental respalda um fortalecimento do MS, e inicia uma aproximação com a política internacional. Ao definir saúde como “pública, universal, gratuita, integral, equitativa” e como um direito de todos e dever do Estado, o sistema público de saúde brasileiro começa a se diferenciar e a chamar a atenção do restante do mundo.

Avelhan (2017) observa que passa a ocorrer uma maior aproximação entre a pasta de saúde e de política externa a partir da década de 1990, com evidente destaque para o combate à epidemia de HIV/AIDS e o acesso irrestrito a medicamentos nesse processo. No governo Lula, a Cooperação Sul-Sul em saúde é estrategicamente selecionada como ponto fundamental da política externa do Brasil naquele período, promovendo ainda mais uma aproximação entre as pastas.

Nesse sentido, segundo a ABC (2007), no recorte temporal desse estudo, o Ministério da Saúde do Brasil passou a ser “um dos principais difusores da cooperação técnica em saúde no mundo em desenvolvimento”. É observado, que apesar do envolvimento dos Ministérios da Saúde de diversos países em organizações internacionais de saúde, como a OPAS, a OMS, e em diversos fóruns internacionais a respeito do tema, esse tipo de atuação representa “uma via de mão única: permite a percepção da perspectiva de fora para dentro” (ABC, 2007). O diferencial da atuação internacional do Ministério da Saúde do Brasil, está no fato de projetar políticas públicas internas para o ambiente internacional, transfigurando-as em capital político para o país externamente, e conferindo ao Brasil o reconhecimento como um dos mais relevantes atores em saúde global. Essa projeção em se tratando de política externa pode configurar poder e influência.

Com uma vasta atuação internacional várias áreas técnicas do MS estão envolvidas nesta chamada “diplomacia da saúde”, entre elas, citamos o Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA), responsável pela estruturação dos programas internacionais do Ministério da Saúde, atuando como principal interlocutora do MS com a ABC e a FIOCRUZ (AVELHAN, 2017). O objetivo primordial da AISA inclui a

[...] elaboração das diretrizes, a coordenação e a implementação da política internacional do Ministério da Saúde, bem como a preparação da 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 do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Em 2002, somou-se às competências da AISA a articulação, o exame, a assessoria e a promoção das ações de cooperação técnica, não apenas recebida, mas destacando a ofertadas (AVELHAN, 2017). Essa mudança reverbera a nova orientação da política externa do Brasil naquele período, conforme discutido anteriormente, com a priorização concedida pelo Governo Lula à oferta de CSS na agenda da PEB.

A AISA mantém permanente diálogo interno com os outros atores envolvidos no processo de internacionalização da saúde, além do diálogo com representantes internacionais de diversas instituições. Cabe à Assessoria o contato entre o Ministério da Saúde e essas instituições, na busca da elaboração dos projetos de Cooperação Internacional pertinentes, bem como a busca pela convergência de interesses e a busca de consenso entre os atores internos envolvidos no processo (FREDERICO, 2018). A interlocução permanente entre a AISA e o MRE permite a coordenação das ações bilaterais brasileiras na área da saúde, voltadas, sobretudo, ao desenvolvimento de projetos de cooperação na área (LOBATO, 2021, p. 53).

De acordo com a Portaria nº 3.965 do Ministério da Saúde (2010), estão entre as funções da AISA:

i) assessorar o Ministro de Estado e demais autoridades do Ministério da Saúde, no país e no exterior, em assuntos internacionais de interesse do MS; ii) promover, articular, orientar e coordenar as ações internacionais de interesse do MS e relacionadas a negociações com outros países, organismos internacionais, mecanismos de integração regional e sub-regional e convenções internacionais; iii) promover, articular e coordenar as ações internacionais de interesse do Ministério da Saúde relacionadas à cooperação técnica, educacional, científica e tecnológica; iv) atuar como interlocutor do Ministério da Saúde em todas as atividades referentes às relações internacionais e v) assessorar o Ministério de Estado da Saúde, nos assuntos administrativos relacionados a missões no exterior. A AISA também apoia as unidades técnicas do ministério na identificação e elaboração de projetos de cooperação e colabora com ações de cooperação humanitária (AVELHAN, 2017, p. 93).

Também é a partir do governo Lula que o orçamento da AISA contou com maiores recursos. Ainda segundo a autora, em 2010 o Ministério da Saúde foi a terceira instituição que mais recebeu recursos federais voltados para a cooperação técnica internacional. Ainda de acordo com a autora, entre 2011 e 2013, de acordo com o IPEA, a AISA foi o terceiro órgão que mais gastou com ações de cooperação técnica: 2.544.997 reais em 2011, 3.862.190 em 2012 e 3.132.525 em 2013, totalizando 9.132.525 reais em cooperação técnica internacional em três anos.

Em parceria com diversas outras instituições da área da saúde, como a Fundação Oswaldo Cruz, a ANVISA, Universidades, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, assim como diversas outras burocracias do próprio Ministério da Saúde, Organizações Não Governamentais, e grupos da sociedade civil, o MS, sob a coordenação da AISA, tem representado um papel essencial na cooperação técnica brasileira (BUSS, 2018). Observa-se, principalmente a partir de 2004, constante diálogo entre o MS, por meio da AISA, o MRE e a FIOCRUZ (LOBATO, 2021)

3.3.3 A Fundação Oswaldo Cruz e o Centro de Relações Internacionais em Saúde

A Fundação Oswaldo Cruz é uma instituição pública e está ligada ao Ministério da Saúde, integrando o quadro do Sistema Único de Saúde, atuando no “ensino, pesquisa, inovação, assistência, desenvolvimento tecnológico e extensão na área da saúde” (AVELHAN, 2017, p. 99). Com reconhecimento nacional e internacional, a fundação está entre as mais importantes do país e do mundo em pesquisa científica e saúde (AVELHAN, 2017).

A experiência da FIOCRUZ em Cooperação Internacional se inicia como receptora de cooperação técnica para o seu desenvolvimento e estruturação como instituição. Ainda em referência à autora supracitada, essa experiência foi basilar para fundamentar a oferta de cooperação em saúde por parte da Fundação.

Em consonância com o que foi debatido até aqui, a atuação da FIOCRUZ nos projetos de cooperação do Brasil é impulsionada a partir dos anos 2000, coincidindo com o início do governo Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), período no qual a Cooperação Sul-Sul, com ênfase na cooperação técnica em saúde, esteve em evidência na agenda de política externa do país. De acordo com a própria FIOCRUZ, sua missão envolve

[...] produzir, disseminar e compartilhar conhecimentos e tecnologias voltados para o fortalecimento e a consolidação do SUS e que contribuam para a promoção da saúde e da qualidade de vida da população brasileira, para a redução das desigualdades sociais e para a dinâmica nacional de inovação, tendo a defesa do direito à saúde e da cidadania ampla como valores centrais (FIOCRUZ, 2017 *apud* AVELHAN, 2017, p. 99).

A partir do exposto, foram criadas as condições para a estruturação do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (CRIS), instituição que, a partir

de então, passou a ser responsável pela coordenação de toda a ação da FIOCRUZ no ambiente internacional. O CRIS é fundado em janeiro de 2009, e entre as suas funções estão o gerenciamento dos intercâmbios com países parceiros, a inserção da governança global em saúde nas ações da FIOCRUZ, monitoramento dos acordos internacionais em saúde, capacitação de recursos humanos, e, por fim “constituir uma instância de excelência para a afirmação e o desenvolvimento da FIOCRUZ como instituição pública estratégica do Estado brasileiro no cenário global da saúde” (FIOCRUZ, 2017 *apud* AVELHAN, 2017, p. 103).

De acordo com dados do IPEA, entre os anos de 2010 e 2013, os recursos repassados pelo governo federal para a FIOCRUZ destinados à cooperação técnica internacional somam R\$ 3.389.915,00, sendo o maior valor repassado em 2010: R\$ 1.130.915,00 (AVELHAN, 2017).

Em 2014, a FIOCRUZ, em coordenação com o CRIS, foi nomeada “Colaborador em Saúde Global e Cooperação Sul-Sul da OPAS/OMS” (AVELHAN, 2017, p. 104). Nesse sentido, Fonseca e Buss (2017) ressaltam a parceria entre a FIOCRUZ e a ABC nas iniciativas de cooperação do Brasil, por meio da AISA. A cooperação técnica da FIOCRUZ possui uma abordagem técnica e um discurso solidário, propondo o compartilhamento de conhecimento e a troca de experiências e capacidade de trabalho. O objetivo seria proporcionar o desenvolvimento de maneira mais equitativa nos países em desenvolvimento. De acordo com os autores,

A FIOCRUZ incorporou essas orientações para sua Cooperação Internacional a partir exatamente do início do atual século e traz para sua pauta, no lugar da oferta de ajuda, o compartilhamento de soluções para responder às necessidades específicas dos outros parceiros, procurando integrar no desenvolvimento de recursos humanos as capacidades e os recursos endógenos do próprio país para um avanço tecnológico compartilhado a partir de um planejamento estratégico que incentive maior “empoderamento” das autoridades locais (FONSECA e BUSS, 2017, p. 223).

Seguindo essa linha, a FIOCRUZ também é responsável por cunhar e conceituar o termo Cooperação Estruturante em Saúde, que compreende a Cooperação Internacional a partir da premissa do fortalecimento dos componentes estruturantes dos sistemas de saúde, desenvolvendo de forma integral a saúde nos países parceiros com base, fundamentalmente, nos princípios do SUS “universalidade, integralidade, qualidade e equidade”. Para alcançar esse objetivo, a Cooperação Estruturante em Saúde buscaria desenvolver capacidades e aprimorar a geração de conhecimentos nesses países, promovendo o diálogo entre os atores e promovendo uma agenda política e técnica que favoreça o desenvolvimento do setor (BUSS, 2018) (FONSECA e BUSS, 2017)

A FIOCRUZ também promove a reciprocidade como estratégia na conformação de redes de cooperação que incluem ela própria e os demais países e instituições com os quais vai estabelecendo parcerias. Essa estratégia leva ao intercâmbio cruzado entre todos, permitindo o aproveitamento de práticas e/ou inovações desenvolvidas por e para todos os membros da rede. No estabelecimento dessas redes, considera-se não apenas os institutos ou escolas já em operação, mas também a possibilidade de formá-los a partir da existência de laboratórios de saúde pública e cursos que venham sendo realizados por universidades locais. Em alguns casos, apoia-se diretamente os ministérios de saúde, promovendo a consolidação das instituições estruturantes, a partir dos programas em curso, integrando os recursos existentes nos países parceiros (FERREIRA, HOIRISH, *et al.*, 2016, p. 274).

Lobato (2021) observa que essa perspectiva também fundamenta a ação da FIOCRUZ para o desenvolvimento dos institutos de saúde pública, desenvolvendo cooperação nesse sentido no âmbito dos PALOP e da Unasul. Nesses projetos, a FIOCRUZ é responsável pela transferência de conhecimento e tecnologias, realizando treinamentos e cursos de formação profissional. A FIOCRUZ tem atuado na formação e no fortalecimento de Redes de Institutos Nacionais de Saúde (RINS), e das Redes de Formação de Pessoal de Nível Técnico (Rets) na CPLP e na Unasul.

Santana (2011) percebe uma imbricação complexa existente entre a Cooperação Internacional em saúde e a política externa brasileira, demonstrada de forma clara na atuação da FIOCRUZ em conjunto com os ministérios da saúde dos países PALOP, cooperação apoiada pela OPAS/OMS, e fundamentada no Termo de Cooperação nº 41 (TC-41). De acordo com Santana (2011, p. 2998), “a estratégia do TC-41 baseia-se no reconhecimento de instituições nacionais como referência para a Cooperação Internacional nas diferentes áreas da saúde”, e atribuiu a FIOCRUZ a atuação como “o principal executor da política setorial de Cooperação Internacional”, além de conceder ao CRIS apoio e reconhecimento internacional.

O apoio ao Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS) da FIOCRUZ incluiu o desenvolvimento do projeto Saúde, Estado e Cooperação Internacional com o suporte a atividades como o desenvolvimento conceitual de Saúde Internacional e Diplomacia da Saúde; a capacitação e formação de técnicos médios em saúde por meio de projetos de cooperação técnica de instituições integrantes da Rede de Escolas Técnicas do SUS e de sua função como estrutura basilar das redes internacionais, prioritariamente na América Latina e África de Língua Portuguesa; promoção da Cooperação Internacional em saúde no âmbito das ações do CRIS/FIOCRUZ; coordenação do conjunto de Rede de Institutos Nacionais de Saúde e de Rede de Escolas de Saúde Pública com a finalidade de aprimoramento da gestão de Sistemas de Saúde dos países envolvidos, entre outros projetos (BRASIL, 2014).

Vale ressaltar ainda, como apontam Almeida *et al.* (2010), a liderança da FIOCRUZ nas iniciativas de Cooperação Sul-Sul em saúde é confirmada com a inauguração de um Escritório Regional de Representação da FIOCRUZ em Maputo, Moçambique, em 2008.

3.3.4 Atores domésticos e o processo decisório na cooperação em saúde do Brasil

A partir do exposto até aqui, é possível observarmos grande incentivo a Cooperação Internacional brasileira a partir do início dos anos 2000, especialmente no que concerne à cooperação para o desenvolvimento, a Cooperação Sul-Sul. Atrelado a esse fato, observamos que a saúde exerceu, naquele período, papel de protagonista na inserção internacional do Brasil, se destacando na estratégia de internacionalização de políticas públicas brasileiras na área (AVELHAN, 2017).

Sendo respaldada pela criação do SUS, em 1988, a experiência internacional brasileira no setor da saúde foi especialmente valorizada durante o governo Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), parte do recorte temporal desse estudo. Através do exposto, é possível observar a estratégia da política externa brasileira naquele período, de transfigurar a experiência positiva com políticas públicas que vinham sendo implementadas no país, apoiadas nos princípios do SUS, em capital político internacional, concedendo ao país papel chave nos debates em saúde global, passando de receptor a doador de Cooperação Internacional e conferindo ao Brasil relevância sem precedentes do cenário internacional.

Como mencionado anteriormente, grande parte do sucesso dessa estratégia, deve-se a bem-sucedida articulação entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde. De acordo com Avelhan (2017), essa aproximação é oficializada através do Protocolo de Intenções assinado pelos dois ministérios.

O Protocolo de Intenções entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde (Anexo VII) foi assinado em julho de 2005 pelo então Ministro das Relações Exteriores do Brasil, o embaixador Celso Amorim e o então ministro da saúde Doutor Humberto Costa. O protocolo considera que a cooperação técnica com países em desenvolvimento possui papel central na política externa brasileira e levando em conta a demanda crescente da área, o documento ressalta a importância de uma forte parceria entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde para uma real efetividade da cooperação técnica em saúde prestada pelo Brasil. Uma vez que, como afirma o documento, o Ministério das Relações Exteriores é o responsável pela execução da política externa brasileira e o Ministério da Saúde

é o responsável pela política de saúde do Brasil, possuindo assim, conhecimentos relevantes nos assuntos onde a demanda por cooperação técnica estava em alta naquele período (BRASIL, 2005).

Assim sendo, o protocolo tem como objetivo aprofundar a coordenação entre Ministério das Relações Exteriores e Ministério da Saúde no que diz respeito à cooperação técnica em saúde com países em desenvolvimento, estabelecendo, para tanto, a Comissão de Coordenação MRE/MS, constituída por funcionários dos dois ministérios. Por parte do Ministério da Saúde, o documento definiu que a Comissão seria composta por representantes da Assessoria Internacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, da Secretaria de Assistência à Saúde, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, da Fundação Oswaldo Cruz, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e do Programa Nacional de DST/AIDS, enquanto que por parte do Ministério das Relações Exteriores, comporiam a Comissão a Agência Brasileira de Cooperação, a Subsecretaria Geral Política II, e da Subsecretaria Geral da América do Sul, sendo a Agência Brasileira de Cooperação a responsável pela presidência e secretaria executiva da Comissão (BRASIL, 2005).

Também foi definido no documento que a Comissão deveria se reunir uma vez por mês com o objetivo de analisar e viabilizar as ações de Cooperação Sul-Sul do Brasil na área da saúde, assim como elaborar propostas que visassem a ampliação e o fortalecimento das ações brasileiras nessa área (BRASIL, 2005).

De acordo com Milani e Lopes (2014), o Protocolo justificava-se, pois, mesmo antes de sua assinatura, o protagonismo técnico da CSS em saúde pública não pertencia ao MRE, que atuava apenas na “coordenação diplomática, representação e negociação”. Além disso, o crescimento na demanda pela cooperação técnica em saúde prestada pelo Brasil, corroborava com essa necessidade de aproximação (AVELHAN, 2017, p. 110).

No que se refere a FIOCRUZ, o Termo de Cooperação nº 41, mencionado anteriormente, representa o início da articulação entre a Fundação e os demais atores domésticos aqui debatidos. A autora destaca que, por mais que a FIOCRUZ integre o Ministério da Saúde brasileiro, fazendo parte de sua estrutura burocrática, no texto do Termo de Cooperação Nº 41, os dois aparecem como atores diferentes, o que demonstra a autonomia existente entre os referidos atores. Outro ponto destacado pela autora é que o objetivo principal do Termo de Cooperação Nº 41 era o estabelecimento de uma cooperação envolvendo Ministério da Saúde, FIOCRUZ e OPAS, visando promover atividades que combinassem a capacitação de conhecimentos e recursos por parte do MS e da FIOCRUZ. Uma vez que para

que se fosse instaurado um Programa de Saúde Internacional, esperava-se certa articulação entre as instituições. Dessa forma, teria como objetivo a obtenção de recursos em saúde internacional, dando suporte para as ações internacionais do Ministério da Saúde e da FIOCRUZ, o que incluía a formulação e o monitoramento das atividades de cooperação técnica em saúde. Nesse sentido,

[...] previa-se a necessidade de articulação entre essas duas instituições para o estabelecimento de um Programa de Saúde Internacional (PSI). O PSI seria vinculado à Presidência da FIOCRUZ e seus objetivos principais eram concentrar recursos técnicos e informações especializadas no campo da saúde internacional para apoiar as ações internacionais do MS e da FIOCRUZ (AVELHAN, 2017, p. 111)

Em 2007, o “Programa Mais Saúde: Direito de Todos”, lançado pelo MS, concede à Cooperação Internacional um robusto destaque, entre os principais eixos de trabalho propostos pelo MS para o período de 2008 a 2011. Grifando uma “parceria ativa” entre o MS e o MRE (BRASIL, 2010).

Merece referência a estratégia de inserção internacional do país, presente entre os objetivos do programa, que visava

[...] fortalecer a presença do Brasil no cenário internacional na área da Saúde, em estreita articulação com o Ministério das Relações Exteriores, ampliando sua presença nos órgãos e programas de saúde das Nações Unidas e cooperando com o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países da América do Sul, em especial com o Mercosul, com os países da América Central, da CLPL e da África (BRASIL, 2010, p. 115).

Em parceria com a CLPL, em 2009 é lançado o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde, que coloca a FIOCRUZ como principal instituição na articulação dos projetos. Avelhan (2017, p. 113) evidencia “a posição de destaque da FIOCRUZ na construção de relações mais consistentes entre saúde e política externa e, conseqüentemente, na parceria entre o MS e o MRE”. No mesmo ano, a criação do Grupo Temático em Cooperação Internacional em Saúde (GT-CIS) teve como objetivo

[...] fortalecer e ampliar a articulação e a coordenação das ações e projetos de Cooperação Internacional desenvolvidos pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde e das entidades vinculadas, do Ministério das Relações Exteriores, particularmente a Agência Brasileira de Cooperação – ABC, dos organismos e agências de Cooperação Internacional e de outros parceiros (BRASIL, 2010).

Para Alcázar (2005), essa aproximação só foi possível devido à uma combinação de fatores internos e externos característicos daquele período. Externamente, a inserção de temas sociais, como a saúde, na agenda política internacional e, internamente, o discurso do Estado

brasileiro, que colocou a saúde como um direito universal e integral, em alinhamento com as premissas do SUS, o crescimento do papel político do Ministério da Saúde atrelado a um maior investimento no orçamento desse ministério.

A partir dessa aproximação, é importante lançarmos a análise para o ciclo da política na Cooperação Internacional em saúde do Brasil, nos voltando para os procedimentos do processo decisório e para a atuação de cada um dos atores domésticos aqui analisados.

De acordo com o Manual de Gestão da Cooperação Sul-Sul (ABC, 2013), o ciclo da cooperação técnica possui cinco fases. Seguindo esta lógica, a identificação representa a chegada da demanda de cooperação, que passa a ser analisada pelas instituições de cooperação. A prospecção inclui o detalhamento da ideia e o levantamento dos meios para respaldar a tomada de decisão. A fase de formulação e enquadramento diz respeito à elaboração do documento. Implementação e Monitoramento indicam a implementação e execução técnica e administrativa, em conjunto com o monitoramento do progresso do projeto. A avaliação representa o encerramento da cooperação, com um resumo geral do projeto, para análise técnica, gerencial e operacional.

Ainda de acordo com o manual o fluxo padrão da recepção de demanda de cooperação técnica em saúde segue a seguinte ordem: a embaixada brasileira recebe a demanda através de uma carta que é repassada à ABC, que a encaminha para a AISA para que o projeto enfim seja direcionado para a área técnica do Ministério da Saúde (AVELHAN, 2017).

Nesta etapa, o papel da AISA é decidir qual instituição técnica será responsável pela execução do projeto, que é posteriormente confirmada pela ABC, que exerce papel de coordenação. Além disso, a principal função da ABC inclui as negociações, análise da iniciativa, verificando se a proposta está de acordo com as diretrizes do MRE e com o orçamento. A FIOCRUZ (área técnica) e o Ministério da Saúde, por estarem inseridos na área, atuam de maneira mais influente no que concerne ao conteúdo incluso no projeto (AVELHAN, 2017).

Na fase de desenvolvimento dos projetos de cooperação, as três agências participam do processo de negociação com as instituições do país parceiro. Nesse sentido, enquanto a ABC dispõe, de maneira geral, de maior influência política, a FIOCRUZ detém a maior influência técnica, por ser uma instituição de grande experiência prática na implementação de projetos. Cabe, pois, à ABC a definição das prioridades entre os projetos de cooperação, seguindo as diretrizes da política externa brasileira, com preferência aos países latinos e países africanos de língua portuguesa (LOBATO, 2021, p. 54-55).

Já na fase de implementação, Avelhan (2017) observa que cabe a FIOCRUZ a atuação principal, criando um comitê gestor para o projeto, definindo os técnicos que farão parte do

grupo executor, elaborando o plano de trabalho e todas as outras etapas que incluem a implementação do projeto. Por sua vez, a ABC é responsável por monitorar, supervisionar e coordenar o processo, participando de reuniões para a definição de datas, recursos humanos e servindo de ponte entre a FIOCRUZ, o MS e os órgãos dos governos dos países parceiros.

Sobre a avaliação, a autora observa que ainda não foi possível identificar um procedimento padrão, mas existe a indicação de que ocorram reuniões para a elaboração de um relatório final.

A partir do exposto, fica claro que “o processo de tomada de decisões relativas às ações de Cooperação Internacional de saúde se dá através da interlocução entre as três instituições” (LOBATO, 2021, p. 54).

3.4 MAPEAMENTO DOS PROJETOS DE COOPERAÇÃO EM SAÚDE DO BRASIL

De acordo com pesquisa realizada no portal da ABC na internet, foram levantados 372 projetos de Cooperação Internacional em saúde, sendo que 322 deles são em âmbito Sul-Sul. Lima (2017), observa que entre os anos de 2002 e 2014 foram formalizadas 69 propostas de Cooperação Internacional em saúde, com foco para o enfrentamento do vírus do HIV/AIDS. Desses, 42 projetos ou programas ou planos operativos à nível bilateral e 07 à nível multilateral, 1 trilateral e 19 projetos regionais. O principal destino da Cooperação Internacional do Brasil é a África e os países da América do Sul.

De acordo com Pimentel e Dias (2021) entre 1998 e 2018 foram identificados 68 acordos internacionais na área da saúde dos quais o Brasil faz parte, de acordo com o Ministério das Relações Exteriores e da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA), do Ministério da Saúde. Dos acordos identificados pelos autores, todos foram assinados entre 2000 e 2012, e os países parceiros incluíam Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Moçambique e São Tomé e Príncipe, todos países pertencentes ao PALOP, sendo identificada uma predominância dos acordos firmados com o grupo: 38 no total, entre os quais 30 estavam vigentes em 2018. A maioria dos documentos analisados pelos autores indicam que os acordos se referem em maior número a área de HIV/AIDS, seguida por saúde pública, malária e doença falciforme.

A pesquisa de Pimentel e Dias (2021) indica que o Brasil esteve envolvido em 48 projetos de cooperação técnica em saúde na África, sendo a grande maioria desses projetos (32), com países de língua oficial portuguesa. Nesta pesquisa, damos destaque para a cooperação

com Moçambique, sendo identificados no banco de dados do site da ABC, 131 projetos de cooperação entre Brasil e Moçambique, 25 desses na área da saúde, envolvendo HIV/AIDS (6),

[...] câncer, alimentação, nutrição, saúde bucal, saúde materno-infantil e regulação e produção de medicamentos. Nesse país, houve a implantação de uma fábrica de medicamentos, com investimentos de mais de R\$ 40 milhões, a construção de um banco de leite humano e do Centro de Lactação do Hospital Central de Maputo (PIMENTEL e DIAS, 2021, p. 9).

Observadas as ações acima citadas que deram embasamento para a atuação dos atores domésticos na cooperação técnica brasileira em saúde, de acordo com pesquisa realizada no banco de dados disponível no site da Agência Brasileira de Cooperação, no que se refere a cooperação técnica em saúde acordada entre o governo brasileiro e Moçambique e que originou a fábrica de medicamentos antirretrovirais conhecida como Sociedade Moçambicana de Medicamentos, podemos observar a atuação de diferentes atores domésticos brasileiros para além do Itamaraty. A atuação desses atores pode ser observada em sete ações. São elas: uma missão de estudos sobre o Sistema Único de Saúde para países de língua portuguesa, o fortalecimento institucional do órgão regulador de medicamentos de Moçambique como agente regulador do setor farmacêutico, a capacitação em produção de medicamentos antirretrovirais, uma missão técnica de detalhamento do projeto de instalação da fábrica de medicamentos antirretrovirais, um estudo técnico para a instalação da fábrica de medicamentos antirretrovirais, o fortalecimento do instituto nacional de saúde de Moçambique e um estudo de viabilidade técnico econômico para a instalação da fábrica de medicamentos (BRASIL, 2012).

O projeto para a missão de estudos sobre o Sistema Único de Saúde para países de língua português (BRA/98/004-A083), foi um projeto de Cooperação Sul-Sul na área da saúde que teve por objetivo oferecer aulas a respeito do Sistema Único de Saúde do Brasil para países como Angola, Cabo Verde, Guiné Bissau, Moçambique, São Tomé e Príncipe e Timor Leste. O referido projeto teve início em 04/11/2008 e foi encerrado em 30/12/2008 e buscava ofertar um intercâmbio de modelos de políticas públicas na área da saúde entre os países mencionados. Sendo o SUS um subsetor do projeto, o Ministério da Saúde do Brasil foi uma das instituições executoras do projeto (BRASIL, 2012).

O projeto para o fortalecimento institucional do Órgão Regulador de Medicamentos de Moçambique como um agente regulador do setor farmacêutico (BRA/04/044/-S136), desenvolveu-se entre 17/10/2008 e 29/02/2012. Além do Ministério das Relações Exteriores e da Agência Brasileira de Cooperação, o projeto teve como instituição executora parceira a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e de acordo com os dados

disponibilizados no sítio da Agência Brasileira de Cooperação, em função da implantação da fábrica de medicamentos antirretrovirais, o Ministério da Saúde de Moçambique buscava oferecer para o setor farmacêutico um arcabouço jurídico de regulação do mercado de medicamentos tanto no setor público quanto no privado. Para este fim, foi criado, com o apoio brasileiro, o órgão regulador de medicamentos, munido com potencial técnico e financeiro, visando garantir a disponibilidade de medicamentos seguros, de qualidade e a preços acessíveis. De acordo com o documento,

[...] o Governo moçambicano será capacitado em técnicas de promoção e proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados. visa também, fortalecer institucionalmente o órgão regulador de medicamentos de Moçambique como agente regulador do setor, capacitando recursos humanos e compartilhando informações e experiências (BRASIL, 2012).

O projeto de capacitação em produção de medicamentos antirretrovirais (BRA/04/044-S117), caracteriza-se por Cooperação Sul-Sul na área da saúde, tendo início em 29/09/2008, ainda em execução, com término previsto para 31/12/2022. A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) atua no projeto como instituição executora parceira. O projeto, que faz parte do projeto de implantação da fábrica de medicamentos antirretrovirais em Moçambique, que também está sob responsabilidade da FIOCRUZ, busca a capacitação de profissionais para atuarem na produção de medicamentos (BRASIL, 2012).

A missão técnica de detalhamento do Projeto de Instalação da Fábrica de Medicamentos Antirretrovirais em Moçambique (BRA/98/004-A056), que durou de 15/08/2008 a 15/10/2008. Sendo uma ação que buscava o avanço do detalhamento da fase final do projeto de instalação da fábrica, prestando auxílio técnico ao Ministério da Saúde de Moçambique através da transferência de tecnologia entre Farmanguinhos e Moçambique. Por meio da capacitação de recursos humanos, cronograma de transferência de tecnologia, controle de qualidade e garantia e a adequação da estrutura física da fábrica, elaborando componentes, projeto que teve como resultado o BRA/04/044-S117. Foram instituições executoras brasileiras parceiras a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o Instituto de Tecnologia em Fármacos – Farmanguinhos e o Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2012).

O Estudo Técnico para a Instalação da Fábrica de Medicamentos Antirretrovirais e Outros em Moçambique (BRA/04/044-A198), projeto de Cooperação Sul-Sul em saúde, com data de início em 26/02/2008 e término em 26/04/2008, caracterizou-se por uma ação com o objetivo de diagnosticar a situação da AIDS em Moçambique, envolvendo

[...] levantamento da ajuda externa para HIV/AIDS; uso da terapia antirretroviral (TARV); produção de medicamentos pela fábrica; alternativas de produção local de outros insumos necessários; custos de maquinário para produção de medicamentos; perfil e quantidade de pessoal necessário para operação da fábrica; identificação das necessidades de capacitação de pessoal; esboço de anteprojetos para construção civil; parecer do estudo de viabilidade; e identificação do potencial de Cooperação Internacional para a construção da fábrica (BRASIL, 2012).

De acordo com dados contidos no sítio da Agência Brasileira de Cooperação, a Fundação Oswaldo Cruz foi parceira da ABC e do Ministério das Relações Exteriores do Brasil na execução desse projeto.

O projeto para o fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique, buscando a institucionalização de uma política pedagógica e criando redes colaborativas (BRA/04/044-S066), foi executado entre 23/04/2007 e 22/04/2008, tendo a Fundação Oswaldo Cruz como instituição executora parceira (BRASIL, 2012).

Por fim, o estudo de viabilidade técnico econômico para a instalação da Fábrica de Medicamentos em Moçambique para a produção de medicamentos antirretrovirais e outros (BRA/04/044-S010) buscou obter um diagnóstico a respeito da viabilidade do projeto de implementação da fábrica. Esteve em execução entre 15/07/2005 e 15/08/2007 e teve como instituição executora brasileira parceira o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Com base na análise feita na bibliografia debatida, e por meio dos dados fornecidos pela Agência Brasileira de Cooperação e pelos documentos apresentados, é possível observar a atuação de atores domésticos brasileiros na cooperação técnica em saúde realizada pelo Brasil, com foco para o projeto de cooperação para a instalação da Fábrica de Medicamentos Antirretrovirais em Moçambique.

4 O CASO BRASIL-MOÇAMBIQUE E A SMM

Este capítulo dedica-se a realizar um estudo de caso embasado em tudo o que foi até aqui trabalhado. Tendo compreendido os conceitos de política externa, política pública, *policy transfer* e Cooperação Internacional, o estudo volta-se para um caso concreto com o objetivo de demonstrar, de forma prática, a relação entre os conceitos, possibilitando a análise proposta, de política pública como política externa (e também o contrário).

O caso escolhido refere-se a Cooperação Internacional em Saúde acordada entre Brasil e Moçambique, que resultou na implementação de uma fábrica de medicamentos antirretrovirais, conhecida como Sociedade Moçambicana de Medicamentos.

Para tanto, em um primeiro momento, o capítulo realiza uma contextualização da epidemia de AIDS em Moçambique, apresentando o contexto histórico de surgimento da epidemia no país, levantando números e dados da AIDS em território moçambicano e apresentando de que maneira foi estruturada a resposta à epidemia de HIV/AIDS.

Em seguida, serão apresentados os processos pelos quais foram acordados os termos para a referida cooperação, o processo de implementação da fábrica de medicamentos e os resultados esperados e obtidos com o desenvolvimento do projeto.

Por fim, os modelos de análise anteriormente apresentados serão aplicados ao caso em estudo, buscando analisar a transferência de política pública realizada entre Brasil e Moçambique.

4.1 A EPIDEMIA DE HIV/AIDS EM MOÇAMBIQUE

Uma vez que a história da epidemia de HIV/AIDS já foi amplamente trabalhada no segundo capítulo, para os fins propostos neste trabalho, é importante compreendermos o contexto em que a AIDS surge como um problema de saúde pública também em Moçambique. Por essa razão, nessa sessão busco destrinchar a consolidação da epidemia no país, as políticas públicas de resposta estabelecidas pelo governo, e os números da AIDS em Moçambique, para que com essas bases fiquem claras as razões que levaram à transferência política em questão.

4.1.1 Contextualizando a epidemia em Moçambique

A República Popular de Moçambique fica localizada na África subsaariana e assim como o Brasil, compartilha um passado colonial com Portugal. Porém, a independência da antiga colônia só chegou para Moçambique em 1975, depois de lutas armadas lideradas pela Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO) e cerca de 500 anos de colonização. Neste contexto, após a independência tardia, Moçambique contava com uma infraestrutura fragilizada, e que começa a se reestruturar a partir de então (MATSINHE, 2005) (VIEIRA, ROCHA, *et al.*, 2014).

Contudo, poucos anos após os conflitos da luta pela independência, já na década de 1980, inicia-se uma luta armada entre a FRELIMO e a Resistência Nacional Moçambicana (RENAMO), que fez com que a população de Moçambique vivesse em guerra civil pelos próximos 16 anos. Nesse contexto de crise, o país começa a inclinar-se para as principais potências ocidentais em busca de ajuda internacional, aderindo ao FMI em 1984 e se adequando aos padrões de Bretton Woods, com a implementação do Programa de Reabilitação Econômica (PRE), em 1987 (MATSINHE, 2005).

O autor supracitado observa que a partir dos acordos de paz assinados em 1992, Moçambique passou a se organizar como uma democracia liberal, com eleições presidenciais a cada quatro anos, sendo FRELIMO e RENAMO os partidos protagonistas no cenário eleitoral. Além disso, Moçambique passa a se abrir internacionalmente, e a despertar interesse de diversos países no que se refere a Cooperação Internacional (AURRE, 2009). Neste cenário, Moçambique tem se caracterizado como um país com alta dependência de Cooperação Internacional (VIEIRA, ROCHA, *et al.*, 2014).

Faz-se importante registrar os conflitos armados que marcaram os primeiros anos do Estado moçambicano após a independência de Portugal, pois, como afirma Frisso (2018), as feridas deixadas pela guerra estão entre os principais fatores que colaboraram para a disseminação do vírus no país. Essa relevância se dá pois os conflitos tocam, de maneira direta ou indireta “a vida da população, a saúde pública e a seguridade da vida, incluindo o acesso à alimentação, escolas e aos serviços de saúde” (FRISSE, 2018, p. 69).

Observa-se também, que ao final da guerra civil, Moçambique passou a registrar um alto número migratório, de acordo com Matsinhe (2005, p. 38), no curto intervalo que marca o período entre 1993 e 1996 cerca de metade de toda a população do país havia entrado em movimentos migratórios: “incluindo os cerca de 60% dos 5.7 milhões de deslocados internos,

cerca de 1.7 milhões de refugiados que se encontravam nos países vizinhos e os cerca de 270.000 militares desmobilizados e suas famílias”.

Após a independência, a aposta do governo em ofertar serviços de saúde básicos, fez com que o Sistema de Saúde de Moçambique, apoiado na cooperação com os parceiros orientais, no contexto da Guerra Fria, e as políticas de auxílio internacional de países do ocidente, fosse considerado um dos mais avançados do continente africano. Porém, os longos anos de guerra civil, grande parte dessa estrutura foi destruída, e os problemas já existentes referentes a recursos humanos e materiais foram intensificados. Todos esses fatores unidos contribuíram para que as condições de vida da população, a segurança alimentar e de acesso a saúde despencassem consideravelmente (AURRE, 2009).

Alguns pontos são importantes de serem observados para compreendermos a situação da epidemia de HIV/AIDS em Moçambique. A primeira é que, apesar da taxa de prevalência da AIDS no país ser menor do que em seus vizinhos, e conseqüentemente, a epidemia ter demorado mais a se desenrolar em Moçambique do que em outros países da África, a taxa de prevalência nas zonas fronteiriças sempre foram elevadas, regiões com característica migratória elevada. Outro ponto, é que ao final da guerra civil moçambicana, com o retorno dos refugiados que estavam nos países vizinhos, territórios onde a epidemia de AIDS já vinha se espalhando rapidamente, a taxa de prevalência da AIDS no país começa a subir acentuadamente (AURRE, 2009). A bibliografia sugere que o cenário da epidemia em Moçambique mudou tão drasticamente principalmente em função dessas altas taxas de mobilidade populacional registradas naquele período (MATSINHE, 2005) (NHABINDE, 2013).

Com isso em mente, a epidemia chega a Moçambique em 1986, quando o primeiro caso de AIDS é registrado (VIEIRA, ROCHA, *et al.*, 2014): um cidadão estrangeiro, de origem haitiana, e que estava em Moçambique a trabalho, atuando na área da saúde. Oliveira (2016) aponta que o descaso foi característico no primeiro momento em que a doença surge no país. Em 1987, são notificados os primeiros cinco casos em cidadãos moçambicanos. O número de casos começa a subir exponencialmente em Moçambique a partir de 1989, sendo registrados 41 casos em junho de 1989, número que se elevou para 12 mil em 2002. Em 2005, eram contabilizadas 500 novas infecções por dia em Moçambique. A taxa de prevalência entre adultos com idades de 15 a 49 anos foi de 14% em 2001, para 16% em 2007. Os óbitos registrados em decorrência da epidemia foram de 45 mil em 2000, para 74 mil em 2009 e o número de pessoas convivendo com a doença em Moçambique passou de 774.652 em 2000

para 1.168.206 em 2010, passando para 1.6 milhões em 2015 (NHABINDE, 2013) (SEQUEIRA, 2015).

Corroborando com os fatos acima narrados, o salto que a epidemia da a partir da segunda metade dos anos 1990 é avassalador, com 534.000 casos ao final de 1998 e prevalência estimada de 9,4% em 1999, sendo estimados 250.000 órfãos em decorrência do vírus. Entre 1999 e 2003, Moçambique registrou 300.000 mortes em decorrência da AIDS, transformando a doença em uma das principais causas de morte no país. As estimativas apontavam que no ano 2000, 10,6% da população adulta – algo em torno de 1,1 milhão de pessoas – estariam vivendo com o vírus da AIDS em Moçambique. Em 2001, as projeções indicavam que 1.650.000 pessoas viviam com AIDS em Moçambique e que em 2002, os números chegariam a 100 mil novos casos anualmente (SOUSA, 2007).

Somam-se a esse cenário, outras 900 mil mortes derivadas da guerra civil vivenciada pelo país. O elevado número de óbitos em um período relativamente curto, geram impactos diretos à aspectos sociais e econômicos, ao reduzir o capital humano e colocar uma parcela expressiva da população em situação de vulnerabilidade (FRISSO, 2018).

Além disso, o fato de Moçambique ocupar uma das últimas posições no ranking mundial do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) – ocupando a posição 175º de 179º - possuir sérios problemas relacionados a estrutura e de capacitação de recursos humanos geraram condições para que a epidemia se alastrasse de maneira descontrolada pelo país, colocando ainda mais entraves ao desenvolvimento social e humano (AURRE, 2009).

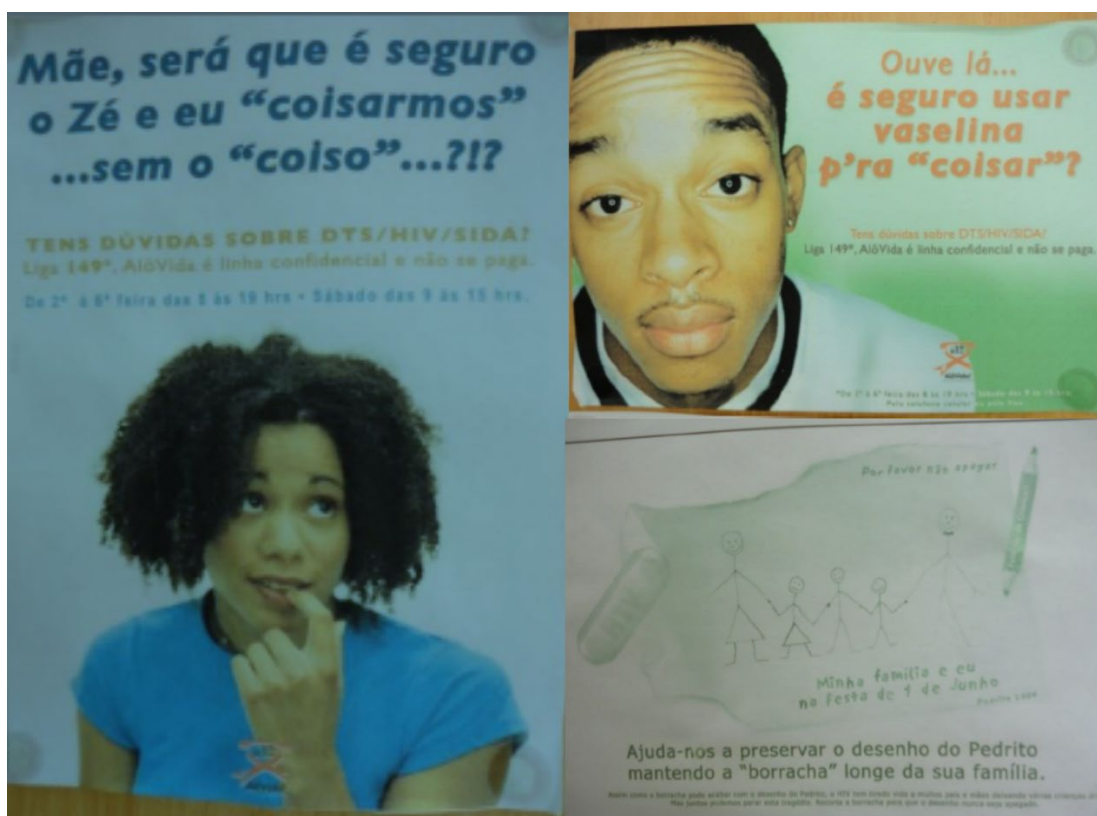
Segundo Sequeira (2015), o grande desafio moçambicano está no acesso reduzido da população aos serviços de saúde. Com tudo isso, Moçambique se encontra entre os países mais pobres do mundo. Em dez anos, entre 2000 e 2010, o PIB per capita passou apenas de 154 USD para 252 USD. A epidemia de HIV castiga o país, com uma prevalência nacional, em 2010, entre 11,4% e 12,20%, com cerca de 1.168.206 pessoas infectadas no país

De acordo com Vieira; Rocha, *et al.* (2014), os números, ainda alarmantes, da AIDS em Moçambique mostram que, de acordo com dados de 2012, a epidemia, naquele período, ainda era considerada generalizada. De acordo com o estudo, 2 milhões e 650 mil pessoas viviam com HIV/AIDS em Moçambique em 2012, representando 11,5% da população entre 15 e 49 anos e 13,7% das mulheres em atenção pré-natal.

Em Moçambique, a epidemia de AIDS tem sido caracterizada como uma epidemia feminina, uma vez que as mulheres são a grande maioria dos pacientes soropositivos do país. Outra característica da epidemia moçambicana está na pauperização. De acordo com a

bibliografia, no período em questão, 54,7% da população vivia em extrema pobreza, sendo que 11,7 milhões de pessoas se encontravam em situação de insegurança alimentar, 99,5% da população negra do país (VIEIRA, ROCHA, *et al.*, 2014). Uma outra característica presente na epidemia moçambicana de HIV/AIDS é o confronto de perspectivas, que Oliveira (2016, p. 87) chama de “confronto entre saber médico e o saber popular, o dilema entre a modernidade e a tradição”.

Figura 13: Campanhas do Ministério da Saúde de Moçambique



Fonte: (OLIVEIRA, 2016)

Outro ponto trazido por Oliveira (2016), a AIDS, apesar de representar um dos maiores problemas de saúde pública em Moçambique, tem sido tema tabu, mesmo nas políticas públicas de combate à epidemia. De acordo com o autor, existe dificuldade em se abordar o tema, enquanto as campanhas nacionais, veiculadas pelo próprio Ministério da Saúde (MISAU) são carregadas de mensagens subentendidas, e indiretas, como no caso dos cartazes acima.

De acordo com Rossi (2015), atualmente, quatro em cada dez adultos morrem de AIDS em Moçambique, a doença é considerada a principal causa de mortes entre as pessoas em idade produtiva no país, considerando pessoas em todas as faixas etárias, só fica atrás da malária. A

taxa de incidência segue alta, uma das oito maiores do mundo, 13% das mulheres e 9% dos homens moçambicanos convivem com a AIDS. Em Maputo, essa taxa chega a 18% da população. A título de comparação, no Brasil, essa taxa não chega a 0,5%. Apesar disso, pouco se fala sobre o tema, que segue sendo um tabu entre os moçambicanos.

Considerando tudo isso, o contexto moçambicano tem demandado dos governantes locais buscas por soluções para a intensa escassez de mão de obra qualificada na área da saúde e planejamento, as deficiências estruturais e de recursos, para enfrentar uma realidade na qual algo em torno de 50% da população não tem acesso a serviços sanitários, centros de saúde onde falta o básico, e com várias epidemias avançando concomitantemente por seu território - malária, cólera, e destaque aqui para a epidemia de HIV/AIDS (AURRE, 2009).

4.1.2 O Sistema Nacional de Saúde Moçambicano

Depois da independência de Portugal, o Estado moçambicano adotou uma política de acesso universal aos serviços básicos de saúde, combinando cuidados curativos básicos a prevenção em um primeiro nível. Atualmente, os serviços de saúde no país são prestados em sua grande maioria pelo governo, através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), mas contando em grande medida com a atuação de ONGs e da iniciativa privada (BRAGA, 2017).

Entre as principais ações do SNS, cabe destaque a expansão da cobertura das políticas de saúde, principalmente para as zonas rurais. Porém, durante a década de 1980, o SNS tem suas atividades enfraquecidas em decorrência da guerra civil que se desenrolou no país, reduzindo consideravelmente os recursos humanos disponíveis e gerando grandes danos na infraestrutura (SOUSA, 2007).

A debilidade orçamentária para o Sistema de Saúde afetou e afeta principalmente o fornecimento e a aquisição de materiais e equipamento médico cirúrgico às unidades sanitárias. Junte-se a isso o fato de haver grande deficiência no sistema de comunicação do país. O sistema de transporte é carente, a rede rodoviária é moderadamente desenvolvida ao nível provincial, mas menos satisfatória ao nível distrital. Há 20.000 Km de estradas de terra, 500 km de cascalho e somente 4.500 km de estradas asfaltadas. As estradas de zonas rurais são por vezes intransitáveis durante estações chuvosas, a ponto de interromperem o acesso às zonas rurais. No período de conflito armado, muitas estradas e pontes foram destruídas e minadas. Tudo isso fez aumentar a instabilidade e insegurança que se fizeram sentir com muita intensidade durante o conflito armado e persistem, em menor grau, atualmente (SOUSA, 2007, p. 38).

O Serviço Nacional de Saúde é lançado em Moçambique no âmbito do SNS, em 1991, como um serviço no qual atuam em conjunto o setor público, o setor privado e a comunidade. Porém, a falta de recursos impõe severas limitações ao serviço prestado. A realidade em Moçambique demonstra que o Serviço Nacional de Saúde, no período estudado, não chegava a atender 42% do território nacional, cenário que coloca grande parte da população, em geral, a sua parcela mais pobre, sem acesso a soluções para as suas questões de saúde (VIEIRA, ROCHA, *et al.*, 2014). Além disso, o SNS caracterizado por ter uma das taxas mais baixas do mundo de profissionais de saúde em relação a população assistida, além da infraestrutura precária, reflexo do passado colonial, e dos 16 anos de guerra civil (BRAGA, 2017).

Entre as ações do Sistema Nacional de Saúde, Frisso (2018) destaca as ações de expansão da cobertura dos serviços de saúde prestados para as zonas rurais, implementando postos de saúde em áreas mais descentralizadas. Contudo, observa o enfraquecimento do SNS com a guerra civil, a redução dos recursos humanos e financeiros e a perda significativa da, já limitada, infraestrutura. Outra ação concreta do governo moçambicano destacada pelo autor, foi a abertura, em 1996, do Hospital de Dia, que viria a oferecer gratuitamente suporte para o tratamento das doenças oportunistas que mais assolavam os pacientes soropositivos, como a tuberculose, a candidíase, o herpes e pneumonias.

O Programa de Renovação do Setor de Saúde (PRSS) foi lançado pelo governo moçambicano em 1996, visando alavancar a categoria dos serviços de saúde ofertados, por meio de ações de

[...] reconstrução e reabilitação do que foi destruído durante o conflito armado; extensão da rede sanitária visando somar esforços para a ampliação da capacidade de conservação de materiais biológicos, cadeia de frio para vacinas e estabilização da aquisição, guarda e fornecimento de medicamentos; melhoramento dos serviços institucionais através do reforço da logística de aquisição, guarda e fornecimento de equipamentos biomédicos; aprimoramento dos sistemas de gestão descentralizada das ações de saúde ao nível provincial; reforço da capacidade de planificação de informação sanitária e de avaliação ao nível provincial; desenvolvimento dos recursos humanos através de execução de programa de formação inicial e contínua de profissionais de saúde e apoio à formação superior universitária do pessoal médico (SOUSA, 2007, p. 39).

De acordo com dados do MISAU de 1999, a estrutura sanitária de Moçambique estava organizada em 700 postos e 200 centros de saúde, 24 hospitais rurais e gerais, 7 hospitais provinciais, 3 hospitais centrais e 2 hospitais especializados. Esses números, atualizados, de acordo com documento de 2018, saltaram para 1.596 unidades sanitárias, sendo 1.532 Centros de Saúde, que fazem parte da Rede de Atenção Primária, sendo 1.370 nas áreas rurais; 50 Hospitais Distritais, Rurais e Gerais, responsáveis pelos níveis secundários de cuidados

médicos; 8 Hospitais Provinciais fornecendo níveis terciários de cuidados; 4 Hospitais Centrais e 2 Hospitais Psiquiátricos, oferecendo nível especializado de tratamento - nível quaternário (MOÇAMBIQUE, 1999) (MOÇAMBIQUE, 2018).

O contexto da saúde em Moçambique, onde os casos de malária passaram a demonstrar resistência ao tratamento disponibilizado, levando a uma crescente dos casos de malária, a endemia de cólera e a crescente da AIDS, coloca a saúde do país em situação crítica, sobrecarregando o já enfraquecido SNS (FRISSO, 2018).

De acordo com Vieira; Rocha, *et al.* (2014), o sistema moçambicano é extremamente dependente de auxílio oficial para o desenvolvimento, de doadores e financiadores internacionais. Os dados apresentados pelas autoras, mostram que em 2013, 22% do Orçamento Geral do Estado era oriundo de ajuda externa, sendo que 59% das despesas em saúde vinham de doações ou de programas de cooperação bilateral.

4.1.3 A resposta de Moçambique à epidemia

Ainda em 1986, logo após a confirmação do primeiro caso da doença no país, foi criada a Comissão Nacional da Sida, seguindo o modelo sugerido pela OMS. Em 1988 é criado o primeiro Programa de Controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), HIV e AIDS, no âmbito do Ministério da Saúde de Moçambique (MANJATE, 2011).

Segundo Matsinhe (2005), em 1987, uma equipe da OMS, especializada em epidemiologia, vai até Moçambique para fornecer bases e recomendações para que fossem realizados estudos epidemiológicos, além de identificação e caracterização do HIV dominante do país.

Já em 1988 o MISAU estrutura um sistema de vigilância epidemiológica para o HIV, que é instalado nos chamados Postos de Sentinela (PS), criados com os objetivos de averiguar os números de prevalência do HIV, realizar o monitoramento desses números e disponibilizar instrumentos eficazes para a prevenção e a redução do impacto da epidemia, o que funcionou em um primeiro momento (FRISSO, 2018). Durante esse período, as taxas de prevalência do HIV na população moçambicana ainda eram muito baixas, de acordo com Matsinhe (2005), em 1988 Moçambique tinha registrado apenas seis casos de AIDS no país, número considerado baixo, se em comparação com os países vizinhos. Como mencionado em sessão anterior, esse cenário muda a partir da elevação dos movimentos migratórios pós-guerra civil.

Em 1996 a UNAIDS ou ONUSIDA, como é chamada em Moçambique, inicia as suas atividades no país, com o intuito de auxiliar na consolidação da resposta moçambicana à epidemia, e gerir o apoio fornecido pela ONU, dando ênfase na consolidação de uma abordagem multisetorial para estruturar a resposta ao HIV, uma vez que, nesse momento, a resposta do governo de Moçambique estava focada no chamado “marketing social do preservativo” (MATSINHE, 2005).

A abordagem multisetorial, em alta naquele momento, era justificada pelas experiências bem-sucedidas de países que a adotaram como estratégia para reduzir o avanço descontrolado da doença. De acordo com essa linha, ao direcionar os esforços em uma mesma direção, as políticas implementadas passavam a ter melhores resultados (MATSINHE, 2005).

A partir dos anos 2000, é aprovada pelo governo uma nova Estratégia Nacional, (PEN 2000-2001), com o objetivo de diminuir o avanço da epidemia através de uma abordagem multisetorial, ainda com foco na prevenção. Também é neste período que é criado o Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS), órgão que passa a coordenar a resposta moçambicana. Sobre o órgão, Manjate (2011, p. 45) descreve:

A sua direção é presidida pelo Primeiro-Ministro e inclui o Ministro da Saúde como Vice-Presidente, Ministros do Plano e Finanças, Negócios Estrangeiros, Educação, Ação Social e da Juventude e Desportos, e representantes da sociedade civil. Um Secretariado Executivo tem o mandato de liderar, coordenar e monitorar todas as atividades em apoio à Estratégia Nacional, não implementando programas, mas servindo o CNCS. O Secretariado tem sede em Maputo com núcleos provinciais em cada uma das dez províncias e um 11º na Cidade de Maputo. Cada ministério também tem um ponto focal do HIV e SIDA (MANJATE, 2011, p. 45).

Nota-se, portanto, uma comissão abrangente, voltada para coordenação da abordagem multisetorial proposta por Moçambique. Para além disso, a implementação do tratamento e de todas as questões relacionadas ao enfrentamento da doença ficam a cargo do Ministério da Saúde (MISAU), cujo Programa Nacional de Controlo do Sida (NACP) cuida de todos os aspectos da resposta nacional, desde a prevenção, foco da ação governamental no primeiro momento, até, mais recentemente, a distribuição de preservativos, testagem, aconselhamento e tratamento (MANJATE, 2011).

Além da CNCS, é criado, também nesse período, o Centro de Coordenação da SIDA (CCS), com a função de administrar a implementação do Programa Nacional de Controle das DST/SIDA. Entre os objetivos do CCS, podemos citar a distribuição de material informativo, voltado para a educação para a saúde (livros, panfletos, cartazes) que deveriam ser fornecidos pela OMS (MATSINHE, 2005).

Sobre a política moçambicana de resposta à epidemia de HIV/AIDS, Korenromp; Gobet, *et al.* (2015) apontam que

[...]Mozambique's national AIDS program started in 2001. Key service delivery areas are condom promotion, community mobilization, HIV counselling and testing (all since program start), prevention targeted at female sex workers (FSW) and clients (since 2006), ART (since 2004), PMTCT (since 2005), VMMC (since 2013). Key implementers include the Ministry of Health, implementing partners of the USA's PEPFAR program, national NGOs supported by the Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Global Fund), and United Nations agencies and programmes. From 2010 to 2014, the response has been guided by Mozambique's third HIV/AIDS National Strategic Plan (NSP) and the HIV acceleration plan³³ (KORENROMP, GOBET, *et al.*, 2015, p. 2).

A partir do exposto, identificam-se entre as ações a serem implementadas pelo MISAU para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS: serviços de aconselhamento, testagem voluntária, oferecimento de tratamento para as infecções oportunistas, prevenção da transmissão vertical, distribuição de preservativos, potencializar a capacidade de atendimento clínico e laboratorial, prevenção das infecções oportunistas, além de monitoramento e vigilância epidemiológica, ações que se viabilizaram, quase que exclusivamente, em função dos fundos internacionais (MATSINHE, 2005).

De acordo com Nhabinde (2013), entre 1986 e 2004, as políticas públicas de resposta à epidemia de HIV/AIDS do governo moçambicano, estiveram focadas apenas na prevenção. É apenas, a partir de 2004 que a terapia ARV é incluída na estratégia de enfrentamento de Moçambique, com a aprovação do Plano Estratégico Nacional da segunda geração (PEN II), que passa a incluir entre os seus objetivos, a implementação da terapia antirretroviral e o tratamento humanizado das pessoas vivendo com o HIV e incluindo um programa nacional de enfrentamento da transmissão vertical (MANJATE, 2011) (VIEIRA, ROCHA, *et al.*, 2014). Sobre o assunto, o que Braga (2017) coloca é que

[...] Until 2001 the Mozambican government's official position was against including ART within AIDS programs. Laboratory and human resources shortcomings as well as the incapacity of people living with HIV/AIDS to fulfil treatment requirements due to poverty were listed, among other factors, which made the introduction of ART problematic. However, private clinics and transnational NGOs were already providing

³³ Tradução própria: O programa nacional moçambicano de combate à AIDS começou em 2001. As principais áreas de prestação de serviços são promoção do preservativo, mobilização comunitária, aconselhamento e testagem do HIV (tudo desde o início do programa), prevenção dirigida às trabalhadoras do sexo feminino (FSW) e clientes (desde 2006), ART (desde 2004), PMTCT (desde 2005), VMMC (desde 2013). Os principais implementadores incluem o Ministério da Saúde, parceiros implementadores do programa PEPFAR dos EUA, ONGs nacionais apoiadas pelo Fundo Global para combater a AIDS, Tuberculose e Malária (Fundo Global), e agências e programas das Nações Unidas. De 2010 a 2014, a resposta tem sido orientada pelo terceiro Plano Estratégico Nacional de HIV/AIDS (NSP) de Moçambique e pelo plano de aceleração do HIV.

ART in Mozambique (Matsinhe 2005:105-20). The introduction of ART was approved and regulated by the government only in 2001 and the NHS began providing AIDS care and treatment services in 2003 (CNCS 2010:73). The expansion of ART through the public sector began in July 2004 when the country adopted the WHO public health approach to ART (Sherr, Micek, Gimbel et al. 2010: S60; Gilks Crowley, Ekpini et al. 2006:505)³⁴ (BRAGA, 2017, p. 225)

Mesmo com as restrições existentes até aquele momento, os debates referentes a implementação da terapia antirretroviral eram desenvolvidos em Moçambique. O Ministério da Saúde investia, ainda que timidamente, em alguns projetos de preparação para a introdução da terapia TARV e ONGs internacionais buscavam demonstrar a viabilidade da terapia. Contudo, a terapia antirretroviral foi introduzida primeiramente através da iniciativa privada, através da ação de médicos do setor, que passaram a prescrever e introduzir o tratamento nas clínicas privadas, a custos que atingiam 500 dólares por mês por paciente. Além disso, farmácias privadas passaram a investir na importação de alguns desses medicamentos (MATSINHE, 2005).

Em 2002, a TARV já estava a ser administrada no Hospital Central de Maputo e Hospital Central da Beira, que dispõem de uma nova estrutura de suporte laboratorial para o efeito, havendo a perspectiva de expansão para Zambézia e Nampula, com o recurso aos três laboratórios existentes na Cidade da Beira e Maputo, os únicos com capacidade de realizar análises e contagens de células CD4 e carga viral. ONGs Internacionais na província de Tete, Maputo e Manica também administram antirretrovirais, para número reduzido de beneficiários. Nos finais de 2003, cerca de 10 unidades sanitárias já ofereciam tratamento com terapia antirretroviral em 6 províncias das 11 que compõem o país (MATSINHE, 2005, p. 134).

Neste cenário, ainda de acordo com Matsinhe (2005), o MISAU reconhece que a terapia ARV já havia sido implementada no país, mesmo que com baixa cobertura, devido a iniciativa privada. A partir desse reconhecimento, o Ministério da Saúde passa a atuar com o objetivo de encontrar saídas oficiais para elevar a cobertura do tratamento antirretroviral. A partir daí a implementação da terapia ARV em Moçambique é oficializada com a aprovação do Diploma Ministerial nº 183-A/2001, em 18 de dezembro daquele ano. Porém o Diploma destaca que deveria ser considerado o fato de o SNS cobrir apenas 30/40% da população, e, assim sendo, o

³⁴ Tradução própria: Até 2001, a posição oficial do governo moçambicano era contra a inclusão da ART nos programas de AIDS. As deficiências de laboratório e de recursos humanos, bem como a incapacidade das pessoas vivendo com HIV/AIDS de cumprir as exigências de tratamento devido à pobreza foram listadas, entre outros fatores, o que tornou a introdução do ART problemática. Entretanto, clínicas privadas e ONGs transnacionais já estavam fornecendo ART em Moçambique (Matsinhe 2005:105-20). A introdução do ART foi aprovada e regulamentada pelo governo somente em 2001 e o Serviço Nacional de Saúde (NHS) começou a fornecer serviços de atendimento e tratamento da AIDS em 2003 (CNCS 2010:73). A expansão da ART através do setor público começou em julho de 2004 quando o país adotou a abordagem de saúde pública da OMS à ART (Sherr, Micek, Gimbel et al. 2010: S60; Gilks Crowley, Ekpini et al. 2006:505).

oferecimento da terapia não seria capaz de cobrir toda a população infectada pelo vírus e elegível para o tratamento.

Com a introdução do tratamento antirretroviral no serviço público de Moçambique, oferecendo os medicamentos universalmente e a nível nacional, o acesso a terapia começa a crescer. No primeiro ano, 6.500 pessoas são beneficiadas com o acesso gratuito ao tratamento, porém, em escala ainda muito abaixo da necessária. O grande problema identificado por Sousa (2007, p. 46), para a implementação do programa TARV no serviço de saúde público de Moçambique, estão relacionados a “recursos humanos tecnicamente qualificados e capacidade institucional”. A tabela abaixo demonstra a disponibilidade de terapia ARV nos Hospitais de Dia de Moçambique, entre 2001 e 2004.

Figura 14: Terapia ARV nos Hospitais de Dia de Moçambique 2001-2004

Hospital de Dia	Local	TARV	Início de TARV	Parceiro do MISAU
Hospital Central de Maputo	Maputo	Disponível	2001	Cooperação Francesa
Centro de Saúde de Alto Mãe	Maputo	Disponível	março de 2003	MSF-Suíça
Centro de Saúde 1º de Maio	Maputo	Disponível	dezembro de 2002	MSF-Luxemburgo
Centro de Assistência ao Domicílio, Hospital Geral da Machava	Maputo	Disponível	março de 2002	Comunidade Santo Egidio
Hospital de Xai-Xai	Gaza	Planejado	-	Doleurs Sans Frontiers - UNICEF
Hospital de Dia Chokwe	Gaza	Planejado	-	Doleurs Sans Frontiers - Carmello Sisters - UNICEF
Hospital Provincial de Manica	Chimoio	Planejado	setembro de 2003	Cooperação Francesa - AMODEFA - HAI - Columbia University - UNICEF
Hospital Provincial de Beira	Sofala	Disponível	março de 2003	HAI - GTZ - Columbia University - UNICEF
Hospital Provincial de Lichinga	Niassa	Disponível	agosto de 2003	MSF-Suíça
Hospital Provincial de Tete	Tete	Disponível	dezembro de 2002	MSF-Luxemburgo
Hospital Provincial de Nampula	Nampula	Planejado	-	Care Internacional

Fonte: (SOUSA, 2007, p. 43)

Manjate (2011) observa que entre as razões para a implementação da terapia ARV no plano estratégico moçambicano, mesmo que tardiamente, a partir de 2004, está o fato de que, naquele momento, a provisão do tratamento antirretroviral nos países em desenvolvimento estava em destaque no cenário internacional, o que, com base na pesquisa desenvolvida até aqui, podemos afirmar dever-se principalmente a ação internacional do Brasil a respeito do tema, além disso, também como resultado da atuação brasileira, havia um “ambiente favorável em termos de redução de custos e disponibilidade de ARV’s genéricos” (MANJATE, 2011, p. 46).

Nesse contexto, o número de unidades de saúde com fornecimento do tratamento antirretroviral começou a crescer, indo de 39 em 2005, para mais de 200 em 2008, abrangendo 70% dos distritos do país. Em 2012, o número de pessoas com acesso ao tratamento antirretroviral chegou a 270 mil, representando um avanço consideravelmente positivo. Porém, os indicativos mostram que, apesar disso, no período em questão, 80% dos pacientes vivendo com HIV/AIDS em Moçambique, continuava sem acesso ao tratamento em 2008, em 2012, esse número cai para pouco mais que 50% (SEQUEIRA, 2015) (ROSSI, 2015).

Contudo, a epidemia continuou a avançar drasticamente em Moçambique, o que levou a criação da Estratégia de Aceleração da Prevenção da Infecção pelo HIV, entre 2009 e 2010, gerenciada pelo CNCS. A estratégia, fundamentava-se em oito áreas de intervenção prioritárias (aconselhamento, testagem, preservativo, populações de risco, infecções de transmissão sexual, circuncisão masculina, prevenção da transmissão vertical, tratamento e biossegurança) e no fortalecimento dos recursos técnicos e institucionais disponíveis (MANJATE, 2011).

Um ponto abordado por Braga (2017) é que a falha e as deficiências presentes nas políticas de saúde daquela região, entregam um serviço ineficaz, tanto em termos de recursos humanos, infraestrutura e equipamentos. Essa ineficácia representa um dos maiores desafios para a implementação do tratamento antirretroviral, desde a aderência ao tratamento até a garantia da continuidade do mesmo.

Nesse sentido, de acordos com dados da UNAIDS de 2008, levantados pela autora, as despesas do país no combate ao vírus subiram cerca de 198% entre 2004 e 2008. Korenromp; Gobet, *et al.* (2015) observam que, desde 2013 a UNAIDS e a OMS passaram a recomendar o crescimento da elegibilidade para o tratamento antirretroviral.

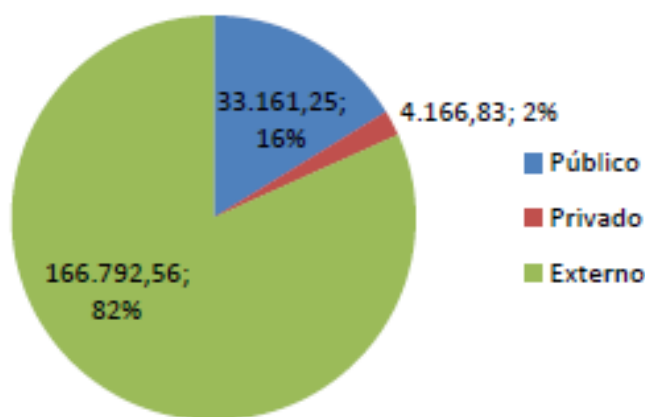
As políticas públicas em Moçambique são formuladas através de documentos de ação estratégica, traçando o Plano Quinquenal do Governo, que inclui os objetivos, prioridades e a agenda que irá pautar a ação governamental. Dessa forma, e considerando o que foi exposto até

aqui a respeito do contexto moçambicano de enfrentamento à epidemia de HIV/AIDS, o Plano Quinquenal de 2005-2009 descreveu os seguintes objetivos:

[...] (i) reduzir os níveis da pobreza absoluta, o que será feito através de actividades nas áreas da educação, saúde e desenvolvimento rural; (ii) crescimento económico rápido e sustentável, dirigido à criação de um ambiente favorável às actividades do sector privado; (iii) desenvolvimento económico do país, com uma incidência inicial nas zonas rurais e a redução de desigualdades regionais; (iv) consolidação da paz, unidade nacional, justiça, democracia e consciencialização nacional, como condições indispensáveis para o desenvolvimento harmonioso do país; (v) combate à corrupção, crime e evasão fiscal; e (vi) reforço da soberania e Cooperação Internacional (MANJATE, 2011, p. 43).

Corroborando com o que já foi anteriormente mencionado, Nhabinde (2013) coloca que, entre 2004 e 2006, 82% dos gastos de Moçambique em ações de combate à epidemia de HIV/AIDS vieram de fontes internacionais, como órgãos de financiamento internacional, ajuda de doadores e por meio de Cooperação Internacional. Apenas 16% do montante vinha do governo Moçambicano e 2% da iniciativa privada. O gráfico abaixo ilustra essa situação.

Figura 15: Fontes de financiamento do combate ao HIV/AIDS



Fonte: (NHABINDE, 2013, p. 48)

Nhabinde (2013) demonstra a dependência de Moçambique dos mecanismos de ajuda e de financiamento internacional através de números. Em especial, após a introdução do tratamento antirretroviral entre as políticas moçambicanas de enfrentamento do HIV. De acordo com o autor, em 2000, estimava-se que os gastos com a terapia por paciente girava em torno de 500 dólares, e calculava-se que 1,2 milhões de moçambicanos viviam com o vírus naquele período, o que resultava em um orçamento de 600 milhões de dólares apenas em medicamentos. Para o autor, esses números demonstram uma incapacidade por parte de Moçambique de

responder a epidemia apenas com recursos internos, uma vez que “esse nível de custos não está à altura de ser suportado com base na poupança nacional pressupondo assim o recurso à poupança externa” (NHABINDE, 2013, p. 51).

Assim, a realidade em Moçambique demonstrava um sistema de saúde sobrecarregado, com a epidemia de HIV ainda em escala ascendente e alta mortalidade associada à epidemia, apesar do país ser um dos recordistas no que se refere a ajuda externa, com números que demonstravam a incapacidade do país de lidar com a epidemia com recursos próprios. Por outro lado, com a liderança brasileira, o cenário internacional indicava possível redução dos preços dos medicamentos antirretrovirais e novas possibilidades de cooperação (MANJATE, 2011).

Considerando essa realidade, a análise de Aurre (2009), pondera que, apesar das evidentes deficiências passíveis de serem identificadas no setor da saúde, avanços podem ser notados, entre eles o autor pontua os Planos Estratégicos do MISAU. Os Planos Estratégicos para Combate ao HIV/SIDA – PEN I e PEN II – e a melhor gestão dos recursos providos da Cooperação Internacional, através do SWAP (*Sector Wide Approach*), que tem o objetivo de apoiar as capacidades de prestação de serviços básicos de Estados frágeis, o que passou a contribuir para o aumento do orçamento do setor de saúde de Moçambique.

Dessa forma, apesar das dificuldades que surgem oriundas da dependência internacional e das contrapartidas impostas por parte dos parceiros de Moçambique, recorrer a Cooperação Internacional para a auxílio no desenvolvimento e implementação de políticas públicas internamente, tem se mostrado uma ferramenta capaz de minimizar as limitações e deficiências moçambicanas em diversos setores, em especial, na área da saúde. Apesar disso, a cooperação tradicional não tem resolvido questões centrais para os problemas mais graves enfrentados por Moçambique, como a falta de infraestrutura e a escassez de recursos humanos e materiais. Este é o cenário no qual a Cooperação Estruturante em Saúde do Brasil se insere como uma opção.

4.2 A TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICAS ENTRE BRASIL E MOÇAMBIQUE

Enquanto o fornecimento de medicação antirretroviral ainda começava a se estruturar em Moçambique, em virtude, principalmente, da Cooperação Internacional, com avanços importantes, mas ainda bem longe do ideal, no Brasil, o coquetel antirretroviral já chegava de maneira gratuita a todos os pacientes que precisavam dele. A política pública brasileira de acesso universal a terapia ARV é considerada modelo em todo o mundo, e colocou o Brasil em papel de liderança no enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS (ROSSI, 2015).

Nesse sentido, de um lado, como foi evidenciado na sessão anterior, temos Moçambique, com uma política pública de resposta à epidemia de HIV extremamente fragilizada em decorrência das deficiências existentes em sua estrutura de saúde - como a falta de recursos humanos, estruturais e financeiros -, um sistema de saúde fortemente sobrecarregado em função da existência concomitante de epidemias pelo país - malária, cólera, HIV - e fraca capacidade institucional. A sessão anterior também evidencia que, em busca de minimizar essas deficiências e viabilizar a implementação de políticas e ações de enfrentamento à epidemia, Moçambique tem sistematicamente recorrido ao auxílio internacional - a terapia ARV em Moçambique era 100% custeada pela ajuda internacional - majoritariamente de eixo Norte-Sul, porém, a crise internacional ameaçava a continuidade deste cenário (ROSSI, 2015).

Do outro lado, o Brasil, referência no enfrentamento da epidemia, destaca-se no mundo como uma liderança no tema, especialmente para os países localizados no Sul global. E que começa, a partir de 2003, com a eleição do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, a se posicionar internacionalmente com uma política externa ativa, de afirmação, visando ganhar espaço e se consolidar internacionalmente e fortemente voltada para a Cooperação Sul-Sul, especialmente na área da saúde, onde a política pública implementada para o combate ao HIV, havia se convertido em capital político para a política externa.

Nesse contexto, os países se aproximam, Moçambique, buscando na política pública brasileira soluções para as deficiências das políticas implementadas internamente, e o Brasil, ofertando, através da Cooperação Estruturante em Saúde, a transferência de suas políticas públicas, com o objetivo de se consolidar internacionalmente como um ator de relevância crescente. Este é o processo explorado nessa sessão. Primeiramente descrevendo a aproximação entre os países, seguindo para o estudo sobre a Cooperação Internacional estabelecida entre Brasil e Moçambique e por fim, voltando-se para o Projeto de Implementação da Fábrica de Medicamentos Antirretrovirais, conhecida como Sociedade Moçambicana de Medicamentos.

4.2.1 A Cooperação em Saúde entre Brasil e Moçambique

Em 15 de setembro de 1981, Ramiro Saraiva Guerreiro, então Ministro das Relações Exteriores do Brasil, do governo de João Figueiredo, ainda no contexto da ditadura militar brasileira, assinou em conjunto com Joaquim Chissano, Ministro dos Negócios Estrangeiros de Moçambique, o Acordo Geral de Cooperação entre a República Popular de Moçambique e a República Federativa do Brasil (Anexo I). Naquele contexto, a política externa brasileira vinha

se estruturando em torno do chamado “Pragmatismo Responsável”, implementado ainda no governo Geisel, e que visava uma maior aproximação do Brasil com os países em desenvolvimento, visando alargar o espaço de atuação do país e promover a industrialização e o desenvolvimento nacional. Por outro lado, Moçambique tinha acabado de ter a sua independência reconhecida por Portugal, em 1975, e já vivia sobre as tensões oriundas dos conflitos armados que sucederam à independência.

O acordo estabelece entre as partes “relações de cooperação econômica, científica, técnica e cultural” baseadas no princípio da igualdade, do benefício recíproco, respeito à soberania e integralidade territorial, não-ingerência e da autodeterminação dos povos (BRASIL e MOÇAMBIQUE, 1981).

Apesar disso, as relações entre Brasil e Moçambique ao longo de todo o século XX foram de relativo distanciamento, fato observado em virtude, principalmente, do posicionamento brasileiro em apoio ao colonialismo português (ALMEIDA, 2016). O posicionamento do Brasil só muda tardiamente, em 1974, as vésperas da independência moçambicana, e marcando as relações entre países, naquele período, por certa desconfiança e ressentimento.

Assim sendo, durante todo o século XX, as relações entre Brasil e Moçambique tiveram pouca relevância para os dois países. É apenas a partir da virada para o século XXI, com a reorientação política do Brasil e também em função do crescimento da exploração de minérios em Moçambique, que essas relações passaram a ganhar mais importância (ALMEIDA, 2016).

De acordo com Sequeira (2015), em 2021, o programa bilateral de cooperação entre os países contava com 21 projetos em execução e 09 em negociação. De acordo com o portal da Agência Brasileira de Cooperação, acessado em 27 de novembro de 2022, durante toda a história da cooperação estabelecida entre Brasil e Moçambique, foram firmados 131 tratados de cooperação entre os dois países, sendo 25 deles na área da saúde, e 06 no tema específico do combate ao HIV/AIDS. Nesse sentido, e de acordo com Esteves, Gomes e Fonseca (2016), Moçambique tem sido um dos parceiros chave da política externa brasileira de cooperação em saúde pública.

Em junho de 2001, foi assinado em Brasília o Protocolo de Intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique sobre Cooperação Técnica na Área da Saúde (Anexo I), após missão diplomática da Vice-Ministra da Saúde de Moçambique ao Brasil em maio do mesmo ano. O protocolo comprometia os Estados a um regime de reciprocidade em cooperação técnica na área da saúde, incluindo capacitação

profissional e transferência de tecnologias (BRASIL e MOÇAMBIQUE, 2001). Dois anos depois, em novembro de 2003, um novo protocolo é assinado em Maputo, após missão da FIOCRUZ, sobre cooperação científica e tecnológica na área da saúde (Anexo I). O protocolo tinha por objetivo a estabelecer cooperação científica entre os países para viabilizar a transferência de capacidades e tecnologias para a produção de medicamentos antirretrovirais genéricos (BRASIL e MOÇAMBIQUE, 2003). De acordo com o documento:

O presente Protocolo de Intenções (doravante denominado “Protocolo”) tem por finalidade fortalecer a cooperação bilateral mediante o desenvolvimento de projetos conjuntos de pesquisa e o intercâmbio de conhecimento e de meios necessários para a produção de medicamentos de antirretrovirais genéricos, tendo em vista a intenção do Governo de Moçambique de instalar e gerenciar laboratório farmacêutico público (doravante denominado Laboratório) para atender predominantemente as necessidades de saúde pública de Moçambique (BRASIL e MOÇAMBIQUE, 2003).

Os projetos de Cooperação Internacional para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS firmados entre Brasil e Moçambique encontrados durante a pesquisa ao site da ABC, são os que se seguem: Capacitação em Produção de Medicamentos Antirretrovirais; Missão Técnica de detalhamento do Projeto de Instalação da Fábrica de Medicamentos Antirretrovirais e outros em Moçambique; Estudo Técnico para a Instalação de Fábrica de Medicamentos Antirretrovirais em Moçambique; “Estamos Juntos” – Políticas Sociais, promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva e Prevenção das DST e AIDS – módulos I e II; e Estudo de Viabilidade Técnico Econômico para Instalação de Fábrica de Medicamentos em Moçambique para Produção de Medicamentos Antirretrovirais e outros (disponíveis no anexo I).

Para além dos projetos de cooperação desenvolvidos sobre o tema específico da AIDS, cabe destaque aos seguintes projetos de cooperação em saúde: Fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique (Anexo I); e Fortalecimento Institucional do Órgão Regulador de Medicamentos de Moçambique como agente regulador do setor farmacêutico (Anexo I).

De acordo com Sequeira (2015), o Ministério da Saúde do Brasil, em documento da Secretaria de Vigilância em Saúde, confere destaque para o projeto de cooperação em saúde entre Brasil e Moçambique para a criação do Mestrado em Ciências da Saúde e o fortalecimento das políticas de combate à epidemia de HIV/AIDS através dos projetos de cooperação entre os dois países.

Com base no que foi apresentado no terceiro capítulo e ao nos voltarmos para os projetos de cooperação bilateral acordados entre o Brasil e Moçambique, observamos que a cooperação

brasileira se difere da cooperação tradicionalmente recebida por Moçambique, nos termos da cooperação Norte-Sul, que, como debatido, inviabiliza a apropriação da política por parte de Moçambique, e que sempre se caracterizou pelos condicionalismos impostos.

Assim sendo, a Cooperação Brasil-Moçambique em saúde caracteriza-se como Cooperação Sul-Sul, de caráter estruturante, ou seja, visando o desenvolvimento e o fortalecimento do sistema de saúde moçambicano, a capacitação de recursos humanos, além do enriquecimento estrutural, contando, para tanto, com forte atuação de órgãos e entidades da burocracia interna brasileira.

No caso em questão, nota-se com destaque a atuação da Fundação Oswaldo Cruz para a introdução e a estruturação de uma estratégia diferenciada de cooperação. A relevância da atuação da FIOCRUZ em Moçambique é evidenciada no plano de cooperação definido entre o Instituto Nacional de Saúde de Moçambique (INS) e a FIOCRUZ, definido em outubro de 2012, projetando cooperação entre as instituições para os cinco anos seguintes e com uma abordagem multissetorial, que incluía pesquisa e ensino, vigilância e informação (ESTEVES, GOMES e FONSECA, 2016).

Frisso (2018) aponta a criação de redes estruturantes como central nos projetos de cooperação sob a coordenação da FIOCRUZ em Moçambique. Essas redes estruturantes estariam relacionadas ao desenvolvimento da capacidade de trabalho, através da capacitação de recursos humanos em saúde, como uma resposta a deficiência tanto em número quanto em qualidade desse recurso. O caráter estruturante da cooperação brasileira prometia ainda apropriação a Moçambique, uma vez que tinha por objetivo o fortalecimento estrutural, institucional, técnico e humano da saúde no país.

Figura 16: Cooperação em Saúde (Brasi/Moçambique 2003-2012)

Título do Projeto	Valores (US\$)	Instituição Executora	Instituição Financiadora	Situação em dezembro de 2012
1. Estudo de viabilidade técnico-econômico para a instalação de fábrica de medicamentos, em Moçambique, para a produção de medicamentos antirretrovirais e outros.	500.000,00	Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)	Agência Brasileira de Cooperação (ABC)	Assinado em 2005, já concluído
2. Capacitação em produção de medicamentos antirretrovirais.	1.009.208,00	FIOCRUZ	ABC	Assinado em 2008, em execução
3. Apoio aos programas de saúde infantil, reprodutiva e do adolescente - Banco de Leite.	519.080,00	FIOCRUZ e Instituto Fernandes Figueira (IFF)	ABC	Assinado em 2011, em execução
4. Apoio aos programas de saúde infantil, reprodutiva e do adolescente - Núcleo de Tele-Saúde, Ensino a Distância e Bibliotecas.	317.200,00	FIOCRUZ e IFF	ABC	Assinado em 2011, em execução
5. Apoio aos programas de saúde infantil, reprodutiva e do adolescente - Atenção à saúde materna e neonatal e fortalecimento de ações de promoção da saúde do adolescente.	-	FIOCRUZ e IFF	ABC	Em negociação
6. Fortalecimento institucional do órgão regulador de medicamentos de Moçambique como agente regulador do setor farmacêutico.	453.236,00	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	ABC	Assinado em 2008, negociando a 2ª fase
7. Fortalecimento das ações de prevenção e controle do câncer em Moçambique.	394.698,00	Instituto Nacional do Câncer (INCA)	ABC	Assinado em 2010, em execução

8. Apoio ao desenvolvimento de política nacional de saúde oral em Moçambique: pesquisa em saúde bucal na capital Maputo.	329.340,00	Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)	ABC	Assinado em 2010, em execução
9. Apoio ao sistema de atendimento oral de Moçambique: capacitação de técnicos em prótese dentária.	269.050,00	SAS	ABC	Assinado em 2010, em execução
10. Fortalecimento da resposta à epidemia de HIV/SIDA de Moçambique.	1.140.295,00	Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)	ABC e USAID	Assinado em dezembro de 2012

Fonte: (MILANI e LOPES, 2014, p. 66)

Outro diferencial da cooperação brasileira, fundamenta-se no discurso que sustentou a política externa de cooperação em saúde do Brasil durante o período em estudo. O discurso do governo brasileiro nesse sentido, pregava a solidariedade e afirmava que o país não buscava por nenhum interesse econômico; pregava como fundamentos basilares da cooperação brasileira a solidariedade com os países do Sul, que compartilham do mesmo passado colonial, a não imposição de condicionalidades e o respeito incondicional à soberania dos Estados parceiros (ALMEIDA, 2016). Seguindo nesse tema, a escolha linguística também pode ser considerada um diferencial. Ao substituir os termos doadores e receptores, e adotar o termo “parceiro”, o governo brasileiro conferia agência para Moçambique.

Objeto desse estudo, cabe destaque ao projeto de cooperação sobre a viabilidade para a implementação da fábrica de medicamentos antirretrovirais, sendo um dos mais robustos projetos de cooperação do Brasil, possuía como objetivo a construção de uma infraestrutura em Moçambique para o benefício do sistema de saúde local. Nesse sentido, vários outros projetos estão associados a este, como podemos observar entre os projetos citados no início dessa sessão, projetos que visavam a capacitação de profissionais para a fábrica, e o fortalecimento do órgão responsável pela regulação de medicamentos (FRISSE, 2018). Outra peculiaridade deste caso, é o fato de a cooperação brasileira ter de ser caracterizada como *demand driven*, ou seja, iniciam-se a partir da iniciativa do país parceiro. Contudo, no caso da fábrica de medicamentos, é possível perceber o interesse e a iniciativa do Brasil para fazer o projeto acontecer (MILANI e LOPES, 2014).

[...] Pode-se observar que, no caso da CSS brasileira em saúde em Moçambique, os projetos são fundamentalmente de cooperação técnica, mediante transferência de políticas públicas e de práticas de gestão implementadas anteriormente no Brasil, consideradas bem-sucedidas, mas raramente com transferência de fluxos financeiros (MILANI e LOPES, 2014, p. 68).

Cabe ressaltar a respeito da cooperação ofertada pelo Brasil a Moçambique, o reconhecimento internacional conferido ao Brasil na área em questão. Tendo o país se tornado uma referência no tratamento de pacientes HIV positivos, não apenas pela efetividade da política pública adotada internamente, mas também pelo engajamento internacional brasileiro, que atuou como uma liderança internacional em defesa do acesso universal aos medicamentos antirretrovirais.

Considerou-se, por fim, que a luta contra a epidemia de AIDS no Brasil é um sucesso devido às quedas dos índices de mortalidade e morbidade a partir de 1996 e sustentada pela organização da rede de serviços, pela disponibilização de medicamentos antirretrovirais e pelas ações de prevenção (FRISSO, 2018, p. 82).

Esse reconhecimento, sustentou o protagonismo que o Brasil buscou exercer a partir dos anos 2000 nas questões de saúde global, defendendo a redução dos custos dos medicamentos importados e a produção nacional de medicamentos genéricos para garantir a distribuição universal e se posicionando com uma Política Externa em Saúde que trata o acesso a medicamentos como uma questão de direitos humanos. Tudo isso foi fundamental para credenciar a política brasileira como modelo e sustentar o processo de transferência para a instalação de uma Fábrica de Medicamentos Antirretrovirais em Moçambique (FRISSO, 2018).

4.2.2 A aproximação brasileira e as negociações

A aproximação entre Brasil e Moçambique para a cooperação em saúde visando a construção de uma fábrica de medicamentos no país começa no primeiro mandato do presidente Lula. A proposta, com iniciativa do presidente brasileiro, visava a viabilização da transferência de tecnologia e de políticas por parte do Brasil, oferecimento de medicamentos produzidos no Brasil e capacitação de força de trabalho para o combate à epidemia (FRISSO, 2018).

A ideia da construção da fábrica é exposta ao governo de Moçambique pelo então Ministro das Relações Exteriores do Brasil, o chanceler Celso Amorim, em maio de 2003, e o

protocolo de intenções foi assinado na primeira visita de Lula a Moçambique como presidente do Brasil (ROSSI, 2015), quando Lula faz compromisso público de desenvolver junto a Moçambique um programa de cooperação voltado para a solução do problema da AIDS, do qual a estruturação de uma fábrica de medicamentos antirretrovirais fazia parte (ALMEIDA, 2016).

Como foi amplamente exposto na sessão anterior, a dependência de Moçambique da ajuda externa sempre foi bastante expressiva. O que fez com que o país adotasse diversas estratégias para administrar as questões impostas pelo grande volume de ajuda internacional, em especial no que se refere ao combate ao HIV. De acordo com Sarah Lucas,

[...]Moçambique é praticamente um laboratório para diferentes tipos de ajuda externa. Todo modelo de prestação de ajuda está sendo implementado no país – de apoio a projectos a auxílio directo ao orçamento, de programas que trabalham totalmente afastados do governo, de investimentos em saúde e educação para investimentos no desenvolvimento do sector privado e capacitação em negociações comerciais (LUCAS, 2005 *apud* MANJATE, 2011).

Sobre essa dependência moçambicana da ajuda internacional, seguindo o raciocínio de Manjate (2011), podemos concluir que a ajuda internacional em Moçambique se retroalimentava ao se mostrar, de certa forma, ineficiente. De acordo com o autor, três falhas centrais justificam esse fenômeno: primeiro, não havia apropriação por parte do país dos projetos e programas de desenvolvimento viabilizados por meio da ajuda externa. Os processos, geralmente, inteiramente dominados pelo doador, acabam se mostrando inviáveis devido à falta de integração com os governos locais. Uma das causas apontadas pelo autor, que dificulta a apropriação dos projetos e dos produtos gerados, nesses casos, são os condicionalismos impostos neste tipo de ajuda. A segunda falha está relacionada a falhas na estratégia de gestão por parte do governo, faltando coordenação para acompanhar os tantos projetos de cooperação em desenvolvimento e incorporá-los em suas próprias estratégias para o desenvolvimento. Já a terceira falha, refere-se ao fato de que muitas vezes, os fundos do doador se esgotam, levando ao abandono de projetos.

Contudo, apesar das falhas, a ajuda internacional Norte-Sul era responsável pela provisão de 100% dos medicamentos antirretrovirais disponibilizados pelo sistema de saúde moçambicano e o avanço da crise internacional no início dos anos 2000 ameaçava a continuidade do auxílio, complicando a situação do país, que dependia da manutenção da ajuda. De acordo com Rossi (2015), naquele período alguns países doadores começaram a suspender os fundos para o combate à AIDS, e a adesão de novos pacientes ao tratamento foi suspensa.

Almeida (2016, p. 54) observa que a grande dependência de ajuda externa do governo moçambicano fez com que o governo brasileiro selecionasse o país para implementar um dos “projetos mais emblemáticos da política externa no continente africano”. Em um contexto no qual o enfraquecimento da ajuda Norte-Sul, novamente levava Moçambique a se voltar ao cenário internacional em busca de soluções. Dessa forma,

[...] o Brasil não pretenderia apenas implementar ações isoladas e sim conceber e praticar uma cooperação com impactos de longo prazo (a chamada “cooperação estruturante em saúde”, nos termos da AISA do MS), agregando capacitação e transferência de mecanismos de gestão que permitam estruturar o sistema de saúde em Moçambique (MILANI e LOPES, 2014, p. 69).

A proposta de cooperação oferecida pelo Brasil para a política moçambicana de combate ao HIV/AIDS é revolucionária ao oferecer algo completamente diferente do que vinha sendo entregue através da cooperação Norte-Sul. Tinha como objetivo “empoderar o governo moçambicano com a criação de estruturas capazes de oferecer melhores condições de resposta aos desafios impostos pela presença do HIV e da AIDS no país” (ALMEIDA, 2016, p. 56), promovendo a autossuficiência moçambicana na produção de antirretrovirais e viabilizando uma maior abrangência e acessibilidade da política de saúde do país.

4.2.3 A Sociedade Moçambicana de Medicamentos

Quando Moçambique volta-se ao cenário internacional em busca de soluções, o Brasil não é o único país pleiteando desenvolver parcerias com o país. Outros países considerados emergentes, como a Índia e a China, estavam tentando se aproximar da África através do oferecimento de cooperação, tendo a China disputado diretamente com o Brasil nessa temática, tentando negociar a construção de uma fábrica de antirretrovirais privada, com a promessa de começar a construção imediatamente e a custos bem inferiores se comparados aos do Brasil. Porém, a implementação de duas indústrias farmacêuticas se mostrou inviável para Moçambique, sendo necessária a escolha (ROSSI, 2015).

Depois das cartadas da China, o governo Lula sentiu o interesse de Moçambique esfriar. A fábrica era a menina dos olhos da política africana petista. Poderia demonstrar a importância que o Brasil queria conferir às suas novas conexões com a África, bem como o diferencial da cooperação brasileira em relação à prestada pelo resto do mundo [...] em abril de 2004, o diretor do Departamento da África do Itamaraty foi enviado para Maputo em viagem urgente para tratar do assunto. Se reuniu com o Ministro da Saúde moçambicano e citou “a importância política para os dois países”, “já que se trata da primeira experiência de transferência de tecnologia

em área de alta sensibilidade social e econômica, num contexto de efetiva Cooperação Sul-Sul” (ROSSI, 2015, p. 266).

Em um primeiro momento, o órgão responsável pelo projeto foi o Ministério da Saúde brasileiro, posteriormente, foi encaminhado para que a FIOCRUZ fosse a responsável pela execução. A coordenação do projeto ficou a cargo da ABC, em parceria com a AISA, do lado brasileiro, já do lado moçambicano, o Ministério dos Negócios Estrangeiros e Cooperação e o Secretário Permanente e Direção de Planificação e Cooperação do Ministério da Saúde, foram os órgãos coordenadores (FRISSE, 2018).

Com o objetivo de reproduzir a política brasileira de acesso universal ao tratamento ARV, garantida através da produção nacional de antirretrovirais genéricos para o tratamento do HIV, o projeto de implementação da Fábrica de Medicamentos Antirretrovirais em Moçambique representou a iniciativa de Cooperação Sul-Sul mais relevante do Brasil no continente africano (ROSSI, 2015). Com essa perspectiva, Frisso (2018) pontua a atuação da AISA, na consolidação da projeção dos êxitos alcançados pelo Brasil, com a sua política pública de combate ao HIV/AIDS, internacionalmente.

Foram transferidos do Brasil para Moçambique as fórmulas para a fabricação dos medicamentos genéricos e os processos de fabricação, maquinário para a produção, mecanismos de controle de qualidade e matéria prima. Além disso, o Brasil arcou com os custos para o estudo de viabilidade e para a elaboração do plano de negócios da fábrica. Foi oferecida pelo Brasil capacitação técnica para formar recursos humanos para compor a equipe de produção, além de prover equipe, oriunda principalmente da FIOCRUZ, para desenvolvimento do projeto (ROSSI, 2015).

A primeira atividade para a implementação do projeto foi o estudo de viabilidade técnica e econômica. O Ajuste Complementar ao Acordo Geral para a implementação do estudo (Anexo I) foi assinado em julho de 2005, porém, o estudo de viabilidade foi concluído apenas em 2007, quando seria apresentado ao Ministro da Saúde de Moçambique pela FIOCRUZ, contudo, a apresentação foi cancelada, por não ter passado pela aprovação do Itamaraty. A FIOCRUZ, acreditando tratar-se apenas de questões técnicas e científicas, havia subestimado a necessidade de crivo do Itamaraty a respeito do documento, mas se tratava de um tema chave na nova agenda diplomática brasileira. Por fim, o estudo de viabilidade foi apresentado em julho de 2007, três anos após Moçambique ter preterido a fábrica chinesa pela do Brasil, e nada ainda havia saído do papel (ROSSI, 2015).

O estudo de viabilidade supracitado estimou que quando estivesse operando, a Sociedade Moçambicana de Medicamentos seria capaz de produzir 120 milhões de comprimidos e cápsulas e 6 milhões de frascos de solução pediátrica, viabilizando a cobertura de 163.400 pacientes adultos e 8.600 crianças (FRISSO, 2018).

De acordo com Rossi (2015), para o financiamento do projeto, foi encaminhado ao Congresso Nacional, projeto de lei que autorizava a doação de recursos para a instalação da fábrica, estimando-se o valor de 13,6 milhões de reais, aprovado em outubro de 2008. Contudo, ainda foi preciso que o projeto de lei passasse por três comissões, até finalmente ser sancionado, após um ano e dois meses de processo.

O maquinário, adquirido com esses recursos, só chegaria em março de 2011. Visando demonstrar pró atividade com o projeto, em outubro de 2010, um avião da Força Aérea do Brasil pousou em Maputo, levando uma emblistadeira³⁵, equipamento emprestado pela FIOCRUZ, para que fossem realizados treinamentos com a equipe técnica que seria responsável pela produção (ROSSI, 2015).

A contrapartida do governo brasileiro, a ser consignado no orçamento do Ministério da Saúde e doado ao governo moçambicano, somente foi liberada no final de 2009. Do lado moçambicano, o cronograma do projeto foi atrasado em razão da alegação de falta de recursos para compor o total da sua contrapartida (ALMEIDA, 2016, p. 57).

Rossi (2015) aponta a fábrica de medicamentos como um dos projetos que mais absorveram recursos brasileiros. De acordo com estimativa da FIOCRUZ, os gastos do Brasil com a implementação do projeto chegam a 20 milhões de dólares. Entre os custos do projeto, a autora discrimina que outros 4,5 milhões foram doados pela Vale e outros 11 milhões foram de responsabilidade do governo de Moçambique, totalizando 35,5 milhões de dólares. O projeto também representa a cooperação de maior duração do Brasil, tendo sido assinada em 2003 e atingindo a autossuficiência apenas em 2018. Na prática, o projeto só foi viabilizado com a doação da Vale (ALMEIDA, 2016).

³⁵ Equipamento responsável pela montagem e embalagem de comprimidos.

Figura 17: A Sociedade Moçambicana de Medicamentos



Disponível em: <<http://www.smm.co.mz/>>. Acesso em 21 de dezembro de 2022.

A fábrica, chamada de Sociedade Moçambicana de Medicamentos (SMM) é localizada em Matola, região metropolitana de Maputo, caracteriza-se por ser uma fábrica extremamente pequena, contando com apenas uma unidade de produção de soros e duas linhas para a produção de comprimidos, sendo uma delas voltada para AIDS e a outra para medicamentos da atenção primária à saúde. O projeto é para que em seu ápice a fábrica produza cinco medicamentos antirretrovirais e outros dezesseis medicamentos básicos, um total de vinte e um genéricos (ROSSI, 2015).

Apesar do porte pequeno da fábrica, a relevância do projeto é justificada por representar a única unidade pública de produção de medicamentos para o enfrentamento da AIDS na África, para Moçambique, a relevância é ainda maior, pois a SMM é a única indústria voltada para a produção de fármacos no país, que antes dependia exclusivamente da importação (ROSSI, 2015).

Entre os desafios impostos pela realidade local para a implementação da fábrica, Rossi (2015) identifica a escassez de formação profissional em farmácia, limitadas opções de mão de obra qualificada, dificuldades no fornecimento de insumos e matéria prima, e falta de infraestrutura, aspecto que pode comprometer a produção.

As instalações foram concluídas em 2010 e o primeiro lote de medicamentos fabricado foi entregue em novembro de 2012, uma década após o início das negociações. Quando da

entrega do primeiro lote, a equipe de fabricação contava com cinco homens, responsáveis por toda a medicação estimada para ser fabricada na fase inicial de funcionamento da fábrica. Um diferencial do projeto desenvolvido entre Brasil e Moçambique é a sua característica estruturante, que visava, ao final do projeto, que as atividades fossem executadas pelos moçambicanos, sem necessidade de se estabelecer dependência com o Brasil. A produção começa com a produção da lemivudina, medicamento genérico integrante do tratamento contra o HIV, em outubro do mesmo ano, é produzido o segundo medicamento, a nevirapina (ROSSI, 2015).

Ainda de acordo com a autora supracitada, em função desse projeto, os doadores de cooperação tradicionais, começam a levantar desconfianças contra a proposta brasileira, e passa a existir em Moçambique uma espécie de disputa entre dois modelos distintos de cooperação. O Norte-Sul, que doava 100% dos medicamentos antirretrovirais utilizados por Moçambique, e a “ideia brasileira de compartilhar tecnologia de produção de genéricos de alta complexidade” (ROSSI, 2015, p. 265), realizando transferência de políticas bem-sucedidas internamente, através do compartilhamento de processos, tecnologia e conhecimento.

Diante do grave quadro humanitário decorrente do HIV e AIDS, a cooperação brasileira soma-se a um conjunto de instituições presentes em Moçambique especializadas no tratamento do tema. Nota-se, no entanto, que a iniciativa de instalação de uma fábrica de produção de medicamentos é inédita no continente africano e permite ao país experimentar um grau de autonomia para a formulação de políticas na área sem precedentes. A cooperação brasileira se diferencia, portanto, por afirmar a necessidade de fortalecimento do sistema público de saúde moçambicano, ao invés da criação de estruturas de atendimento paralelas, altamente dependentes das oscilações da ajuda externa (ALMEIDA, 2016, p. 58).

É importante observarmos que alguns percalços apareceram ao longo dos 10 anos de implementação do projeto. Na análise de Rossi,

[...] o Brasil não estava preparado para realizar uma iniciativa da magnitude da fábrica, considerada ambiciosa demais. O Itamaraty a via como um embaraço diplomático, já que uma série de atrasos irritou os parceiros moçambicanos. Se não desse certo, a imagem que o país queria construir na África seria abalada (ROSSI, 2015, p. 265).

Uma vez que o projeto de cooperação em questão fundamentava-se na criação de infraestrutura, trouxe consigo diversos outros projetos, necessários para sua viabilização (FRISSE, 2018). Apesar do ponto central da cooperação realizada entre Brasil e Moçambique ter sido a estruturação da fábrica, a proposta brasileira englobava ações que extrapolavam a simples instalação da fábrica. Entre as ações estavam inclusos ações de capacitação técnica dos recursos humanos e cooperação para o fortalecimento do órgão regulador de medicamentos em Moçambique (ALMEIDA, 2016).

Nesse sentido, entre os pontos positivos a serem observados, Frisso (2018) aponta que a cooperação brasileira acaba por contribuir para o fortalecimento da força de trabalho moçambicana em saúde, um aspecto historicamente fragilizado na política pública do país, evidenciados nos projetos consequentes desse projeto principal, como “os Programas para a Consolidação do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique com os cursos de Mestrado em Ciências da Saúde e em Sistemas de Saúde” (FRISSE, 2018, p. 80).

Entre os problemas identificados como causas que dificultaram o andamento do projeto, Almeida (2016) cita o fato de que nenhum estudo de viabilidade foi feito antes do compromisso ser firmado, o estudo, como mencionado, foi realizado posteriormente, pela FIOCRUZ, órgão responsável pela execução do projeto.

Almeida (2016, p. 57-58) aponta ainda que próximo a inauguração da fábrica, a equipe brasileira responsável pela implementação do projeto, ainda sentia certa resistência ao projeto por parte do governo de Moçambique. De acordo com a autora, isso se dá, pois o projeto significou a transformação "de uma política pública extremamente dependente de ajuda externa para uma que colocou o governo moçambicano no centro da gestão de uma área de política social fundamental para a atenção a HIV e AIDS" e isso traz consequências. Entre elas: fortalecimento do orçamento para arcar com os gastos referentes a recursos humanos, manutenção e matéria prima e fortalecimento do órgão de regulação de medicamentos, ações que demandavam muito do governo de Moçambique.

Entre as críticas à cooperação brasileira, cabe mencionar: o desconhecimento da população de Moçambique do projeto, mesmo depois da inauguração da fábrica; alguns críticos também apontam que a instalação da fábrica visava afiançar o mercado de medicamentos africano para o Brasil; que o Brasil teria o interesse de fornecer insumos para Moçambique, fidelizando um mercado; ou que o projeto, na verdade, visava o financiamento das empresas que forneceram os equipamentos para a fábrica (ALMEIDA, 2016). A autora fundamenta a resposta às críticas levantadas em três pontos: 1) após a entrega, a SMM passou a ser de propriedade do governo de Moçambique, o que significa que nem o governo do Brasil, e nenhuma outro órgão brasileiro possui qualquer percentual acionário ou direito ao que for produzido; 2) sobre os insumos, deve-se levar em conta que o Brasil importa seus insumos da China e da Índia; 3) o fato da compra do maquinário ter sido feita dentro do Brasil, justifica-se por questões logísticas, uma vez que nunca foi caracterizada como uma condicionalidade para a efetivação da cooperação (ALMEIDA, 2016).

Um ponto importante a ser observado, é que a Sociedade Moçambicana de Medicamentos foi vinculada pelo governo moçambicano ao órgão que cuida das privatizações no país, o Instituto de Gestão de Empresas e Participação do Estado (IGEPE), o que trouxe certa preocupação ao Brasil, de que a fábrica fosse vendida, contudo, Almeida (2016) analisa que

[...] no caso da fábrica de medicamentos, a cooperação brasileira reafirmou os princípios orientadores da Cooperação Sul-Sul e buscou diferenciar sua presença das demais agências estrangeiras. Apesar da possibilidade de o governo moçambicano se desfazer da fábrica, o posicionamento do governo brasileiro foi de respeito à soberania daquele Estado, não impondo qualquer condicionalidade sobre a fábrica e expressando, portanto, uma relação fundada na crença real da possibilidade de aperfeiçoamento da resposta do sistema público de saúde para a questão do HIV e AIDS por meio da reunião de esforços entre os países. Mesmo que do projeto possam advir vantagens para instituições como a FIOCRUZ – a maior visibilidade de sua presença no continente colaborou para um importante acordo com a Fundação Bill & Melinda Gates na área de produção e exportação de vacinas para países africanos –, as vantagens porventura auferidas enquadram-se na ideia de benefício mútuo, o que reforça todos os participantes da arquitetura da cooperação (ALMEIDA, 2016, p. 59).

Milani e Lopes (2014) observam outros pontos de fragilidade no desenvolvimento do projeto aqui estudado. De acordo com os autores, a grande quantidade de atores envolvidos no projeto, o fato de se tratar de dois países com culturas organizacionais diferentes e diversas falhas administrativas e burocráticas, além do baixo número de profissionais especializados, fizeram com que o cronograma não acompanhasse o curso esperado e a entrega da fábrica fosse adiada. Milani e Lopes (2014) também pontuam que aparentemente, o governo brasileiro esperava encontrar menos diferenças e maior facilidade de negociação e cooperação, o que, para os autores, demonstra certo desconhecimento da realidade moçambicana.

Outro ponto que dificultou o andamento da cooperação, diz respeito a estrutura física da fábrica. O governo Moçambicano opta por comprar a estrutura já existente, de uma fábrica de soros desativada, e que pertencia a um Ministro de Estado, em Matola, região metropolitana de Maputo. Essa opção não estava entre as alternativas contempladas pelo estudo de viabilidade. A estrutura, de 20.000 m², sendo 3.000 m² de área construída demandava reforma para viabilizar a execução do projeto (MILANI e LOPES, 2014). Os autores afirmam, que de acordo com seus entrevistados, pouco depois da compra, o governo de Moçambique alegou não possuir os recursos levantados no orçamento para a reforma do prédio, na ordem de US\$ 5,4 milhões, o que gerou um grande impasse para a continuação do projeto, além de muito desgaste. Após negociações, a solução apresentada pelo presidente Lula, contava com uma doação da Vale do Rio Doce, empresa brasileira presente em Moçambique, atuando na exploração de minérios. Com essa doação, a Vale cobriu 75% da parte moçambicana no projeto.

Porém, os impasses seguiram acompanhando a implementação da SMM. Milani e Lopes (2014), relatam que quando da inauguração da fábrica, em um momento em que o então vice-presidente do Brasil, Michel Temer, já estava no país, foi lançado uma nota à imprensa por parte do governo moçambicano, afirmando que a inauguração não ocorreria, pois a fábrica ainda não produzia medicamentos. Naquele momento, a fábrica apenas embalava medicações que vinham do Brasil. Por mais que o maquinário já estivesse em solo moçambicano, a SMM ainda se encontrava carente de recursos humanos capacitados para operar e monitorar a produção. Assim, a solução foi chamar a cerimônia de “arranque das operações da fábrica”, ocorrido em julho de 2012 (MILANI e LOPES, 2014). Meses depois, em novembro de 2012, agora como ex-presidente, Lula volta a Moçambique para participar da entrega do primeiro lote de Nevirapina, medicamento antirretroviral, ao MISAU.

4.3 ANÁLISE DO CASO BRASIL-MOÇAMBIQUE E A SMM

Como foi demonstrado ao longo desse estudo, a partir dos anos 2000, e compreendendo o período em análise, tendo como marco inicial o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, podemos observar que a política externa brasileira volta-se para o setor de políticas públicas, com uma estratégia de selecionar soluções bem-sucedidas quando aplicadas internamente no país, para difundi-las internacionalmente a países em desenvolvimento, com problemas e desafios semelhantes aos enfrentados pelo Brasil. Nesse sentido, podemos notar uma dinâmica de transferência de políticas fortemente implementada à agenda de política externa brasileira através da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento e sob a coordenação da Agência Brasileira de Cooperação (ABC).

As políticas públicas consideradas como “boas práticas” por agências internacionais ou organizações não governamentais (ONG) são frequentemente reproduzidas fora de seus contextos originais [...] Esse tipo de transferência internacional de políticas públicas constitui um dos instrumentos mais usados no âmbito da CSS brasileira [...] Esse fenômeno, também conhecido como “internacionalização de políticas públicas”, pode ser explicado sistematicamente, à luz das relações internacionais e do papel tanto dos Estados e das agências internacionais, quanto das organizações não governamentais nos processos de globalização, intensificação das interdependências, mas também das assimetrias (MILANI e LOPES, 2014, p. 61).

Como anteriormente mencionado, buscaremos analisar esse processo com base no modelo de ciclos de políticas, visando demonstrar a perspectiva deste estudo, de política pública como política externa e o modelo de análise de transferência de políticas desenvolvido por Dolowitz e Marsh, que define o processo de transferência de políticas como o repasse de

experiência, conhecimento, políticas e arranjos administrativos, anteriormente implementados em um determinado contexto, para serem adaptados a um novo tempo e lugar (MILANI e LOPES, 2014).

Dessa forma, esta sessão versa sobre a aplicação dos modelos propostos, de forma a viabilizar a análise do caso em questão. Assim, por questões metodológicas e visando proporcionar melhor compreensão da proposta, este capítulo está organizando em três sessões. A primeira, trata da aplicação do modelo de ciclos da política ao estudo de caso aqui desenvolvido. A segunda, da aplicação do modelo de análise de transferência de políticas de Dolowitz e Marsh e a última, realiza uma análise com base no que foi levantado nas sessões anteriores.

4.3.1 Aplicação dos modelos de ciclos da política

O modelo de ciclos da política pública, detalhado no primeiro capítulo, nos permite visualizar o processo de implementação de uma política pública no ambiente interno de um determinado sistema político. De acordo com o modelo, a partir da identificação do problema e da inserção deste na agenda, os tomadores de decisão definem as opções de solução para o referido problema. A partir disso, definem a política a ser implementada, no processo de tomada de decisão, partindo então para a fase de implementação. Por fim, o ciclo se fecha com a avaliação sobre a eficácia da política implementada.

No caso aqui estudado, é necessário que olhemos para dois ciclos de políticas desenrolados em ambientes internos distintos: o sistema político brasileiro e o sistema político moçambicano.

A partir disso, buscou-se retratar os ciclos da política de resposta à epidemia de HIV/AIDS no sistema político brasileiro ao longo do segundo capítulo, assim como a primeira sessão deste capítulo buscou o mesmo objetivo referente ao sistema político moçambicano.

No Brasil, o problema é identificado em 1980, quando o Boletim Epidemiológico reporta o primeiro caso de óbito pela infecção, que naquele momento, se quer era chamada de Adis. Em Moçambique, é em 1986 que o problema é identificado, com a notificação do primeiro caso de AIDS no país. Ao observarmos os dois cenários, descritos anteriormente, percebemos que a epidemia se espalha rapidamente no Brasil, enquanto em Moçambique, em um primeiro momento, o avanço da epidemia ocorre de forma mais lenta, deflagrando-se principalmente em função da elevação dos fluxos migratórios no país ao final da guerra civil.

A inserção do problema na agenda política brasileira não ocorre de imediato, os relatos expostos no segundo capítulo dão conta do fato de que, em um primeiro momento, as autoridades de saúde do país não consideravam a AIDS uma prioridade, por ser uma doença associada a grupos restritos da sociedade, o que demonstrava clara falta de percepção do avanço da epidemia por parte do governo brasileiro. No contexto brasileiro, cabe destaque para a atuação de movimentos da sociedade civil, organizações não governamentais e artistas, no sentido de pressionar o governo federal por uma resposta à epidemia. Até aquele momento, as respostas para a epidemia eram elaboradas de maneira descentralizada, através da atuação dos estados e municípios. É só em 1985, que o Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde assume a organização de uma resposta nacional à epidemia de HIV/AIDS. Em Moçambique, a resposta nacional à epidemia se insere na agenda de imediato. Como relatado, já em 1986, após a notificação do primeiro caso, já é criada a Comissão Nacional da Sida.

Sobre a definição das opções no Brasil, podemos citar a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1988, como um marco dos debates em saúde pública no Brasil, e início da construção de uma política que transformaria o Brasil em referência no mundo em saúde. São resultados da Conferência as bases do Sistema Único de Saúde e seus princípios norteadores – universalidade, integralidade e equidade -, basilares para a política brasileira de acesso universal aos medicamentos antirretrovirais, e os debates acerca da viabilidade da política de acesso universal. Os diálogos com a sociedade civil, com as ONGs atuantes na linha de frente da epidemia e os profissionais da saúde. A atuação do movimento sanitarista brasileiro para a estruturação da política de saúde pública do país também é destacada nesse momento. Nesta fase, também cabe colocar os impasses com o Banco Mundial a respeito dos empréstimos concedidos para o país e a discordância que o BM tinha, em relação à política de acesso universal no Brasil.

Em Moçambique, a falta de opções se dá especialmente em virtude dos poucos recursos financeiros, humanos e estruturais. Desde o início, o país precisa da ajuda internacional para lidar com a epidemia de HIV/AIDS em seu território. A falta de recursos atrelada aos altos custos dos medicamentos, fez com que o tratamento antirretroviral não fosse sequer considerado como uma opção em Moçambique em um primeiro momento. O tratamento passa a ser oferecido no país através da iniciativa privada, o que acaba por forçar o governo de Moçambique a estudar meios de viabilizar a distribuição de antirretrovirais no serviço público de saúde.

No Brasil, o governo opta pela política de acesso universal, mesmo indo contra a pressão internacional, e são iniciadas as negociações para a viabilização da política em 1991. Moçambique opta pela introdução do tratamento antirretroviral no seu sistema público de saúde em 2001, através da ajuda internacional de eixo Norte-Sul.

Como marco da implementação da política brasileira, destaco a criação formal, em 1988 do Programa Nacional de AIDS do Ministério da Saúde, tendo sido instalado e configurado entre os anos de 1987 e 1989. A Lei nº 9.313 de 1996, que regulamenta a distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais no país. E a política agressiva adotada pelo Brasil para a redução de preços dos medicamentos, posicionando-se internacionalmente em favor da quebra de patentes dos medicamentos, viabilizando os medicamentos genéricos, e o investimento na ampliação da produção nacional, através da Fundação Oswaldo Cruz, o que garantiria a sustentabilidade da política de acesso universal.

Em Moçambique, a implementação se dá através da aprovação do Diploma Ministerial nº 183-A/2001, que regulamenta o oferecimento do tratamento antirretroviral no sistema público de saúde, financiado exclusivamente por meio da ajuda internacional, que passa a custear 100% dos antirretrovirais distribuídos no país.

Fechando o ciclo, a política brasileira gera queda significativa no número de internações e mortos, a disseminação da doença é controlada, segurando a taxa de incidência do HIV entre a população brasileira em 0,5%, o acesso ao TARV alcança a todas as pessoas que precisam dele no Brasil. Além disso, a política brasileira de resposta à epidemia de HIV/AIDS é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde como modelo. O Brasil torna-se referência no mundo no tratamento da AIDS e passa a projetar-se internacionalmente a partir dos resultados alcançados por meio do PN-DST/AIDS e da política de acesso universal à medicamentos.

A partir disso, o Brasil se coloca no mundo como um ator de relevância em Saúde Global, e passa a oferecer Cooperação Técnica na área. Por outro lado, em Moçambique, em 2003 apenas 6.500 pacientes tinham acesso ao tratamento antirretroviral, e apenas 39 unidades de saúde ofereciam o TARV, algo em torno de 46% dos pacientes que precisavam tinham acesso a terapia (PIRES, MAREGA e CREAGH, 2017). Em 2003, Moçambique registra 24.654 novos casos da doença (SOUSA, 2007), as estatísticas indicavam que a epidemia seguia avançando no país.

Neste cenário, com a avaliação negativa da política, e a crise internacional, que ameaçava a ajuda Norte-Sul, financiadora da política moçambicana, Moçambique precisa reavaliar suas opções. Por outro lado, a avaliação positiva da política brasileira fornece todo o

fundamento necessário para a inserção do PN-DST/AIDS e da política de acesso universal na agenda de Política Externa Brasileira. Convertido em capital político internacional, o êxito da política pública brasileira é o que fundamenta o Programa de Cooperação Internacional em Saúde que passa a ser uma das agendas de maior relevância da PEB durante o governo Lula (2003-2010), pela projeção que confere ao país. Dessa forma, a PEB passa a ter suas principais ações voltadas para a internacionalização da política pública nacional de combate à epidemia de HIV, levando o Brasil a níveis de reconhecimento internacional nunca antes alcançados.

Voltando a etapas anteriores no ciclo de políticas para identificar novas opções, Moçambique recebe duas propostas de cooperação para a implementação de uma fábrica de medicamentos antirretrovirais no país. A proposta do Brasil de cooperação técnica e estruturante, voltada para o setor público, e a da China, voltada para o setor privado. Na tomada de decisão, o governo de Moçambique opta pela proposta brasileira, assinando o protocolo de intenções para o desenvolvimento do projeto em novembro de 2003.

Este processo resulta na cooperação técnica e estruturante em saúde firmada entre Brasil e Moçambique para a construção e implementação da fábrica de medicamentos antirretrovirais, Sociedade Moçambicana de Medicamentos, através da transferência de políticas, conhecimento, instrumentos e capacidades técnicas, a ser analisada pelo modelo de Dolowitz e Marsh na próxima sessão. Processo que atrelado a esta análise nos fornece arcabouço para pensarmos política pública como política externa, nos termos aqui propostos.

4.3.2 Aplicação do modelo de análise de Dolowitz e Marsh

O modelo de análise de transferência de políticas proposto por Dolowitz e Marsh fundamenta-se essencialmente em oito perguntas. A primeira pergunta “por que transferir (e de que forma)?”, visa identificar as razões para a transferência de políticas ocorrer, identificando se o processo se desenrola de maneira voluntária, mista ou coercitiva. A segunda questão busca identificar quem são os atores envolvidos na transferência. A terceira pergunta, versa sobre o que é transferido (políticas, lições, tecnologia, ferramentas etc.). As perguntas seguintes são: de quem é transferido? – entre nações? Do passado? Internamente? – Qual o tipo de transferência? – cópia, emulação, mista, inspiração? – Quais são as restrições e dificuldades na transferência de política? De qual forma a transferência de políticas é demonstrada? E por fim, como a transferência de políticas pode conduzir ao fracasso da política?

Sobre esse esquema, Milani e Lopes (2014) observam que

[...] é interessante notar que a transferência de políticas públicas também pode ser considerada uma variável dependente interpretada à luz de um conjunto de variáveis independentes, entre as quais: (i) o pluralismo dos atores envolvidos; (ii) as relações de poder entre atores assimétricos dotados de hierarquias bem definidas; (iii) as visões e os critérios sobre o que seria uma política pública “bem-sucedida” (MILANI e LOPES, 2014, p. 63).

Considerando essas variáveis, voltamos a análise para a Cooperação Sul-Sul do Brasil na área da saúde em Moçambique, que se estrutura fundamentalmente como cooperação técnica por meio da transferência de políticas públicas implementadas no Brasil (MILANI e LOPES, 2014). Destacamos, para a aplicação do modelo de análise proposto, o projeto de cooperação para a implementação da fábrica de medicamentos antirretrovirais conhecida como Sociedade Moçambicana de Medicamentos, considerada uma das ações de cooperação mais robustas da Política Externa Brasileira, que tinha por objetivo “conceber e praticar uma cooperação com impactos de longo prazo (a chamada ‘cooperação estruturante em saúde’, nos termos da AISA do MS), agregando capacitação e transferência de mecanismos de gestão que permitam estruturar o sistema de saúde em Moçambique” (MILANI e LOPES, 2014, p. 69).

Para os fins delimitados nesse estudo, serão utilizadas os seguintes elementos do modelo apresentado, a serem analisados na sequência: quais as razões da transferência de políticas? Quem são os atores envolvidos no processo? O que é transferido? De onde as lições são aprendidas? E quais os níveis de transferência aplicáveis? E quais as restrições para a transferência?

4.3.2.1 Por que transferir (e de que forma)?

Sobre as razões para a transferência de políticas, Dolowitz e Marsh (1996) ponderam que elas variam de acordo com o tipo de transferência ocorrida. De acordo com os autores, as transferências podem ser diretamente coercitivas - ou seja, quando um Estado é forçado por outro a adotar um modelo específico de política (imposição direta) -, ou voluntária, cabendo entre os dois extremos outras categorizações mistas, como ações voluntárias, mas associadas à alguma necessidade ou desejo, lições de aprendizagem, lições de aprendizagem coercitiva, é o que os autores chamam de *continuum* político.

No caso do projeto de cooperação para a implementação da fábrica de medicamentos antirretrovirais, firmado entre Brasil e Moçambique, observamos do lado brasileiro, o interesse claro de projetar-se internacionalmente através da difusão da política pública em questão. Como

demonstrado neste estudo, a realidade moçambicana apresentava uma epidemia ainda em ascensão e um sistema de saúde fragilizado, deficiente em estrutura, recursos e pessoal capacitado, atendendo apenas cerca de 40% da população e sem meios de reagir de maneira adequada à epidemia.

Através da análise proposta, percebemos que não houve, por parte do Brasil, qualquer imposição, ou condicionalidade, sobre a cooperação em curso. O discurso brasileiro, buscava distanciar-se do estilo de cooperação Norte-Sul, fortemente adotado em Moçambique. Tratava-se de um discurso que se pautava na solidariedade, visava fortalecer os laços Sul-Sul, por meio da aproximação com o passado colonial compartilhado, e com objetivos de construir condições capazes de fortalecer o sistema de saúde moçambicano, conferindo agência ao país, respeitando sua soberania e não impondo qualquer dependência.

Portanto, entre as razões para a transferência, identificamos do lado brasileiro o interesse de projeção, de se colocar no cenário internacional como um ator importante e influente. Do lado de Moçambique, entre as razões para a transferência, podemos mencionar a baixa cobertura do sistema de saúde moçambicano, a escassez de recursos, tanto estruturais, quanto humanos e financeiros, a forte dependência de ajuda internacional, o baixo alcance do tratamento antirretroviral quando do início da cooperação, e os números crescentes da epidemia no país.

Nesse sentido, o *continuum* apresentado por Dolowitz e Marsh nos permite observar que apesar de não existirem imposições ou condicionalidades entre as partes, a realidade enfrentada por Moçambique pode ser assim considerada. O caso em questão pode ser enquadrado nesse *continuum* como uma transferência mista, uma ação que, apesar de voluntária, é imposta pelas necessidades moçambicanas, e conduzidas pelo interesse político do Brasil.

4.3.2.2 Quem está envolvido na transferência?

Fundamental para os objetivos aqui propostos, entre os atores identificados, listamos, além dos governos do Brasil e de Moçambique, o Ministério das Relações Exteriores do Brasil, ator central da política externa brasileira, com a função de articular e conduzir as negociações do lado brasileiro.

O Ministério da Saúde do Brasil, responsável pela aproximação entre as pastas de saúde e política externa, e considerado um relevante difusor de cooperação técnica em saúde no

cenário internacional, o MS é o grande responsável pela projeção da política pública brasileira externamente.

A Agência Brasileira de Cooperação, citada na bibliografia e nos documentos levantados como a responsável pela coordenação, implementação e acompanhamento das ações de cooperação.

A Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde, atuou de maneira a promover a articulação, a análise e a promoção da ação. Além disso, a AISA é a responsável pelo diálogo interno entre os atores envolvidos na internacionalização da saúde, estabelecendo o contato também com representantes internacionais. É especialmente através do diálogo estabelecido entre a AISA e o MRE que as ações de cooperação bilateral em saúde são coordenadas.

A Fundação Oswaldo Cruz destaca-se por ser a instituição responsável pela execução das ações de cooperação. A tecnologia, o conhecimento e parte da estrutura transferidas no caso em estudo são oriundos da Fundação. Dessa forma, os profissionais da FIOCRUZ foram os responsáveis pela capacitação da equipe de Moçambique, bem como pela supervisão técnica e pela transferência de tecnologia, além disso, a FIOCRUZ também foi responsável pelos estudos de viabilidade necessários para a execução da cooperação. Sendo um dos atores de maior destaque no cenário em estudo. Além do Instituto de Tecnologia em Fármacos da Fundação Oswaldo Cruz (Farmanguinhos/FIOCRUZ), órgão da FIOCRUZ através do qual parte das ações foram executadas.

Destacam-se também as atuações dos profissionais de saúde que trabalharam diretamente na execução da transferência. Milani e Lopes (2014) ressaltam ainda, o papel desempenhado pelos

[...] agentes de saúde do movimento sanitário, que historicamente sempre se preocuparam e seguem atentos aos problemas transnacionais de difusão de doenças e métodos de prevenção, tendo igualmente destaque no planejamento estratégico e no desenho de horizontes futuros do campo da saúde (MILANI e LOPES, 2014, p. 62).

A empresa Vale do Rio Doce, empresa brasileira, atuante na exploração de minérios em Moçambique, e responsável pela doação que cobriu grande parte do investimento prometido por Moçambique, o que viabilizou a execução do projeto.

O Ministério da Saúde de Moçambique, responsável pela execução, registro, monitoramento e avaliação das ações de cooperação. E o Instituto de Gestão das Participações do Estado de Moçambique, responsável pela execução e monitoramento. Os profissionais moçambicanos atuantes no processo de cooperação. Os profissionais de saúde de Moçambique que foram selecionados para receber a capacitação oferecida pela FIOCRUZ. O Órgão

Regulador de Medicamentos de Moçambique, que recebeu ações de cooperação voltadas para o seu fortalecimento institucional, o viabilizando como agente regulador do setor farmacêutico.

As organizações não-governamentais atuantes no tema, que exerceram pressão sobre os governos supramencionados, a sociedade civil, e os pacientes soropositivos. Os parlamentares brasileiros, institucionalizados pelo Congresso Nacional, que aprovou a doação de parte do valor para a implementação da fábrica.

Além dos atores citados, destaca-se, de maneira notável e superando a ação do governo brasileiro, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva, fortemente envolvido no projeto, de maneira a atuar na articulação, negociação e solução de questões, mesmo após a sua saída da presidência, como relata Rossi (2015). Lula representa ainda toda a Política Externa Brasileira para a África característica daquele período, e interrompida com o fim do seu governo, uma vez que, ainda segundo a autora, mesmo durante o governo da presidenta Dilma Rousseff, do mesmo partido de Lula, as ações voltadas para o continente africano não receberam o mesmo destaque. Importante ressaltar também que é o presidente Lula o responsável por todo o discurso e simbolismo que fundamentaram a política de Cooperação Sul-Sul no período analisado.

4.3.2.3 O que é transferido?

De acordo com o Ajuste Suplementar ao Acordo Geral de Cooperação entre Brasil e Moçambique que versa sobre a instalação da Fábrica (Anexo I), são transferidos: conhecimentos em produção, em gestão industrial e controle de qualidade de antirretrovirais e outros medicamentos, tecnologias de produção, de gestão industrial e de controle de qualidade e capacitação de recursos humanos.

Rossi (2015) também aponta a transferência de equipamentos e recursos financeiros, doação de 13,6 milhões de reais aprovados pelo Congresso Nacional em 09 de outubro de 2008. Identificamos ainda, a transferência de políticas, ideologias e valores através da reprodução do acesso gratuito aos medicamentos antirretrovirais em Moçambique.

4.3.2.4 De onde é transferido?

A transferência fundamenta-se na experiência brasileira na produção, envasamento e rotulagem de antirretrovirais e outros medicamentos, e na política brasileira de acesso universal a medicamentos, implementada no Brasil a partir da criação do Sistema Único de Saúde, na

Constituição Cidadã de 1988. A política brasileira, implementada desde a criação do SUS, é fortalecida em 1996, pela lei nº 9.313, que garante o acesso gratuito e universal ao tratamento antirretroviral a todos os pacientes que dele necessitam no país. Como afirmam Milani e Lopes

Brasil tinha credenciais reconhecidas internacionalmente para implementar um projeto dessa natureza e nesse setor, uma vez que acumulava experiência no tratamento de soropositivos, em processos de empacotamento e distribuição de medicamentos, na construção de marcos regulatório em matéria de vigilância sanitária e, aspecto internacional importante, seu programa de combate contra o vírus HIV-AIDS havia sido considerado referência pela ONU (MILANI e LOPES, 2014, p. 69).

No final da década de 1990 e início dos anos 2000, com o objetivo de garantir a sustentabilidade da política, a produção nacional de antirretrovirais genéricos é fortalecida e ampliada. Ações que fornecem o arcabouço que sustenta a experiência brasileira a ser transferida a Moçambique.

4.3.2.5 Quais os tipos de transferência?

A transferência caracteriza-se como uma cópia da política brasileira de produção e distribuição de medicamentos antirretrovirais, adaptada à realidade de Moçambique.

4.3.2.6 Há restrições na transferência?

Entre as restrições identificadas, estão a complexidade política, uma vez que a implementação da fábrica demandou novos projetos de cooperação para garantir a sua viabilidade. A extensão e a pretensão do projeto superavam as expectativas brasileiras, e como afirma Rossi (2015), o Brasil não estava pronto para um projeto dessa magnitude. A multiplicidade de atores, também é um fator que dificultou o gerenciamento dos posicionamentos e interesses; a cultura política e o fato de os dois países terem culturas organizacionais distintas; questões relacionadas a complexidades burocráticas; a ausência de recursos humanos em Moçambique; diferenças quanto a gestão de prazos e quanto a análise dos resultados (MILANI e LOPES, 2014). Todos esses fatores contribuíram para que houvesse certa dificuldade de cumprimento do cronograma. Houve atraso na conclusão do projeto, e a Sociedade Moçambicana de Medicamentos foi entregue apenas em julho de 2012, quase 10 anos depois do início da cooperação. Ainda assim, em um primeiro momento, a fábrica operou

apenas envasando medicamentos que vinham do Brasil. Como relatado, o primeiro lote de medicamentos antirretrovirais foi entregue apenas em novembro daquele ano.

4.3.3 Análise dos resultados

De acordo com a FIOCRUZ, 56 funcionários de Moçambique foram treinados e capacitados pelo Farmanguinhos. As capacitações ocorreram tanto em Maputo quanto no Centro Tecnológico de Medicamentos (CTM), no Rio de Janeiro, com previsão de crescimento desse número³⁶.

Como afirmam Milani e Lopes (2014, p. 73), a Sociedade Moçambicana de Medicamentos é entregue como “uma empresa 100% pública, controlada exclusivamente pelo Estado moçambicano, que tem capacidade para produzir seis antirretrovirais e outros medicamentos”. As estimativas apontadas pelos autores sustentam que a fábrica, operando oito horas por dia, seria capaz de produzir 371 milhões de unidades para tratamento por ano: 226 milhões de antirretrovirais e 145 milhões de outros medicamentos.

Figura 18: Produção na SMM



Disponível em: < <https://www.gov.br/abc/pt-br/assuntos/noticias/projeto-da-fabrica-de-medicamentos-de-mocambique-revigorado-para-2021>>. Acesso em 15 de janeiro de 2023.

³⁶ Disponível em <<https://www.fiotec.fiocruz.br/noticias/projetos/7641-fruto-de-parceria-com-a-fiocruz-instalacao-de-fabrica-de-medicamentos-em-mocambique-e-concluida>>. Acesso em 15 de janeiro de 2023.

A cooperação se estendeu até 2021, em setembro desse ano, os governos dos dois países anunciaram a conclusão oficial do projeto. Também de acordo com a FIOCRUZ, foram transferidas tecnologias para a produção de medicamentos e capacitação de recursos humanos. E a cooperação resultou na implementação da fábrica, viabilizada por meio da aquisição, doação e instalação dos equipamentos. Segundo a Fundação, “foram mais de 35 mil horas de treinamento que resultaram na produção de 120 milhões de unidades farmacêuticas nas novas instalações”³⁷.

Dados de 2021, disponibilizados pelo Ministério da Saúde de Moçambique, revelam que, atualmente, 74% das pessoas vivendo com HIV no país tem acesso gratuito ao tratamento antirretroviral, por meio do sistema público de saúde de Moçambique, aumento considerável, se compararmos aos 40% iniciais. Além disso, os dados informam que a terapia está disponível em 94% da rede de saúde pública, o que segundo o CNCS representa 1.633 unidades de saúde. De acordo com o CNCS, até dezembro de 2020 1.319.820 adultos e 83.082 crianças tiveram acesso a terapia antirretroviral³⁸³⁹.

Por outro lado, em 2020, Moçambique registrou cerca de 98.000 novas infecções pelo vírus HIV, além de 38.000 mortes em decorrência da doença. Os números mostram, que apesar do avanço no alcance da TARV em Moçambique, as taxas de infecção e morte seguem altas e a epidemia segue não controlada. Contudo, o CNCS afirma que de acordo com as estimativas, entre 2010 e 2020 há uma queda de 33% no número de novas infecções⁴⁰.

Contudo, o crescimento do acesso a medicamentos, o crescimento do número de profissionais capacitados na área da saúde, o cenário de queda nas infecções, o que poderia projetar uma melhora do cenário moçambicano, a elevada capacidade de produção da fábrica e o fortalecimento do sistema de saúde pública de Moçambique, atrelados ao reconhecimento conferido tanto ao Brasil, quanto a Fábrica, nos levam a conclusão de que, apesar do atraso na entrega, das restrições identificadas, e dos indicadores da AIDS permanecerem elevados em Moçambique, o projeto obteve êxito.

³⁷ Idem 36.

³⁸ Disponível em: < <https://www.misau.gov.mz/index.php/441-mocambique-registou-cerca-de-98-000-novas-infecoes-do-hiv-em-2020>>. Acesso em 15 de janeiro de 2023.

³⁹ Disponível em: < <https://cncs.gov.mz/dados-nacionais/>>. Acesso em 15 de janeiro de 2023.

⁴⁰ Idem 39.

CONCLUSÃO

Este estudo buscou realizar uma investigação sobre a internacionalização da política brasileira de combate ao HIV/AIDS por meio dos processos de transferência de políticas públicas, fundamentando-se no modelo de análise proposto por Dolowitz e Marsh e no modelo de ciclo das políticas, de maneira a promover uma perspectiva de política pública como política externa e que evidenciasse o papel desempenhado pelos atores não tradicionais em política externa, oriundos da burocracia interna do Brasil em todo esse processo.

Ao adotar uma visão mais contemporânea de política externa, foi possível observar que com o avanço da globalização temas como meio ambiente, saúde, cultura e educação, passaram a se inserir na agenda das Relações Internacionais. De acordo com a bibliografia utilizada, esse movimento permitiu uma maior aproximação entre os planos doméstico e internacional. Dessa forma, atores governamentais e não governamentais, especialistas nessas áreas, passaram a contar com maior espaço de atuação na política externa.

Este cenário culminou em uma diminuição do insulamento da Política Externa Brasileira, e em um aumento da politização da PEB. Dessa forma, por mais que a política externa seja uma política de Estado, ela também é influenciada por preferências políticas e ideológicas dos líderes de governo. Como nos foi permitido observar no caso proposto, a PEB de Cooperação Sul-Sul, com foco em países africanos foi uma política adotada com maior ênfase durante o governo do presidente Lula (2003-2010), considerada um traço marcante desse governo, e contou com grande influência do governo petista para a sua condução.

A perspectiva da política externa como uma política de governo, nos permitiu olhar para o processo decisório da PEB através do modelo de ciclos das políticas públicas, o que nos auxiliou a identificar a estratégia de Cooperação Sul-Sul adotada pelo Brasil durante os governos Lula, e a inserção do PN-DST/AIDS na agenda da PEB nesse contexto.

O PN-DST/AIDS, criado formalmente em 1988, sintetiza a resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS, e visava garantir assistência médica integral no sistema público de saúde e acesso universal ao tratamento à todos os pacientes soropositivos do país. A política de acesso universal à medicamentos estava prevista na Constituição Federal Brasileira de 1988, com base nos princípios do SUS. Contudo, o acesso a terapia antirretroviral foi ratificado através da aprovação da Lei Nº 9.313 de 1996. A partir disso, o Brasil se tornou o primeiro país em desenvolvimento a ter o acesso gratuito à TARV garantido por lei.

Os números alcançados pelo Brasil, tanto na redução das mortes e internações, quanto na redução dos custos no enfrentamento da epidemia, associados a atuação internacional ativa do Brasil na defesa do acesso universal ao tratamento antirretroviral como um direito humano colocaram o país em evidência nos debates sobre Saúde Global. A partir disso, o sucesso da política pública brasileira, concederam ao país certificações e reconhecimento internacionais que projetaram o país a um nível de influência inédito até então.

Nesse contexto, o governo Lula (2003-2010) estruturou sua política externa em torno de uma estratégia de Cooperação Sul-Sul, que teve como eixo fundamental a internacionalização do PN-DST/AIDS, visando projetar o Brasil como uma potência regional e como um líder para os países em desenvolvimento.

A pesquisa nos permitiu identificar que a internacionalização da política brasileira ocorreu por meio de processos de difusão e transferência de políticas públicas, que como foi apontado, é definido como a implementação de elementos de uma política pública (mecanismos, tecnologias, conhecimentos, instrumentos administrativos e burocráticos, etc.) em outro período e em outro local. Esse processo ocorreu principalmente por meio do mecanismo da Cooperação Internacional.

Nesse sentido, a Cooperação Internacional brasileira durante o período analisado, voltou-se essencialmente para os países do Sul, e caracterizou-se principalmente como Cooperação Técnica e Estruturante. Por essa razão, o discurso brasileiro estava fortemente voltado para a construção de uma identidade fundamentada em um passado colonial compartilhado com os países do Sul global, fortalecendo os laços com os mesmos.

Além disso, o discurso do Brasil buscou defender sua própria definição de cooperação, se afastando das tradicionais características da cooperação Norte-Sul, ao substituir os termos “doadores” e “receptores” por “parceiros” e ao defender a cooperação para o desenvolvimento com respeito à soberania estatal, independência econômica e igualdade de direitos. Se baseando no princípio da não intervenção em assuntos internos, a não imposição de condicionantes e o foco em seu aspecto horizontal e estruturante, ou seja, no desenvolvimento de capacidades e no fortalecimento institucional dos países parceiros.

No caso em questão a transferência política foi efetivada por meio da Cooperação Técnica e Estruturante para a implementação da fábrica de medicamentos antirretrovirais e outros medicamentos conhecida como Sociedade Moçambicana de Medicamentos. Com a aplicação do modelo de Dolowitz e Marsh foi possível identificar que foram transferidos conhecimentos, instrumentos, tecnologias e capacidades, além de recursos financeiros.

Entre os atores nacionais identificados na implementação dessa política externa, podemos mencionar o Ministério das Relações Exteriores, a Agência Brasileira de Cooperação, o Ministério da Saúde, a Assessoria Especial de Assuntos Internacionais, a Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Farmanguinhos, o Centro de Relações Internacionais em Saúde, os profissionais da saúde brasileiros envolvidos no projeto de cooperação, a Vale do Rio Doce, o Congresso Nacional, ONGs e movimentos da sociedade civil, técnicos e especialistas, além do próprio presidente Lula.

Conclui-se que, a partir do exposto, foi possível constatar a estratégia do governo Lula de transformar uma política pública brasileira bem-sucedida em capital político internacional e instrumento de política externa por meio da Cooperação Técnica e Estruturante em Saúde. Dessa forma, a perspectiva de política pública como política externa se confirma na categorização da política pública brasileira de resposta à epidemia de HIV/AIDS como uma estratégia relevante de inserção internacional, importante mecanismo de *soft power* e ação de política externa capaz de conferir inédita relevância ao país. Sendo possível observar em todas as etapas do ciclo dessa política a ação internacional, direta ou indireta, dos atores nacionais supracitados.

BIBLIOGRAFIA

- ABC. **Cooperação Técnica Brasileira em Saúde**. Brasília: Via ABC, 2007.
- ABC. **Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul**. Brasília, DF: Itamaraty, 2013.
- ABDENNUR, A. E.; RAMPINI, J. M. A Cooperação para o Desenvolvimento em Angola e Moçambique: uma visão comparada. In: JÚNIOR, H. R.; AYERBE, L. F. **Política Externa Brasileira, Cooperação Sul-Sul e Negociações Internacionais**. 1ª. ed. São Paulo, SP: Cultura Acadêmica, 2015. p. 81-112.
- ABERS, R. N.; SILVA, M. K.; TATAGIBA, L. Movimentos Sociais e Políticas Públicas: repensando atores e oportunidades políticas. **Lua Nova**, São Paulo, 2018. 15-46.
- ALCAZAR, S. L. B. F. **A inserção da saúde na política exterior brasileira**. Brasília: Instituto Rio Branco. Fundação Alexandre de Gusmão. Centro de Altos Estudos Estratégicos, 2005.
- ALMEIDA, C. et al. A Concepção Brasileira de "Cooperação Sul-Sul Estruturante em Saúde". **Ver. Eletr. De Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, RJ, 4, Março 2010. 25-35.
- ALMEIDA, E. L. D. Entre o discurso solidário e a ação pragmática da cooperação brasileira em Moçambique: os casos dos projetos de implantação da fábrica de medicamentos antirretrovirais e o ProSavana. **Caderno CRH**, Salvador, 29, jan/abr 2016. 53-68.
- ANCELOVICI, M.; JENSON, J. Standardization for transnational diffusion: the case of truth commissions and conditional cash transfers. **International Political Sociology**, 7, 2013. 294-312.
- AURRE, E. B. Las políticas de lucha contra el VIH/SIDA en Mozambique: retos para la cooperación internacional. **Real Instituto Elcano**, mai 2009.
- AVELHAN, L. L. **A Cooperação Técnica Sul-Sul Brasileira em Saúde: a Participação dos Atores Domésticos**. Rio de Janeiro : Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2017.
- AZEVEDO, P. Prefácio. In: BLUSTEIN, P. **Desventuras das nações mais favorecidas: egos em conflito, ambições desmedidas e as grandes confusões do Sistema Multilateral de Comércio**. Brasília: Funag, 2011. p. 09-21.
- BARROS, S. G. D. **Política Nacional de Aids: construção da resposta governamental à epidemia HIV/Aids no Brasil**. Salvador: EDUFBA, 2018.

BRAGA, C. T. Producing and Reproducing Inequality: Biopolitical Exclusion, Marginalized Bodies and AIDS Care in Central Mozambique. **Africa Development**, XLII, 2017. 221-243.

BRAGA, P. B. A.; ANDRADE, T. H. N. D. Política externa como política pública: alguns apontamentos sobre a política externa argentina das mudanças climáticas. In: PRADO, J. D.; FRANÇA, C. E. **Cenários e Perspectivas das Políticas Públicas Contemporâneas: movimentos sociais, culturas e diferenças**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2021. p. 43-64.

BRASIL. **Documentos de Intenções**: Programa de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde - Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, 1986.

BRASIL. **Relatório Final - VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. **Protocolo de Intenções entre Ministério da Saúde e Ministério das Relações Exteriores**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2005.

BRASIL. Protocolo de Intenções MS-MRE. In: _____ **Diário Oficial da União**. [S.l.]: [s.n.], 2005. p. 78.

BRASIL. **Portaria nº 2.356 de 17 de agosto de 2010**. Ministério da Saúde. Brasília. 2010.

BRASIL. Plano Nacional de Saúde 2012-2015. In: SAÚDE, M. D. **Textos Básicos de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Projetos. **Agência Brasileira de Cooperação**, 2012. Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/Projetos/pesquisa>>. Acesso em: 21 jan. 2022.

BRASIL. **Relatório de Gestão dos Termos de Cooperação**. Brasília: [s.n.], 2014.

BRASIL. **Relatório de Gestão dos Termos de Cooperação**. Ministério da Saúde; OPAS; OMS. Brasília. 2014.

BRASIL, M. D. S. **Mais Saúde: Direito de Todos 2008-2011**. Ministério da Saúde. Brasília, DF. 2010.

BRASIL, M. D. S. **Relatório de Gestão 2009 da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde**. Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde. Brasília. 2010.

BRASIL; MOÇAMBIQUE. **Acordo Geral de Cooperação entre a República Popular de Moçambique e a República Federativa do Brasil**. Brasília: [s.n.], 1981.

BRASIL; MOÇAMBIQUE. **Protocolo de Intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique sobre Cooperação Técnica na Área da Saúde**. Brasília: [s.n.], 2001.

BRASIL; MOÇAMBIQUE. **Protocolo de Intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique sobre Cooperação Científica e Tecnológica na Área da Saúde**. Maputo: [s.n.], 2003.

BUSS, P. M. Cooperação internacional em saúde do Brasil na era do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2018. 1881-1889.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Brasil e saúde global. In: PINHEIRO, L.; MILANI, C. R. S. **Política Externa Brasileira: a política das práticas e as práticas da política**. 1ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: FGV, 2011. Cap. 8, p. 241-268.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R.; HOIRISH, C. A Saúde Pública no Brasil e a Cooperação Internacional. **Revista Brasileira de Ciência, Tecnologia e Sociedade**, 2, jul/dez 2011. 213-229.

CAPELLA, A. C. N. Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas. **BIB**, São Paulo, 2006. 25-52.

CAVALCANTE, L. T. C.; OLIVEIRA, A. A. S. D. Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, 26, abr 2020. 83-102.

CEPIK, M.; SOUSA, R. A Política Externa Brasileira e a Cooperação Internacional em Saúde no começo do governo Lula. **Século XXI**, Porto Alegre, jan-jul 2011. 109-134.

CERVERA, R. **Relaciones Internacionales**. Madrid: Ediciones Ciencias Sociales, 1991.

CHAVES, G. C. **Interfaces entre a produção local e o acesso a medicamentos no contexto do Acordo Trips da Organização Mundial do Comércio**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - FIOCRUZ, 2016.

CHEQUER, P. 20 Anos do PN-DST/AIDS. **VI CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DAS DST E AIDS**, 2006. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/congressoprev2006/20_anos_do_PN.htm>. Acesso em: 18 maio 2022.

DAVIES, S. **Global Politics of Health**. Cambridge: Polity Press, 2010.

DOLOWITZ, D.; MARSH, D. Who Learns What from Whom: a Review of the Policy Transfer Literature. **Political Studies**, Oxford, 1996. 343-357.

DOLOWITZ, D.; MARSH, D. Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making. **Governance: An International Journal of Policy and Administration**, Malden, 23, January 2000. 5-24.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

ESTEVES, P.; GOMES, G. Z.; FONSECA, J. M. A rede de políticas de saúde pública e a Cooperação Sul-Sul: os casos de Moçambique e Angola. **Lua Nova**, São Paulo, 98, 2016. 199-230.

FARIAS, R. D. S.; CARMO, G. F. D. Atores, Eventos e Redes da Política Externa Brasileira (1930-1985). **DADOS**, Rio de Janeiro, 64, 2021. 1-40.

FEDATTO, M. D. S. A Cooperação Internacional na Efetivação da Saúde Global: o papel do Brasil no combate ao HIV. **Boletim de Economia e Política Internacional**, set/dez 2015. 59-70.

FERNANDES, A. J. C. **Origens do Movimento Sanitário Brasileiro**. Brasília : UNB, 2011.

FERREIRA, J. R. et al. Cooperação internacional em saúde: o caso da Fiocruz. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, 23, abr/jun 2016. 267-276.

FIGUEIRA, A. R. **Introdução à análise de Política Externa**. São Paulo : Saraiva, 2011.

FONSECA, L. E.; BUSS, P. M. Diplomacia e Cooperação em Saúde: uma perspectiva da Fiocruz. In: ALMINO, J.; LIMA, S. E. M. **30 anos da ABC: visões da cooperação técnica internacional brasileira**. Brasília, DF: Fundação Alexandre de Gusmão, 2017. p. 223-254.

FONTES, M. B. Interface entre as políticas internacionais e nacionais de Aids. In: PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M. S. **Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente a Aids no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro : ABIA, 1999. p. 91-122.

FRISSE, G. L. **O HIV/AIDS nas Relações Internacionais: saúde global e cooperação no caso da Sociedade Moçambicana de Medicamentos**. Foz do Iguaçu: UNILA, 2018.

GALVÃO, J. **1980-2001: Uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo**. Rio de Janeiro: ABIA, v. 2, 2002.

GAYARD, N. Health as niche diplomacy: assessing design and practices of Brazilian health diplomacy at the beginning of the 21st century. **Revista Brasileira de Política Internacional**, Brasília, 62, 2019.

GUÉRCIO, P. M. D. S. História da AIDS no Brasil. **Prefeitura de Juiz de Fora**, 2021. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/aids_dst/arquivos/historia_brasil.pdf>. Acesso em: 09 maio 2022.

HALLIDAY, F. **Repensando as relações internacionais**. [S.l.]: UFRGS, 2007.

HERZ, M. O Crescimento da Área de Relações Internacionais no Brasil. **Contexto Internacional**, 2002. 7-40.

HIRST, M. Relações Internacionais no Brasil como Área de Pesquisa. In: MICELI, S. **Temas e Problemas da Pesquisa em Ciências Sociais (Série Seminários e Debates)**. São Paulo: IDESP, 1992.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **Política Pública, seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral**. Rio de Janeiro, RJ: ELsevier Editora Ltda., 2013.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; SAGUIN, K. Difusão dos PTCs da América Latina para a Ásia: o caso do programa 4Ps nas Filipinas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, mar-abr 2018. 264-284.

INSTITUTO OSWALDO CRUZ. A Epidemia da AIDS Através do Tempo. **O Vírus da AIDS, 20 Anos Depois**. Disponível em: <[IPEA/ABC. **Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional 2005-2009**. IPEA; ABC. Brasília. 2010.](https://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/linhadotempo.html#:~:text=Brasil%20acumula%20mais%20de%20430%20mil%20casos%20de%20Aids.&text=20%20anos%20ap%C3%B3s%20o%20isolamento,pe%C3%A7as%20est%C3%A3o%20infectadas%20pelo%20HIV.>. Acesso em: 09 maio 2022.</p></div><div data-bbox=)

JR., G. F. **A Legitimidade e outras Questões Internacionais: Poder e Ética entre as Nações**. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

JÚNIOR, H. R.; MARIANO, M. P.; ALMEIDA, R. A. R. D. As Diferentes Dimensões da Cooperação Sul-Sul na Política Externa Brasileira. In: JÚNIOR, H. R.; AYERBE, L. F. **Política Externa Brasileira, Cooperação Sul-Sul e Negociações Internacionais**. São Paulo, SP: Cultura Acadêmica, 2015. p. 15-49.

KEGLEY, C.; WITTKOPF, E. **World Politics: trends and transformation**. 7. ed. London: Macmillan Press, 1999.

KICKBUSCH, I.; SILBERSCHMIDT, G.; BUSS, P. Global Health Diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. **Bulletin of the World Health Organization**, march 2007. 230-232.

KORENROMP, E. L. et al. Impact and Cost of the HIV/AIDS National Strategic Plan for Mozambique, 2015-2019 - Projections with the Spectrum/Goals Model. **PLoS ONE**, 2015.

LESSA, A. C. Instituições, atores e dinâmicas do ensino e da pesquisa em Relações Internacionais no Brasil: o diálogo entre a história, a ciência política e os novos paradigmas de interpretação (dos anos 90 aos nossos dias). **Revista Brasileira de Política Internacional**, 2005. 169-184.

LIMA, M. R. S. A Política Externa Brasileira e os Desafios da Cooperação Sul-Sul. **Revista Brasileira de Política Internacional**, 2005. 169-184.

LIMA, M. R. S. D. Instituições democráticas e política exterior. **Contexto Internacional**, 2000. 265-303.

LIMA, M. R. S. D. A Política Externa Brasileira e os Desafios da Cooperação Sul-Sul. **Revista Brasileira de Política Internacional**, 2005. 24-59.

LIMA, T. G. F. D. M. S. **Cooperação internacional do Brasil em HIV/Aids**: institucionalização e especificidades no contexto nacional e internacional. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2017.

LINDBLOM, C. E. **El proceso de elaboración de políticas públicas**. Ciudad del México: Grupo Editorial Miguel Ángel Porruá, 1991.

LISBOA, M.; PERON, V. Cooperação Internacional e Políticas Públicas no GT-Itaipu/Saúde. **Estudios Sociales**, 2019. 179-202.

LOBATO, R. B. **A Saúde como Ferramenta de Inserção Internacional do Brasil**. Porto Alegre: UFRGS, 2021.

MACEDO, V. R. D. **A influência de uma Organização Social na política externa brasileira**: O Caso da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa. Dissertação de Mestrado - Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2007.

MAIA, C. M.; FOLLE, M. L. O protagonismo dos governos não centrais enquanto atores internacionais emergentes. **IMED: I Simpósio Internacional de Estudos Transnacionais**, jun 2018. 1-17.

MANJATE, B. D. Á. J. **Dilemas da Ajuda Externa e da Apropriação de Políticas de Combate ao SIDA em Moçambique**: O Caso do Conselho Nacional de Combate ao SIDA, 2005-2009. Maputo: Universidade Eduardo Mondlane, 2011.

MARQUES, E. As políticas públicas na Ciência Política. In: MARQUES, E.; FARIA, C. A. P. D. **A política pública como campo multidisciplinar**. São Paulo: Editora Unesp, 2013. p. 23-46.

MARQUES, M. C. D. C. Saúde e Poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2002. 41-65.

MATSINHE, C. "**Tábula Rasa**": dinâmica da resposta moçambicana contra o HIV/SIDA. Rio de Janeiro : UFRJ, 2005.

MAZZAROPPI, E. Evolução histórico-conceitual da Cooperação Técnica Internacional Brasileira em Saúde. **Rev. Eletron. Comun. Inf. Inov. Saúde**, jul-set 2016.

MERLE, M. In: _____ **La politique étrangère**. Paris: PUF, 1984. p. 7-33.

MILANI, C. Política Externa é Política Pública. **Insight Inteligência**, 2015. 56-75.

MILANI, C. R. S.; DUARTE, R. D. S. Cooperação para o Desenvolvimento e Cooperação Sul-Sul: a perspectiva do Brasil. In: JÚNIOR, H. R.; AYERBE, L. F. **Política Externa, Cooperação Sul-Sul e Negociações Internacionais**. 1ª. ed. São Paulo, SP: Cultura Acadêmica, 2015. p. 51-79.

MILANI, C. R. S.; LOPES, R. N. Cooperação Sul-Sul e Policy Transferem Saúde Pública: análise das relações entre Brasil e Moçambique entre 2003 e 2012. **Carta Internacional**, 9, jan-jun 2014. 59-78.

MILANI, C. R. S.; PINHEIRO, L. INTRODUÇÃO. In: PINHEIRO, L.; MILANI, C. R. S. **Política externa brasileira: a política das práticas e as práticas da política**. Rio de Janeiro, RJ: Editora FGV, 2011.

MILANI, C. R. S.; PINHEIRO, L. Política Externa Brasileira: Os Desafios de sua Caracterização como Política Pública. **Contexto Internacional**, Rio de Janeiro, RJ, 35, jan/jun 2013. 11-41.

MILNER, H. V. The Theory. In: MILNER, H. V. **Interests, Institutions, and Information: Domestic Politics and International Relations**. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1997. p. 33-112.

MOÇAMBIQUE. **Apoio a luta contra a SIDA e as DST em Moçambique: Projeto SIDA 1995/1999 - Relatório Final**. Maputo: MISAU, 1999.

MOÇAMBIQUE. **Termos de Referência para a Assitência Técnica ao Ministério da Saúde na definição do Pacote Essencial de Cuidados de Saúde (PECS) em Moçambique**. Maputo: MISAU, 2018.

MONTEIRO, A. L.; VILELA, W. V. A Criação do Programa Nacional de DST e Aids como Marco para a Inclusão da Ideia de Direitos Cidadãos na Agenda Governamental Brasileira. **Psicologia Política**, 9, jan-jun 2009. 25-45.

MORIN, J.-F.; PAQUIN, J. **Foreign Policy Analysis: A Toolbox**. Canada: Palgrave Macmillan, 2018.

MULLER, P. La producción de las políticas públicas. **INNOVAR, revista de ciencias administrativas y sociales**, julio - diciembre 1998. 65-75.

NAVARRO-FLORES, O. **Le Pertenariat en coopération internationale: paradoxe ou compromis?** Montreal: Presses de l'Université du Québec, 2009.

NHABINDE, S. A. **Avaliação do impacto do HIV/SIDA no crescimento económico de Moçambique**. [S.l.]: Universidade Eduardo Mondlane, 2013.

OLIVEIRA, E. A. D. Políticas de saúde, políticas da vida: uma análise sobre o HIV/AIDS na imigração moçambicana. **Revista Ñanduty**, 2016. 81-106.

OLIVEIRA, H. A. D. **Política Externa Brasileira**. São Paulo: Saraiva, 2012.

OLIVEIRA, M. O. D.; SILVA, A. R. D. A questão de género como possível ator nas Relações Internacionais. In: OLIVEIRA, M. O. D. **Relações Internacionais: a questão de género**. Ijuí: Ed. UniIjuí, 2011. p. 41-42.

OLIVEIRA, O. P. D.; SARAIVA, C.; SAKAI, R. **Difusão de Políticas e Cooperação para o Desenvolvimento: elementos norteadores para a implementação de projetos de transferência de políticas públicas por meio da cooperação internacional**. São José do Rio Preto, SP: Balão Editorial, 2020.

OPAS; OMS. **Relatório de Avaliação Final TC-41**. OPAS; OMS. Brasil. 2015.

PAQUIN, J.-F.; MORIN, J. How to Identify and Assess a Foreign Policy? In: PAQUIN, J.-F.; MORIN, J. **Foreign Policy Analysis: a Tollbox**. Canadá: Palgrave Macmillan, 2018. p. 17-68.

PECEQUILO, C. S. A Política Externa do Brasil no Século XXI: Os Eixos Combinados de Cooperação Horizontal e Vertical. **Rev. Bras. Polít. Int.**, 2008. 136-153.

PIMENTA DE FARIA, C. A. O Itamaraty e a Política Externa Brasileira: Do Insulamento à Busca de Coordenação dos Atores Governamentais de Cooperação com os Agentes Societários. **Contexto Internacional**, Rio de Janeiro, 34, jan/jun 2012. 311-355.

PIMENTA DE FARIA, C. A. **Políticas Públicas e Relações Internacionais**. Brasília: Enap, 2018.

PIMENTA DE FARIA, C. A. A difusão de políticas sociais como estratégia de inserção internacional: Brasil e Venezuela comparados. In: PIMENTA DE FARIA, C. A. **Política Externa Brasileira: formulação, implementação e avaliação**. 1º. ed. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2021. Cap. 9, p. 287-322.

PIMENTEL, R. A. C. M.; DIAS, E. R. Perspectivas da Cooperação em Saúde no Espaço Lusófono: Análise da Atuação do Brasil nas Relações de Cooperação com Países de Língua Portuguesa. **R.Dir.Sanit.**, São Paulo, SP, 21, 2021.

PINHEIRO, L. Autores y Actores de la Política Exterior Brasileña. **Foreign Affairs Latinoamérica**, 9, 2009. 14-24.

PIRES, P. D. N.; MAREGA, A.; CREAGH, J. M. Adesão à terapia antirretroviral em pacientes infectados pelo VIH nos cuidados de saúde primários em Nampula, Moçambique. **Rev. Port. Med. Greal Fam.**, 33, 2017. 30-40.

PUENTE, C. A. I. **A Cooperação Técnica Horizontal Brasileira como instrumento da Política Externa: a Evolução da Cooperação Técnica com Países em Desenvolvimento - CTPD- no período 1995-2005**. Brasília: FUNAG, 2010.

PÜLZL, H.; TREIB, O. Implementing Public Policy. In: FISCHER, F.; MILLER, G. J.; SIDNEY, M. S. **Handbook of public policy analysis: theory, politics, and methods**. Londres: CRC Press, 2007.

RAMOS, M. P.; SCHABBACH, L. M. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, set/out 2012. 1271-1294.

RIBEIRO, M. C. M. A Ação Internacional das Entidades Subnacionais: teorias e visões sobre a Paradiplomacia. In: RIBEIRO, M. C. M. **Globalização e Novos Atores: a Paradiplomacia das Cidades Brasileiras**. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 33-68.

ROSENAU, J. **Domestic Sources of Foreign Policy**. London: Collier Macmillan Limited, 1967.

ROSSI, A. **Moçambique, o Brasil é aqui: uma investigação sobre os negócios brasileiros na África**. Rio de Janeiro: Record, 2015.

SABOURIN, E.; GRISA, C. A difusão internacional de políticas públicas: apresentando a pesquisa e o livro. In: SABOURIN, E.; GRISA, C. **A difusão de políticas públicas brasileiras para a agricultura familiar na América Latina e Caribe**. [S.l.]: [s.n.], 2018. p. 13-32.

SALOMÓN, M.; PINHEIRO, L. Análise de Política Externa e Política Externa Brasileira: trajetória, desafios e possibilidades de um campo de estudos. **Revista Brasileira de Política Internacional**, 2013. 40-59.

SAMPAIO, L. M. C. **A Formação do Programa Nacional de DST/Aids no Brasil**. Brasília: UNB, 2018.

SANTANA, J. P. D. Um olhar sobre a Cooperação Sul-Sul em Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2011. 2993-3002.

SANTOS, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, jul/dez 2006. 20-45.

SANTOS, R. D. F.; CERQUEIRA, M. R. Cooperação Sul-Sul: experiências brasileiras na América do Sul e na África. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, RJ, 22, jan-mar 2016. 23-47.

SATO, E. Cooperação Internacional: uma componente essencial das relações internacionais. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, 2010. 46-57.

SCHOR, A.; ONUKI, J. Política Externa Brasileira e a Coalizão IBAS: comércio e inserção internacional. In: AYERBE, H. R. J. E. L. F. **Política Externa, Cooperação Sul-Sul e Negociações Internacionais**. 1ª. ed. São Paulo, SP: Cultura Acadêmica, 2015. p. 113-137.

SECCHI, L. **Análise de Políticas Públicas**: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções. São Paulo: Cengage Learning, 2016.

SEQUEIRA, H. D. **As políticas de saúde na prevenção e tratamento empacientes HIV/Aids e a cooperação do Brasil e países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP)**. Brasília: UNB, 2015.

SILVA LIMA, J. H. D. Saúde Global e Política Externa Brasileira: negociações referentes à inovação da propriedade intelectual. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2017. 2213-2221.

SILVA, P. A. D. O. E.; FILHO, N. A. Cooperação Internacional para o Desenvolvimento: o Caso Brasileiro. **Economia Ensaios**, Uberlândia, jan/jun 2020. 109-132.

SIMÕES, T. H. N. Os legados da conferência de Bandung e o regionalismo na Ásia do leste. **XIV Encontro Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Geografia**, 2021.

SNYDER, C.; BRUCK, W.; SAPIN, B. **Foreign Policy Decision Making - An approach to the study of International Politics**. Nova Iorque: Free Press, 1962.

SORGINE, G. F.; SANTOS, M. H. D. C. A Política Externa Brasileira como Política Pública: elementos para análise e debate. **Meridiano 47**, 2018.

SOUSA, A. M. **A epidemia pelo HIV/AIDS e suas repercussões sobre a saúde da população moçambicana (1986 a 2003)**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

SOUSA, A. M. D. et al. A política de Aids no Brasil: uma revisão de literatura. **J Manag Prime Health Care**, 2012. 62-66.

SOUTO, B. G. A. As duas primeiras décadas da AIDS: cenário e interações com a epidemiologia. **Revista Médica de Minas Gerais**, 14.4, 2004.

SOUZA, B. M. B. D. et al. A política de Aids no Brasil: uma abordagem histórica. **J Manag. Prim. Health Care**, 2010. 23-26.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, 2006. 20-45.

SPROUT, M.; SPROUT, H. **Man-Milieu Relationship Hypoteses in the Context of International Politics**. Princeton: Princeton University Press, 1956.

TEIXEIRA, P. R. Acesso universal a medicamentos para Aids: a experiência do Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, agosto 2003. 50-57.

TEODORESCU, L. L.; TEIXEIRA, P. R. **Histórias da AIDS no Brasil: As respostas governamentais à epidemia de AIDS 1983-2003**. Brasília : Ministério da Saúde, v. 1, 2015.

VALE, H. E. G. Princípios da Cooperação Internacional. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, 29 janeiro 2014. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/26542>>. Acesso em: 29 abril 2022.

VIEIRA, A. C. D. S. et al. A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado: diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique. **Pesquisa Aplicada**, Florianópolis, 17, jul/dez 2014. 196-206.

WEYLAND, K. Theories of Policy Diffusion: lessons from Latin America pension reform. In: WEYLAND, K. **World Politics**. [S.l.]: [s.n.], v. 57, 2005. p. 262-295.

ANEXO I

Levantamento de Documentos

Nº	NOME DO DOCUMENTO	ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO	DATA	FONTE
1	Relato do Dr. Agnaldo Gonçalves: I Conferência Internacional de AIDS	MS	1985	ACERVO PESSOAL
2	Boletim Epidemiológico Nº XI e XII	MS	1983	ACERVO PESSOAL
3	Boletim Epidemiológico Nº VI	MS	1987	ACERVO PESSOAL
4	Boletim Epidemiológico Nº IV, IX	MS	1988	ACERVO PESSOAL
5	Boletim Epidemiológico Nº X	MS	1990	ACERVO PESSOAL
6	Boletim Epidemiológico Nº II, III, IV, V, VI, VII, IX	MS	1992	ACERVO PESSOAL
7	Diário Oficial da União	MS	02/05/1985	IMPrensa NACIONAL
8	Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde	MS	1986	ACERVO PESSOAL
9	Documento de Intenções do Programa de Controle de DSTs	MS	1986	ACERVO PESSOAL
10	Protocolo de Intenções entre Ministério das Relações Exteriores e Ministério da Saúde	MRE e MS	13/07/2005	DIÁRIO OFICIAL
11	Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre Brasil e Moçambique	MRE	05/11/2003	SITE ABC
12	Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre Brasil e Moçambique	MRE	15/07/2005	SITE ABC
13	Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre Brasil e Moçambique	MRE	23/04/2007	SITE ABC
14	Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre Brasil e Moçambique	MRE	04/09/2008	SITE ABC
15	Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre Brasil e Moçambique	MRE	04/09/2008	SITE ABC
16	Acordo sobre escritório regional da FIOCRUZ em Moçambique	MRE e FIOCRUZ	2008	SITE ABC
17	Acordo Geral de Cooperação Brasil-Moçambique	MRE	1981	SITE ABC
18	Protocolo de Intenções Brasil-Moçambique	MRE, MS e FIOCRUZ	2001	SITE ABC
19	Protocolo de Intenções Brasil-Moçambique	MRE, MS e FIOCRUZ	2003	SITE ABC
20	Relatório Anual de Avaliação	MRE	2002	MRE
21	Portaria Nº 12 - Diário Oficial	MRE	08/10/2001	IMPrensa NACIONAL
22	Nota à imprensa	-	05/11/2003	IMPrensa NACIONAL
23	Portaria Nº 94	Governo Federal	20/04/1950	IMPrensa NACIONAL

24	Portaria GM Nº 2477	Governo Federal	28/02/1998	IMPrensa NACIONAL
25	Portaria GM Nº 1970	Governo Federal	23/10/2002	IMPrensa NACIONAL
26	Portaria GM Nº2123	Governo Federal	07/10/2004	IMPrensa NACIONAL
27	Portaria DOU Nº 949	Governo Federal	22/05/2002	IMPrensa NACIONAL
28	Memorando de Entendimento CICT	MRE	2008	ABC
29	Memorando de Entendimento UNAIDS	UNAIDS	2005	ABC
30	Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre Brasil e Moçambique	MRE	22/12/2011	SITE ABC
31	Portaria DOU Nº 236	MS	06/05/1985	ACERVO PESSOAL
32	Documento sobre notificação compulsória	MS	1986	ACERVO PESSOAL

Os documentos listados estão disponíveis no link:

https://drive.google.com/file/d/1_OvuoWvHo5UxsBoKg_JkTdYHHV-BDaVV/view?usp=share_link

ANEXO II

Documento veiculado na I Conferência Internacional de Saúde

March 6, 1985

The Honorable Margaret M. Heckler
Secretary
Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201

Dear Secretary Heckler:

The Philadelphia Department of Public Health and many senior members of the Philadelphia infectious disease medical community are concerned about the position that the U.S. Department of Health & Human Services has recently taken in regard to the establishment of alternative testing sites for the human T-cell-lymphotropic virus, type III (HTLV-III) antibody. We urge you to immediately reconsider your current policy. We are concerned because we feel that the current plan loses sight of the primary objectives which are to maintain the adequacy and purity of our nation's blood supply. In fact, the current plan may actually lead to a reduced and contaminated blood supply. We agree that the HTLV-III antibody test should be approved for the purposes of screening blood and for research; however, we do not believe that it should be made available to the general public for many reasons.

First, it is not a diagnostic test for either current infection or for the presence of HTLV-III viral antigen. It does not tell if the patient is currently infectious, capable of transmitting the infection to someone else, or whether the person will develop AIDS. Therefore, the test is not clinically useful, and it does not currently enable physicians to either predict or change the patient's outcome. Since we do not know the natural history of HTLV-III infection, physicians are not able to tell a patient precisely what a positive or negative test actually means. Furthermore, the test result, whether positive or negative, will not enable us to make any change in our current recommendations for the care or behavior of individuals in the key patient characteristic groups. While an HTLV-III antibody test result has little to offer an individual patient, a positive HTLV-III antibody test result may have a significant negative impact on a person's emotional status, and if known by others, might affect his/her insurability, employability and sociability. Additionally, a false positive test could have a very severe impact on a particular individual.

Second, we believe that the Public Health Service loses credibility when it tells Americans that they should not have the test, but then makes it generally available anyway. That is sending a confusing message to the public. Health officials lose the confidence of the general public when they make available a test with these limitations and implications. If we

...ect the public to believe us on complicated and sensitive issues, we
ould be consistent and credible in our scientific and public positions.

We understand that the idea of alternate testing sites has been developed out of concern that large numbers of high-risk individuals would otherwise frequent blood donation centers as a means of obtaining the test. We do agree that if blood donor centers give results of HTLV-III testing to potential donors, the blood centers may be utilized by individuals seeking this test. However, since the test has such little clinical utility to patients, and it does have the potential to cause serious emotional problems, it is most appropriate to use the test in the only way that it has real utility -- to screen blood. There is no need to tell potential donors of the results of this screen since it is not a clinical procedure. The consequences of not reporting the results, which in and of themselves have little clinical value, would be the removal of the single incentive for high risk groups to visit donor centers. The need for alternative testing sites would thus be eliminated.

The current plan to develop alternate testing sites has many serious problems. First, there is no guarantee that high risk individuals will choose the alternate sites in preference to the anonymity of blood donation centers. Second, the costs of these test sites will be enormous both because of anticipated volume and because of the absolutely essential pre and post-test counselling. Recent evidence in Pittsburgh has suggested that counselling a single positive individual often takes many hours. Given that the test is perceived as a method to determine if an individual currently "has AIDS," high risk individuals are likely to attempt to be tested many times for assurance that they are still healthy. Alternate testing sites could be continually swamped. If the number of times an individual can be tested at an alternate site is limited, the blood donation centers will likely see more high risk individuals just as they may because of the "anonymity" factor.

We propose a series of steps which we believe will guarantee an adequate and pure blood supply and simultaneously eliminate the very great problems with the alternate testing sites proposed.

The steps are as follows:

- 1) Blood banks should not be allowed to give donors the results of the HTLV-III antibody test, nor should they be allowed to maintain a deferral list of individuals with a positive test. In fact, the donated blood should be processed so that HTLV-III antibody positive blood can be discarded in such a fashion that no one knows who the positive individuals are.
- 2) The current recommendations concerning blood donations and safe sex guidelines should be stressed and kept in place. Members of high-risk groups should continue to defer blood donation. It is important to emphasize that these are the only effective control measures available, and that they can be done at no cost to anyone.
- 3) Alternative test sites should not be established at this time.

- 4) The distribution of HTLV-III antibody test kits should be controlled by the Centers for Disease Control (CDC) so that test is used for screening blood or for research purposes only. Because of the lack of current knowledge on interpretation of the results of the test, the test should not receive routine clinical use.
- 5) This plan should be in effect for approximately 6-12 months and re-evaluated periodically.
- 6) Since this is a national problem, it requires a national solution. While that solution is being formalized, all health jurisdictions should be urged to adopt this plan.

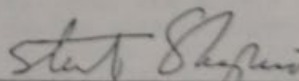
The above proposal accomplishes the stated objectives of assuring the American people of an adequate and safe blood supply. Individuals can donate blood without the fear of ending up on a donor deferral list, and recipients can be better protected against transfusion-associated AIDS. Also, high risk donors would not be encouraged to donate blood merely to ascertain the HTLV-III antibody test result. If the latter occurred the blood supply might become less safe.

We realize that some components of this plan may raise some legal concerns, but all components of this plan are technically possible. We urge the Department of Health and Human Services to immediately begin to develop the legislative and regulatory mechanisms at the federal level which are necessary to implement this entire six point plan.

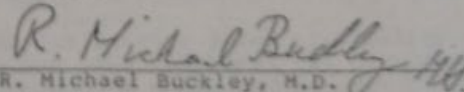
We must realize that we are working on the very frontier of knowledge, and that while we can accept the limitations of our understanding, the public cannot. The desire of some individuals to know the result of a laboratory test with serious limitations should not be allowed to disrupt or destroy the life-giving blood supply which is important to all members of society.

We must think anew. We must realize that we are at the beginning of the AIDS problem, and we should not squander our resources or money doing things that actually benefit no one. The monies that would be spent on alternative testing sites should be used for further research, treatment of patients and educational efforts for all segments of society.

Sincerely,



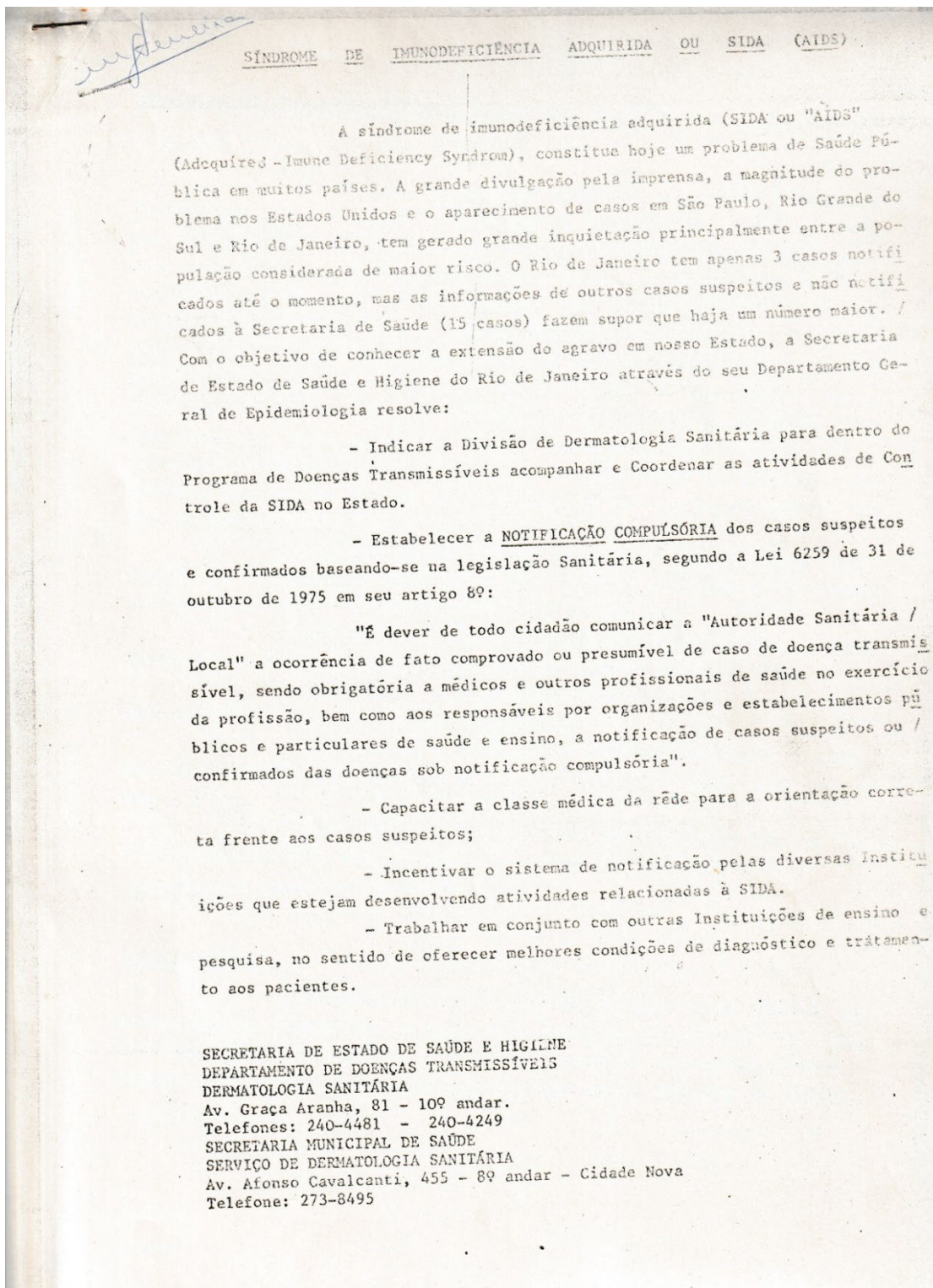
Stuart H. Shapiro, M.D., M.P.H.
Health Commissioner
Philadelphia Department of Public Health



R. Michael Buckley, M.D.
Infectious Diseases Section
Pennsylvania Hospital
University of Pennsylvania
School of Medicine

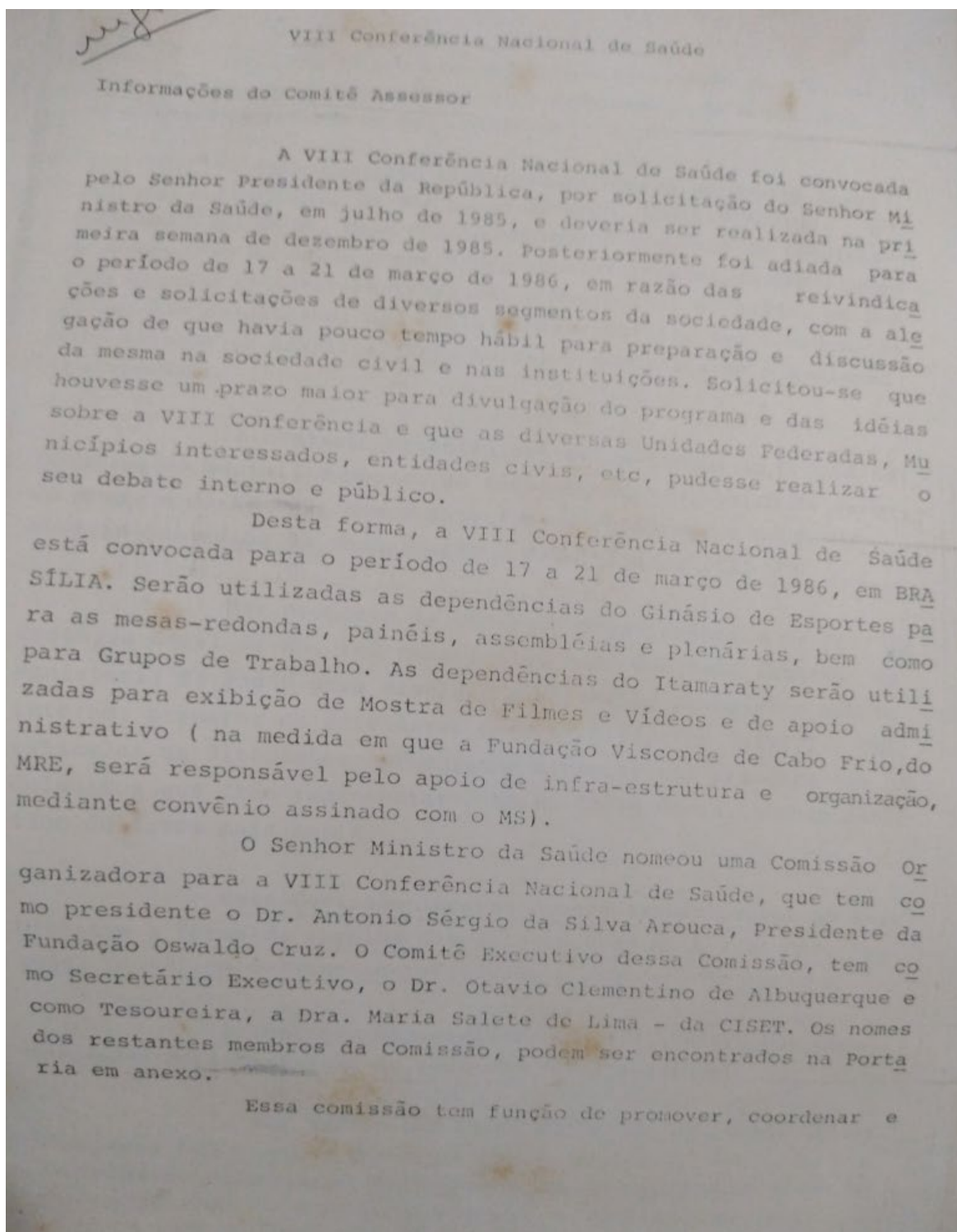
ANEXO III

Documento do Ministério da Saúde sobre notificação compulsória dos casos de HIV/AIDS



ANEXO IV

Documento do Comitê Assessor com informações sobre a VIII CNS



dirigir todas as atividades necessárias a realização da VIII CNS, elaborar o Regimento Interno e a Programação da mesma, submetendo-a à aprovação do Sr. Ministro.

Essa Comissão Organizadora nomeou um Comitê Assessor, com a finalidade de dar apoio TÉCNICO, ADMINISTRATIVO E POLÍTICO à Comissão. Esse Comitê ASSISSOR é composto de técnicos do Ministério da Saúde e entidades supervisionadas, do MPAS e INAMPS e de algumas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, em Brasília, Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais. Sua coordenação está situada em Brasília (Eric Rosas) e subordina-se à Comissão Organizadora.

A Comissão Organizadora criou também um Comitê de Comunicação Social, composto de técnicos do Ministério da Saúde, do NPAS e do INAMPS, com o objetivo de coordenar e promover através dos meios de comunicação a divulgação da VIII CNS.

Por proposta da Comissão Organizadora e do Sr. Secretário Geral do MS, foi constituída uma Comissão Interna do Ministério da Saúde para divulgar a VIII CNS, promover o debate interno, preparar os servidores para participarem da VIII CNS, estimular as discussões, procurando alcançar uma proposta que os delegados que irão representar o MS na Conferência, tenham debatido de forma mais ampla.

Essa Comissão Interna deverá também propor ao Sr. Ministro a forma de escolha dos delegados do MS à VIII CNS, ou seja, critérios de representatividade e processo de escolha.

A Comissão Organizadora da VIII CNS propôs, como filosofia de organização da Conferência, o seguinte:

. Que a VIII CNS fosse ampla, aberta, democrática, com larga participação dos segmentos da sociedade, entidades e organismos de classe, instituições e órgãos públicos, etc que tivessem interesse no debate da saúde.

. Para isso, definiu-se que a VIII CNS teria a participação de 1.000 delegados e quantos participantes não-delegados se interessassem.

Observando-se que a Conferência (das Conferências anteriores, da primeira a sétima) a que teve maior número de participantes foi a sétima cujo total não chegou a 500, a ampliação de participação traria novos e importantes segmentos sociais para o debate da saúde, refletindo o atual momento de reconquista democrática da sociedade brasileira.

Considerou-se que representação por Delegado, seria a forma mais ampla, aberta e democrática de participação, pois assim ampliaria a presença de outros setores da sociedade interessados nas questões da saúde e principalmente com maior presença dos usuários e consumidores dos serviços de saúde.

De outra forma, a Conferência continua aberta a participação de qualquer servidor, técnico ou cidadão, que poderá estar presente e debater como participante não-delegado.

Nas plenárias, GTs e em outras ocasiões em que se exija votação, votarão somente os Delegados, o que dará maior representatividade ao resultado da votação.

Propõe-se também que a VIII Conferência não seja apenas um momento, concentrado em uma semana, mas sim, um PROCESSO extenso, e aberto de discussão de uma Política Nacional de Saúde.

Esse processo de discussão tem várias fases e se concluiria com as propostas para a saúde, na Assembléia Nacional Constituinte, em vias de ser eleita.

A primeira fase, seria que já está se processando atualmente, ou seja, as discussões a nível dos Estados e Municípios, das instituições e das entidades e organizações. Compreende a divulgação das propostas e objetivos da VIII CNS e sua discussão ampla.

Desde outubro de 1985, até início de março, vários estados e alguns municípios estão e estarão organizando Conferências Estaduais e Municipais de Saúde, levantando o debate e preparando subsídios para a VIII CNS. Assim como várias entidades de representação de classe e outras entidades civis estarão também preparando suas contribuições. Os organismos públicos deverão desenvolver discussões internas com o mesmo fim.

A segunda fase será a semana da Conferência Nacional de Saúde propriamente dita, de 17 e 21 de março próximo, onde se desenvolverá a programação já apresentada.

. A terceira fase compreenderá os meses posteriores à semana da CNS, quando se desenvolverão as discussões e/ou seminários e encontros para, com luz e referência nas propostas aprovadas na VIII CNS e no seu relatório final, aprofundar-se os Temas Específicos. Esses Temas Específicos, pensados originalmente para ocorrerem durante a semana de 17 a 21 de março, foram adiados e serão distribuídos pelo restante dos meses de 1986, quando poderão ser aprofundados e estudados com mais tempo e cuidado, resultando ao final do ano, um outro relatório que refletiria a aplicação das linhas de política de saúde que a Conferência definiu a esses temas específicos.

. A quarta fase, será levar-se à Assembleia Nacional Constituinte todo esse conjunto de propostas, que procuraria definir e estabelecer uma nova Política Nacional de Saúde e delimitar o modelo de um Sistema Nacional de Saúde unificado e democrático.

. Participarão da VIII CNS como delegados:

- . Instituições federais (Ministérios e outros órgãos)
- . Instituições Estaduais e Municipais (Secretarias e outros órgãos)
- . Parlamentares (Federais, estaduais e municipais)
- . Partidos políticos
- . Sindicatos de trabalhadores urbanos
- . Sindicatos de trabalhadores rurais
- . Associações de Moradores ou de Bairro
- . Organizações e Associações de Profissionais de Saúde
- . Órgãos de Consumidores
- . Entidades civis e religiosas
- . Produtores Privados.

ANEXO V

Discussão sobre AIDS no contexto da VIII CNS

inglês

DISCUSSÃO DA SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS) DENTRO DO TEMA ESPECÍFICO CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS À LUZ DAS CONCLUSÕES DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.

1. JUSTIFICATIVA

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ou AIDS, por formar parte das doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), arrasta consigo o estigma que, ainda hoje, acompanha estas doenças.

No caso da AIDS a este estigma devemos agregar que:

- Sendo a AIDS uma doença nova, grave em pleno processo de conhecimento, com letalidade observada de 50% em um ano e estimada em 100% em quatro anos.
- O enfoque, por parte dos órgãos de divulgação tem sido impreciso ou, até, sensacionalista, levando a apreciável inquietação e especulação por parte da sociedade.
- O descobrimento das formas ou prova de transmissão do vírus levou ao pânico social e a marginalização de grupo de risco e pacientes.

Tudo isto termina refletindo na assistência ao paciente portador de AIDS o qual é discriminado tanto no atendimento ambulatorial como hospitalar. Também é intensificada na vigilância epidemiológica já que muitos médicos não notificam os casos da doença no intuito de proteger o paciente e seus familiares de discriminação social.

Neste complexo contexto foi identificado a necessidade de uma ampla campanha de Educação em Saúde que atingindo desde a população geral até os próprios profissionais de saúde e os grupos de risco consiga colocar o problema de AIDS em seu real contexto, dando ao paciente o direito a saúde tal como foi colocado e aprovada na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

2. PROPOSITO

Promover a discussão do tema controle de AIDS com profissionais de Saúde, instituições envolvidas na área e a comunidade face as conclusões da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Esta discussão terá como finalidade a elaboração de um projeto de lei que regulamente o controle da AIDS e que assegure ao Paciente:

- a - O direito a assistência médica integral e integrada na rede de serviço de saúde.
- b - O direito de não ser discriminado no ambiente de trabalho, na escola, na igreja e na comunidade.
- c - A liberdade de viver sem trauma da discriminação e sem o estigma que acompanha o agravo em questão

3. DESENVOLVIMENTO DE PROPOSTA

O desenvolvimento da proposta se verificará em 5 etapas.

Etapa nº 1 - Formação de um colegiado específico composto de instituições como Ministério da Educação, INAMPS, Centro Nacional de Referência e representantes dos seguintes grupos de Risco: Homossexual e Bissexual Hemofílicos, para elaborar e operacionalizar a proposta.

Etapa nº 2 - Um dos objetivos da proposta é assegurar ao paciente de AIDS assistência médica adequada e integral. A assistência médica integral implica não somente no diagnóstico e tratamento da doença, mas sobretudo no apoio psicológico e social a estes doentes no sentido de reintegra-los na sociedade, evitando a discriminação. A forma mais adequada de obter isto é através de uma campanha educativa orientada à população, à imprensa, aos principais grupos de risco e aos profissionais de saúde. Na etapa 2 será desenvolvido o material a ser usado na referida campanha.

Com relação a população pretende-se elaborar mensagens com conteúdo informativo sobre a doença, seu mecanismo de transmissão. Especial ênfase será dada ao problema da discriminação na expectativa de suprimir a marginalização de indivíduos e grupos

Com os grupos de risco, pretende-se sugerir recomendações específicas para o controle da doença, estas recomendações devem surgir do consenso entre representantes dos referidos grupos.

Com a imprensa sugere-se a elaboração de uma pauta que aborde além da etiologia, quadro clínico, tratamento, mortalidade/mordidade, os aspectos sociais e éticos da doença.

Para os grupos de profissionais, recomenda-se a elaboração de um guia de conduta enfatizando entre outros, o aspecto do direito e do respeito ao indivíduo.

Etapa nº 3 - Nesta etapa a campanha será lançada através de mensagens curtas no rádio, através de filme na televisão e da distribuição do material específico aos grupos de risco. Pretende-se identificar líderes comunitários que voluntariamente organizem grupos de reflexão a nível local.

Etapa nº 4 - Para que a proposta seja amplamente difundida, será realizado 5 seminários Macro-Regionais. Os seminários serão organizados pelo programa de controle de AIDS local e dele participarão representantes do Ministério da Saúde, coordenadorias regionais, delegacias federais de Saúde, representante regional do INAMPS, representantes da imprensa local e outros a serem definidos posteriormente. A Cidade sede dos seminários serão Belo Horizonte para a Região Sudeste, Porto Alegre para o Sul, Recife para o Nordeste, Manaus para o Norte e Brasília para o ~~Distrito Federal~~ ^{Centro-Oeste}.

Etapa nº 5 - Será realizada reunião em Brasília, com representante de cada macro-regional e membros do colegiado para avaliar os seminários anteriores e a campanha educativa. Nesta ocasião será elaborado o documento final. Após a revisão, este documento será encaminhado à todas as instituições que participaram do desenvolvimento do mesmo, ao presidente da comissão organizadora da 8ª Conferência e a Constituinte.

ANEXO VI
Provisão de Medicamentos

PROGRAMA DE CONTROLE DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

CRITÉRIOS BÁSICOS PARA A PREVISÃO DE MEDICAMENTOS

Este programa encontra-se em fase de estruturação. Face à ausência de registros e dados de incidência das D.S.T. a nível nacional e com base em observações e registros no Distrito Federal, Rio Grande do Sul e dados Norte-americanos, o programa estabeleceu alguns parâmetros iniciais para a previsão de medicamentos.

A faixa etária considerada, de maior incidência das D.S.T. é que se situa entre 15 e 30 anos. Estima-se uma incidência de 15% de D.S.T. nesta faixa populacional. Esta estimativa está um pouco superdimensionada com o objetivo de atingir casos que ocorrem abaixo de 15 e acima dos 30 anos.

Objetivando racionalizar a utilização dos medicamentos, o programa já trabalha com uma relação padronizada, buscando sempre priorizar os medicamentos RENAME.

MEDICAMENTO	FORMA FARMACEUTICA
AMPICILINA	Comp. 500mg
PENICILINA G PROCAINA 2.400.000 UI	(F.A + DIL) po/Susp. Inj.
PENICILINA G BENZATINA 1.200.000 UI	(F.A + DIL) po/Sup. Inj.
PROBENICIDA	Comp. 500mg
PODOFILINA	Sol. alcoólico(fr.200ml) 25%
TETRACICLINA	Cáp. 250mg
SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPIM	Comp. (400mg + 80mg)
SULFADIAZINA	Comp. 500mg

Estas drogas são combinadas em diferentes esquemas terapêuticos, conforme consta da relação anexa.

As observações feitas até o momento são coincidentes quanto às D.S.T. de maior incidência que são por ordem de ocorrência.

- . Uretrites não gonocócicos (U.N.G) - 45%
- . Gonorréia - 35%
- . Sífilis - 20%

ANEXO VII

Protocolo de Intenções MRE/MS

MRE-MSAÚDE

Protocolo de Intenções entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde

O Ministério das Relações Exteriores, doravante denominado MRE, representado pelo Ministro de Estado das Relações Exteriores, Embaixador Celso Amorim,

e
O Ministério da Saúde, doravante denominado MS, representado pelo Ministro de Estado da Saúde, Doutor Humberto Costa,
Considerando:

Que, de acordo com as prioridades fixadas pelo Governo Federal, a cooperação técnica prestada aos países em desenvolvimento constitui uma das principais vertentes da política externa brasileira;

Que são crescentes as demandas na área de saúde apresentadas pelos países beneficiados pela cooperação horizontal brasileira;

Que o Ministério das Relações Exteriores é o responsável pela concepção e execução da política externa do Brasil e que o Ministério da Saúde, responsável pela política brasileira de saúde, têm reconhecida expertise nos temas relacionados com as demandas de cooperação recebidas pelo Governo brasileiro;

Que uma eficiente implementação da cooperação técnica internacional prestada pelo Brasil na área da saúde requer uma estreita parceria entre o MRE e o MS,

Resolvem celebrar o presente Protocolo, com base no esboço a seguir:

1. O presente Protocolo tem por objetivo aperfeiçoar a coordenação entre o MRE e o MS em matéria de cooperação técnica prestada a países em desenvolvimento, na área da saúde.

2. Para esse fim, estabelece a Comissão de Coordenação MRE/MS para a Cooperação Técnica Internacional na Área da Saúde, constituída por funcionários de ambos os Ministérios.

3. A Comissão será composta por representantes, por parte do MS, da Assessoria Internacional do Ministro da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, da Secretaria de Assistência à Saúde, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, da Fundação Oswaldo Cruz, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e do Programa Nacional de DST/AIDS; e, por parte do MRE, da Agência Brasileira de Cooperação, da Subsecretaria-Geral Política II e da Subsecretaria-Geral da América do Sul. Outros funcionários poderão participar das reuniões da Comissão, na qualidade de convidados. Caberá à Agência Brasileira de Cooperação (ABC) a presidência e a secretaria-executiva da Comissão.

4. A Comissão deverá reunir-se pelo menos uma vez por mês e dedicar-se a apreciar e viabilizar as ações de cooperação horizontal brasileira em matéria de saúde, bem como a propor novas iniciativas que aprimorem e ampliem a atuação do Brasil nessa área, conforme as diretrizes de política externa estabelecidas pelo Governo.

5. Este Protocolo vigorará por 60 (sessenta) meses, a contar da data de sua assinatura, podendo ser alterado, inclusive prorrogado, mediante Termo Aditivo, por mútuo entendimento entre as Partes.

6. O presente Protocolo poderá ser denunciado ou rescindido, formal e expressamente, a qualquer momento, ficando as Partes responsáveis pelas obrigações incorridas durante o tempo de sua vigência.

7. Quaisquer dívidas relacionadas com a execução do presente Protocolo serão diminuídas através de conversações diretas entre as Partes.

Brasília, 4 de julho de 2005.

CELSO AMORIM

Ministro de Estado das Relações Exteriores

HUMBERTO COSTA

Ministro de Estado da Saúde

ANEXO VIII

Documento do PN-DST/AIDS

PROGRAMA DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA - AIDS / SIDA

Muito embora a AIDS, não tenha um tratamento definido, as diferentes manifestações clínicas provocadas por germes oportunistas nestes pacientes imunodeprimidos vem sendo tratadas, com produtos farmacêuticos, alguns ainda não comercializados no país como por exemplo: Pentamidina e DHPG Syntex (1,3 Dihydroxy 2, propoxy-methyl gaanina). Outros são comercializados no Brasil, mas não constam da RENAME e há os que constam da mesma.

As principais clínicas dos pacientes portadores de AIDS são :

- infecção por vírus herpes - simples, Varicela zoster Citomegalovirus;
- infecções bacterianas por germes Gram-negativos;
- infecções fúngicas por candida sp ou Cryptococcus neoformans;
- pneumonias por pneumocystes carinii;
- Sarcoma de kaposi.

Deve-se ressaltar que a maior parte das infecções não são causadas por apenas 1 tipo de bactéria e sim por associação de 2 ou mais bactérias. A maioria destas infecções são MISTAS, isto é, causadas por bactérias aeróbias e anaeróbias.

Os critérios para a escolha dos medicamentos tiveram como base os percentuais de ocorrência das diversas patologias, observadas a partir de dados clínicos, laboratoriais e de neocrópsias (experiência brasileira).