

Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde

Declaração de Direito Autoral

Direitos de autor: O autor retém, sem retrições dos direitos sobre sua obra.

Direitos de reutilização: A Reciiis adota a Licença Creative Commons, CC BY-NC atribuição não comercial conforme a Política de Acesso Aberto ao conhecimento da Fundação Oswaldo Cruz. Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos de autoria e menção à Reciiis. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

Direitos de depósito dos autores/autoarquivamento: Os autores são estimulados a realizarem o depósito em repositórios institucionais da versão publicada com o link do seu artigo na Reciiis. Fonte:

<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/about/submissions#copyrightNotice>. Acesso em: 7 jul. 2016.

Ensaio

O perfil dos projetos de cooperação técnica brasileira em aids no mundo: explorando potenciais hipóteses de estudo*

DOI: 10.3395/reciis.v4i1.352pt

Tháisa Góis Farias de Moura Santos Lima

Enfermeira, Mestre em Enfermagem e Saúde Pública com enfoque em DST/Aids e Especialista em Saúde Global e Diplomacia da Saúde, pela ENSP/Fiocruz. Atualmente é responsável pela área de Vigilância, Monitoramento e Avaliação do Programa de DST/Aids e Hepatites Virais do Rio Grande do Norte, Brasil. Foi Assessora Técnica do Centro Internacional de Cooperação Internacional–CICT, do Depto de DST/Aids e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde do Brasil. Coordenou projetos de cooperação técnica internacional em DST/Aids do governo brasileiro com países da América Latina e África e da OPAS/OMS com a Venezuela.

Rodrigo Pires de Campos

Formado em Relações Internacionais, mestrado e doutorado em Cooperação Internacional (Universidade de Nagóia, Japão). Professor do Mestrado em Gestão do Conhecimento e Tecnologia da Informação da Universidade Católica de Brasília (UCB); bolsista de pesquisa da Fundação de Apoio à Pesquisa do DF (FAP DF), trabalhando na Diretoria Regional da Fiocruz em Brasília (Direb/Fiocruz), DF, Brasil.
rodrigocampos@fiocruz.br

Resumo

Há algumas décadas o Brasil inseriu-se nas discussões técnicas sobre a resposta mundial à epidemia de aids e destacou-se como importante ator de cooperação e como formador de opinião pública global sobre o tema. Apesar desse movimento, o perfil predominante desses projetos permanece desconhecido e inexplorado, dificultando análises sobre esse potencial correlação. Pretende-se começar a suprir essa lacuna a partir de um levantamento de projetos de cooperação técnica internacional brasileira em aids, no período de 2002 a 2009, utilizando a base de dados da Assessoria de Cooperação Internacional do Departamento DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde do Brasil. Para a análise desses dados recorreu-se à técnica de análise de conteúdo para identificar o perfil predominante dessa cooperação e propor hipóteses norteadoras de futuras pesquisas. O levantamento apresentou a distribuição dos projetos de cooperação do Brasil em aids no mundo e a análise de conteúdo possibilitou formular duas hipóteses: que no período em questão a cooperação do Brasil buscou fortalecer as respostas dos países à epidemia de HIV/aids e conferir maior visibilidade às políticas brasileiras de combate à doença no cenário global. Essas observações, por sua vez, indicam a necessidade e pertinência de novas pesquisas amparadas pela hipótese de um forte alinhamento do perfil técnico desses projetos com a política externa nacional, a diplomacia da saúde brasileira e o fortalecimento da governança global em aids.

Palavras-chave

cooperação internacional; cooperação Sul-Sul em saúde; cooperação internacional em HIV/aids; Brasil

Desde meados da década de 2000, a cooperação técnica internacional oferecida pelo Brasil para países do Sul passou a ser entendida como parte da agenda estratégica do país no âmbito global. Em 2006, pela primeira vez na história do Brasil, o então Ministro das Relações Exteriores, Celso Amorim, declara que: *a cooperação é um instrumento*

fundamental para a política externa brasileira [...] e de extrema relevância para a aproximação entre o Brasil e outros países, em especial do mundo em desenvolvimento (AMORIM, 2006, p. 16).

No âmbito da cooperação técnica internacional do Brasil, o tema da aids ocupa lugar de destaque. Em recente

*Os autores agradecem à Assessoria Internacional do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde do Brasil pela disponibilização das fontes primárias utilizadas neste estudo e em especial ao Assessor Técnico do Centro Internacional de Cooperação Técnica - CICT, Josué Nunes, pelo apoio na coleta e apresentação dos dados, bem como na revisão final do artigo. Um agradecimento especial ainda à Profa. Dra. Celia Almeida pelos valiosos comentários, críticas e sugestões que permitiram aprimorar de forma substancial a versão originalmente submetida para publicação.

publicação, o Ministério das Relações Exteriores (BRASIL, MRE, 2007) dedicou-se ao tema da cooperação técnica desenvolvida pela parceria entre o MRE e o Ministério da Saúde, onde destaca a contribuição das políticas de fortalecimento do SUS e do Programa Nacional de DST/aids no sentido de projetar o Brasil internacionalmente. De fato, dentre os nove temas de cooperação mais prestadas pelo Brasil em saúde, o HIV/aids não só é um deles, como também está intrinsecamente relacionado com outros três (Sistema Único de Saúde-SUS, Vigilância Epidemiológica e Fármacos, e Imunobiológicos).¹

Tal destaque deve-se a um conjunto de fatores conjunturais de âmbito nacional e internacional que contribuíram para que o Brasil fosse crescentemente requisitado a participar das discussões técnicas internacionais sobre a resposta mundial à epidemia de aids e se destacasse não só como importante ator de cooperação, mas também como formador de opinião pública global. Com isso, desde o final da década de 1990, o Brasil vem trilhando um importante caminho como país que exerce forte influência no sistema internacional em torno do tema e ainda como país cooperante para o fortalecimento da resposta à epidemia mundial de HIV/aids, principalmente no âmbito da cooperação com países do Sul e buscando atender às demandas internacionais crescentes por meio de sua cooperação técnica internacional.

Porém, se por um lado nota-se o aumento expressivo do número de iniciativas de cooperação técnica internacional em aids entre o Brasil e países do eixo Sul, por outro lado permanece inexplorado o perfil predominante dessas iniciativas. Em outras palavras, como se caracteriza a cooperação técnica internacional oferecida pelo Brasil para o tema da aids no mundo? Quantos e que tipos de projetos têm sido realizados e com que abordagens ou propósitos? Até que ponto a cooperação técnica internacional do Brasil no exterior reflete, por um lado, sua política nacional de saúde e mais especificamente a de aids e, por outro, sua posição de *global player* em relação ao tema no sistema internacional?

Este ensaio visa contribuir para a reflexão em torno dessas questões e consolidação de uma hipótese norteadora de pesquisas futuras a partir do levantamento dos temas de cooperação dos projetos e iniciativas regionais do Brasil com países em desenvolvimento, na área de resposta à epidemia de HIV/aids no período de 2002 a 2009. O levantamento foi realizado junto à Assessoria de Cooperação Internacional do Departamento DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (que incorporou o antigo Programa Nacional de

Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids – PN DST/aids) no período de julho a outubro de 2009. A escolha do ano de 2002 justifica-se por marcar o início da execução do Programa de Cooperação Internacional para Ações de Controle e Prevenção do HIV para Países em Desenvolvimento (PCI). O ano de 2009, em que se realizou o levantamento, foi considerado como marco final do estudo, embora vários dos projetos estudados continuem em execução.

O ensaio parte da premissa de que a cooperação técnica internacional do Brasil em aids no mundo reflete diretrizes de ordem técnica e política. Por diretrizes técnicas entende-se aquelas mundialmente difundidas pelo Unaid (United Nations Aids Program)², tais quais o Acesso Universal e a iniciativa “Três Uns”.

- a) Acesso Universal: estratégia de resposta a epidemia que passou a ser difundido em meados de 2005 por UNAIDS, quando a cobertura de tratamento ARV em países como Argentina, Brasil, Chile e Cuba superou os 80%. Naquele momento se observava que em países com baixos e médios ingressos, mais de 1 milhão de pessoas estavam vivendo mais tempo e levando uma vida de maior qualidade, em virtude do tratamento. O UNAIDS, portanto começou a difundir o dado de que o acesso universal ao tratamento vinha evitando no mundo uma média de 250 000 afastamentos de pessoas com HIV dos seus respectivos trabalhos.
- b) Três Uns: política sustentada na idéia que os países deveriam manter respostas nacionais baseadas em (1) Um marco único de ação sobre o HIV/aids que proporcione a base para coordenar o trabalho de todos os associados; (2) Uma autoridade nacional única de coordenação do HIV/aids, com um mandato multisetorial amplo; (3) Um sistema acordado de Monitoramento e Avaliação do HIV/aids ao nível de país.

Já por diretrizes políticas considera-se o conjunto de orientações estratégicas explícitas ou implícitas na política nacional de DST/aids, na política externa nacional, na diplomacia da saúde, e na governança global em saúde. Por política externa nacional, entende-se

(...)o conjunto de ações e decisões de um determinado ator, geralmente mas não necessariamente o Estado, em relação a outros Estados ou atores externos – tais como organizações internacionais, corporações multinacionais ou atores transnacionais –, formulada a partir de oportunidades e demandas de natureza doméstica e/ou internacional. Nesse sentido, trata-

se da conjugação dos interesses e idéias dos representantes de um Estado sobre sua inserção no sistema internacional tal como este se apresenta ou em direção à sua reestruturação, balizados por seus recursos de poder (PINHEIRO, 2004, p. 7)

Por diplomacia da saúde entende-se o conjunto de orientações estratégicas da cooperação brasileira em saúde no mundo definidas a partir da interação e articulação entre técnicos e gestores da saúde com diplomatas brasileiros. Segundo Novotny e Adams, a diplomacia da saúde é

(...) uma atividade de mudança política com o propósito duplo de melhorar a saúde global enquanto mantem e fortalece as relações internacionais no exterior, particularmente em áreas de conflito e ambientes com recursos escassos (NOVOTNY & ADAMS, 2007, p. 1).

Finalmente, por governança global em saúde entende-se

(...) a totalidade de ajustes coletivos para lidar com questões de interdependência internacional e transnacional (MAYNTZ, 2005; BARTSCH & KOHLMORGEN, 2005). *Isso inclui os esforços políticos de todos os tipos de atores coletivos que buscam solucionar problemas específicos para dar forma a um campo específico da política global, levando em consideração as relações de poder no âmbito dos sistemas políticos globais* (HEIN, 2008, p. 5).

Este ensaio, portanto, representa a oportunidade de avançar na reflexão sobre a cooperação técnica internacional brasileira para o tema de aids no âmbito de sua política externa, de sua diplomacia da saúde e da governança global em saúde, entendendo que a posição que o Brasil ocupa hoje como ator internacional para a resposta a epidemia, vem sendo consolidada gradativamente como consequência da combinação entre elementos da política nacional do Ministério da Saúde e da política externa do Ministério das Relações Exteriores, associados por meio da estratégia de cooperação técnica internacional do Programa Nacional de DST/aids do Ministério da Saúde.

O ensaio está organizado em quatro seções. Na primeira apresenta-se a construção da política nacional de aids no Brasil e a emergência do país como um *global player* em aids no início do século XXI. Na segunda seção apresenta-se a metodologia do estudo. Na terceira seção apresentam-se os resultados do levantamento dos dados junto ao Ministério da Saúde sobre a cooperação técnica internacional brasileira em aids no período de 2002 a 2009. Por fim, na quarta e última seção apresentam-se as conclusões do ensaio.

A construção da política nacional de aids e a emergência do Brasil como um global player em aids no início do século XXI

Os primeiros registros de casos aids no Brasil ocorreram entre 1982 e 1983 e o número foi crescendo ao mesmo tempo em que o país lutava por retornar à democracia, pois já vivia o quinto governo da Ditadura Militar e a sociedade dava sinais concretos de que estava se rearticulando politicamente³ (PARKER, 1994, p. 38; LIMA, 2002, p.7). Naquele período o movimento sanitário ganhava força, reunindo além de profissionais de saúde, representantes de diferentes organizações da sociedade civil, partidos políticos de oposição ao regime e movimentos sociais que falavam em nome de grupos considerados “oprimidos” pela sociedade brasileira, todos unidos na busca de um redesenho do sistema de saúde brasileiro. Para Chequer (2007) e vários outros autores (SCOREL, 1998; PÊGO & ALMEIDA, 2002; ALMEIDA, 2005), esses grupos tinham em comum, além de militâncias cruzadas, as bandeiras de luta pela democracia e por uma perspectiva de “cidadania ampliada”, que incluía o direito à saúde como direito humano fundamental.

Em 1986, foi estabelecido um Programa Nacional de Aids pela nova Divisão Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e de Aids,⁴ dentro do Ministério da Saúde, e no ano seguinte, através de Portaria Ministerial, foi estabelecida a notificação compulsória dos casos de aids, o que possibilitou o início do acompanhamento da epidemia nacional (BRASIL, 1987, p. 3, PARKER, 1994, p. 41, LIMA, 2002, p.7).

Ainda em 1986, na transição democrática, a VIII Conferência Nacional de Saúde consagrou as ideias e o lema do movimento de reforma sanitária – saúde é um direito de cidadania e dever do estado –, que se tornam parte da nova Constituição brasileira, promulgada em 1988, que cria, no âmbito da saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), ao mesmo tempo que o Brasil retorna plenamente à democracia. Segundo Almeida (2001), a Constituição Brasileira aprovou um *Welfare State nos moldes europeus*, onde os benefícios sociais se estenderiam a todos os cidadãos brasileiros, independente de seu vínculo contributivo. Pela nova Constituição, a cada cidadão foi dado o direito de acesso universal a qualquer serviço de saúde financiado com recursos públicos. E, para isso, foram unificadas e ampliadas as fontes de recursos federais que seriam destinados à saúde, seguridade e assistência social.

O processo de descentralização do SUS foi regulamentado pelo Ministério da Saúde na década de 1990 e favoreceu a incorporação de novos atores na arena decisória do setor saúde. Isto ocorreu através das Normas Operacionais Básicas (NOB), que segundo Almeida (2001, p. 48), se converteram no eixo de sustentação do SUS.

De fato as NOB foram institucionalizadas para definir a atribuição de recursos no processo de descentralização, mas foram também profundamente indutoras (...) da institucionalização específica da arena decisória setorial e das articulações entre os níveis de governo (ALMEIDA, 2001, p.48).

No âmbito da descentralização, as Normas traziam mudanças no processo de tomada de decisão do setor saúde nos diferentes níveis do governo. A partir delas os Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais e Municipais tiveram que incorporar representantes da sociedade civil, configurando uma dinâmica de decisão mais inclusiva.

A entrada das Organizações Não Governamentais (ONG) no cenário de luta contra a epidemia de aids no Brasil marca uma etapa importante da resposta brasileira (GALVÃO, 1997a; 2000; 2002; PARKER, 2003), pois, com a liberação dos testes de diagnóstico e com o surgimento da idéia da 'pessoa soropositiva', veio à tona toda a carga de discriminação contra os portadores da doença, o que levantaria a voz dos grupos discriminados e os levaria à lutar por uma maior visibilidade social e a exigir uma resposta das autoridades sanitárias. A partir da década de 1990, essa dinâmica consolidaria esses grupos sociais organizados na sociedade civil e lhes conferiria reconhecimento nacional e internacional.

Era o começo de uma iniciativa que, no que concerne à resposta nacional à epidemia de aids, seria um diferencial, pois o Estado brasileiro passou a reconhecer formalmente a voz desses atores da sociedade civil em um momento mundial em que os problemas clássicos de gestão e as limitações de recursos públicos dos países, sobretudo daqueles mais pobres ou em desenvolvimento, atropelavam as iniciativas de criação e operacionalização de programas governamentais contra a epidemia. E enquanto muitos governos tratavam de protelar o reconhecimento da aids como um grave problema de saúde pública, o primeiro pronunciamento do então Presidente da República do Brasil, realizado em 1º de dezembro de 1991, dia mundial da luta contra a aids, demonstrou a prioridade que o governo brasileiro passou a dar à epidemia no início dos anos 90. (MANN et al., 1993, p. 6; LIMA, 2002, p.7, CHEQUER, 2007, p.3).

Portanto, como resume Almeida (2005, p. 5 e 6) a

'resposta brasileira' à epidemia do HIV/AIDS (o 'modelo brasileiro') foi construída baseada em princípios fundamentais, formulados seja a partir da mobilização da sociedade civil, seja da implementação de programas governamentais, (...) centrados basicamente na articulação entre direitos humanos e cidadania numa perspectiva solidária. (...) A solidariedade foi o conceito-chave utilizado para transformar o discurso dominante de estigma, preconceito e exclusão das pessoas com HIV/aids num discurso radicalmente diferente, baseado na inclusão, possibilitando a articulação entre prevenção, assistência e garantia de direitos de cidadania (GALVÃO, 1997; 1997A; TEIXEIRA, 1997; DANIEL & PARKER, 1991, 1993; PARKER, 2003; PAIVA, 2003, apud ALMEIDA, 2005).

No início do século XXI, o caminho escolhido pelo Brasil para responder internamente à aids dava alguns sinais de pioneirismo⁵, num momento em que internacionalmente já se pensava em ir além das abordagens tradicionais de saúde pública para controlar a epidemia. Isto não só porque ela envolve e desafia os sistemas sociais e de saúde nos países, mas também porque o mundo viria a proclamar, mais tarde, a epidemia global como uma ameaça emergencial à paz e à estabilidade internacional (MANN et al. 1993, p. 1; VIEIRA, 2007, p.137). Para Vieira, houve uma tendência gradual da comunidade internacional em mover o tema de HIV/aids do âmbito tradicional das questões comuns de saúde pública, para outros enfoques que envolviam a segurança internacional, sendo este movimento, para ele,

(...) parte de uma transição histórica progressiva iniciada anos antes da primeira menção do HIV/aids no sentido de segurança em meados da década de 1990. Este movimento histórico para a securitização do HIV/aids pode ser genericamente identificado por alguns eventos divisores de águas na história da resposta global (VIEIRA, 2007, p. 153).

O autor ainda acrescenta como exemplos desse processo, a criação do *Global Programme on HIV/aids*, da Organização Mundial da Saúde-OMS, em meados dos anos 1980, quando a epidemia intensificou-se em alguns países africanos, seguido da criação do UNAIDS, que evidenciou, de alguma maneira, o fracasso do enfoque biomédico que vigorou nos primeiros anos da epidemia e, finalmente, a formalização da articulação 'HIV/aids-segurança internacional', durante a reunião do Conselho de Segurança da ONU, em 2000, que culminou com a Declaração de Compromisso da UNGASS (Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas),⁶ um ano depois.

Por outro lado, em novembro de 1995, foi criado o GCTH (Grupo de Cooperação Técnica Horizontal), cujos

representantes são os Coordenadores Nacionais de DST/aids de 21 países da região da América Latina e Caribe. No momento de sua criação o GCTH firmou um documento que, dentre outras coisas, constatava a necessidade de estabelecer relações de cooperação direta sobre o tema de HIV/aids entre os países. Com esta iniciativa o Programa de Aids do Brasil criou sua Unidade ou Assessoria de Cooperação Externa, naquele momento chamada de Coopex.

Foi neste contexto que nasceram as primeiras iniciativas brasileiras de cooperação técnica internacional para a resposta à epidemia de aids. Mais tarde, com a criação e formalização do PCI (Programa de Cooperação Internacional para Ações de Controle e Prevenção do HIV para Países em Desenvolvimento), em 2002, a Coopex assumiria a execução daqueles projetos de cooperação.

Quando o PCI foi criado, a política brasileira para enfrentamento das DSTs/aids apresentava um significativo avanço e a forma e estrutura do Programa Nacional brasileiro passaram a ser calcadas na premissa de que a prevenção à aids e a assistência às pessoas com HIV/ Aids não podiam estar dissociadas. Além disso, e de maneira sinérgica, aproveitando a capacidade e legislação do SUS, o Ministério da Saúde também passou a investir numa política de tratamento universal, com o fornecimento gratuito de medicamentos antiretrovirais – ARV, a toda a população.⁷

O PCI, portanto, disseminou esta lógica de resposta à epidemia, lançando um processo seletivo internacional com possibilidade de atender dez países, sendo que os primeiros beneficiados com tratamento ARV foram: El Salvador, Bolívia, Paraguai, República Dominicana e Colômbia, na América Latina; e Burkina Fasso, Moçambique, São Tomé e Príncipe e Cabo Verde, na África.⁸

Para a execução do Programa foi necessário que o Governo brasileiro estabelecesse parcerias importantes, tanto nacionais como internacionais, como por exemplo o trabalho desenvolvido em conjunto com o UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). A criação do Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids (Cict), também contribuiu para o determinante sucesso do programa por meio do suporte técnico, financeiro e administrativo.

O Cict é uma iniciativa conjunta do governo brasileiro e do UNAIDS, para o fortalecimento das respostas nacionais por meio de ações de cooperação técnica internacional em HIV/aids. Criado em 2005, o Cict possui a missão de facilitar e promover programas e atividades de cooperação técnica horizontal Sul-Sul a fim de fortalecer e ampliar respostas sustentáveis ao HIV/aids em nível local. Para tanto, o Centro definiu cinco objetivos estratégicos: a) identificar

e elaborar projetos e/ou programas de cooperação técnica horizontal em HIV/aids, a fim de atender às necessidades e prioridades de países em desenvolvimento; b) desenvolver, monitorar, construir capacidades e promover parcerias no âmbito de uma rede de organizações governamentais e não-governamentais, para que elas possam atuar, com qualidade, em projetos de cooperação técnica em HIV/aids; c) implantar projetos de cooperação técnica que permitam a construção de capacidades sustentáveis e duradouras para respostas mais efetivas à epidemia em países em desenvolvimento; d) disseminar experiências, lições e êxitos, com o intuito de compartilhar boas práticas, identificar lições aprendidas e promover atividades mais aprimoradas de cooperação técnica entre países em desenvolvimento; e) identificação e levantamento de recursos financeiros, técnicos e humanos a fim de fortalecer a capacidade do Centro para gerenciar projetos de cooperação técnica (CICT, 2008, p.6). A partir da criação e consolidação do Cict, todas as atividades de cooperação em HIV/aids prestadas pelo Brasil passaram a ser coordenadas por este Centro, que permanece sediado no Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais.

Desta forma percebe-se que a primeira iniciativa brasileira de cooperação técnica internacional em aids, o PCI, foi implementada em um momento em que o paradigma de securitização da epidemia se mostrava forte e ao mesmo tempo em que o mercado internacional dos ARV, com a entrada dos genéricos a preços substancialmente inferiores, trazia à tona a discussão sobre a saúde pública e os aspectos que envolvem o direito ao tratamento dos doentes nos países em desenvolvimento.

Pode-se com isso também inferir que a crescente demanda de cooperação, coordenada pelo Cict com os países em diferentes áreas de resposta à epidemia, no início do século XXI, vem gradativamente consolidando um caminho em construção desde o final da década de 1990, ou seja, o reconhecimento internacional do programa de aids brasileiro. Para Chequer (2007, p.6) o mais marcante para a comunidade internacional era a capacidade do programa nacional do Brasil em integrar prevenção e assistência⁹, e de incorporar a perspectiva de direitos civis à prevenção, além da universalidade, dimensão integrante do SUS. Assim, se de um lado o sucesso da resposta nacional foi um reflexo dos princípios legais do próprio SUS, por outro também representou a evolução dinâmica da resposta de uma sociedade aos desafios representados pela epidemia, gerando a potencial capacidade do Brasil de compartilhar sua experiência, principalmente com países em desenvolvimento no eixo das relações Sul-Sul.

Com tudo isto e também exercendo forte papel de liderança no GCTH, o Brasil esteve no centro de um processo de ampla articulação entre os países da região, uma vez que suas iniciativas promoveram e incrementaram ações de cooperação bi e multilaterais (BRASIL, 2008). Desta forma, foi possível a entrada Brasil no cenário internacional com uma força peculiar, tornando-se um *global player* importante em distintas circunstâncias da discussão internacional sobre a epidemia e buscando garantir a adoção de algumas decisões em favor da saúde pública global. A publicação abaixo traz algumas destas principais decisões internacionais com participação brasileira (Quadro 1).

No Quadro 1 é possível observar que o pano de fundo das lutas travadas pelo Brasil nos diferentes fóruns multilaterais sobre o tema de aids é o acesso universal da população à prevenção, assistência e tratamento, como direito humano, estratégia difundida pelo Unids desde 2005:

É preciso que o objetivo seja assegurar que todos os países se articulem ao máximo possível para garantir o acesso universal à prevenção, tratamento, atenção e diminuição do impacto (...) [objetivos que] tem de ser perseguidos de forma simultânea, não consecutiva, e nem de forma isolada um do outro. Os países devem concentrar-se na execução dos programas, incluídos o fortalecimento dos recursos humanos e institucionais e a aplicação de estratégias que permitam o maior nível possível de integração dos serviços (UNAIDS, 2005, p. 5),

Dessa forma é que surge a necessidade de compreender melhor os aspectos da relação entre o Brasil e o Unids e em que medida um ator sustenta e legitima o outro na área de cooperação técnica internacional Sul-Sul para articular a resposta à epidemia de aids. Para Viera (2007), o Unids é um dos líderes normativos em HIV/aids, utilizando-se de

Quadro 1 - Decisões internacionais relativas ao tema da aids com participação brasileira.

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Aprovação da Resolução 33/2001 na 57ª Sessão da Comissão das Nações Unidas para Direitos Humanos, estabelecendo que o acesso a medicamentos antiretrovirais é um direito humano básico. 2. Aprovação da proposta brasileira feita durante a Assembléia Mundial da Saúde em maio de 2001 que destaca a importância da disponibilidade crescente de medicamentos acessíveis àqueles afetados pela doença. 3. Aprovação da Declaração de Compromisso sobre HIV/Aids na Sessão da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre HIV/Aids, que reconhece a necessidade de adoção de uma abordagem integral entre prevenção, tratamento e proteção dos direitos humanos como o único caminho para conter efetivamente a disseminação da epidemia. 4. Envolvimento direto brasileiro no Fundo Global para o Combate à aids, Tuberculose e Malária, lutando por uma participação igualitária entre países ricos e em desenvolvimento em seu principal órgão decisório, o Corpo Diretivo. O Fundo também assumiu publicamente que destinará recursos financeiros para o apoio a projetos envolvendo a distribuição de antirretrovirais, o que representa outra importante vitória para países em desenvolvimento. O Fundo Global recentemente aprovou sua primeira rodada de 58 propostas, das quais 5 foram de países da América Latina e Caribe que juntas totalizam US\$ 616 milhões. 5. Aprovação na Organização Mundial do Comércio da proposta brasileira segundo a qual nada no Acordo TRIPS (Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual relacionados ao Comércio) pode impedir que os países adotem medidas para proteger a saúde pública. 6. Mobilização intensa da estrutura técnica brasileira para apoiar várias delegações/missões que procuram por assistência nos domínios do tratamento e cuidados. |
|--|

Fonte: Brasil (2002, p.8).

mecanismos e de um aparato institucional de difusão de normas. Como exemplo, basta lembrar o prólogo escrito pelo então Diretor Executivo, Peter Piot, no Relatório do UnaidS sobre a Epidemia Global de aids em 2004¹⁰, quando ele afirma assertivamente que, tal qual indica o relatório de 2004, o UnaidS sabe o que funciona para a resposta a epidemia de aids.

Infere-se, portanto, que a cooperação brasileira vem funcionando não só como um instrumento de legitimação das políticas ou bandeiras levantadas pelo UnaidS, mas também vem contribuindo para a elaboração das mesmas a partir do sucesso de sua resposta nacional.

O trabalho de resposta nacional para o controle da epidemia no Brasil, alinhado com as demandas da sociedade civil, assim como um plano nacional de monitoramento e avaliação, também vieram a ser fomentados pelo UnaidS, desde o lançamento da campanha mundial pelos “Três Uns”, onde acrescenta: *as razões sobre as que se baseiam os “Três Uns” são assegurar uma resposta à epidemia de aids harmonizada, coordenada e, sobretudo, dirigida e adotada como própria do país* (UNAIDS, 2005, p. 2)¹¹ Ou seja, planos estratégicos nacionais construídos e executados por um ente nacional que seja uma instância de diálogo e resolução entre os diferentes setores da sociedade (governo, sociedade civil, setor privado) e com mecanismos transparentes de acompanhamento da resposta, que proporcione a avaliação da mesma. Tudo que o Brasil vem provando como resposta exitosa.

A partir da análise de Buss et al. (mimeo), também se percebe que a política de acesso universal nasceu antes no Brasil que no próprio âmbito do UnaidS. E eles vão mais além, quando afirmam que a percepção do Brasil que foi legitimada na constituição nacional de 1988, sobre a saúde como direito humano e como obrigação do Estado, e a garantia da atenção em serviços de saúde com equidade, é quem dá sustento a política externa em saúde, e conseqüentemente faz o Brasil avançar no campo da diplomacia da saúde, tendo como instrumento a cooperação técnica.

Os autores ainda acrescentam, sobre o acesso universal ao tratamento que: *Para o Ministério da Saúde, a questão de associar acesso a medicamento aos direitos humanos era uma conseqüência do discurso que estabelecia a saúde como direito de todos e dever do Estado* (p.6). E isto aliado ao

(...) pedido de uma entidade representativa da Indústria Farmacêutica ao Governo Americano, para que o Brasil fosse incluído na ‘watch list’ da

lei do comércio americana e mais adiante, o boato de que os Estados Unidos abririam ‘panel’ contra o Brasil na OMC, levou o Ministério de Saúde do Brasil a ampliar suas ações no campo internacional, em relação à política de cooperação na área de aids. (BUSS et al., mimeo, p. 5)

Observa-se, portanto, que a resposta brasileira à aids pode ser entendida como importante braço da diplomacia da saúde nacional e que o principal instrumento desta atuação é a cooperação técnica internacional para o fortalecimento das respostas à epidemia dos países com base na cobertura universal e sistemas de saúde com participação, controle social e planos e ações intersetoriais. Estando a experiência pioneira de incorporação da sociedade civil na elaboração das políticas para a aids no cerne do processo de cooperação técnica internacional do Brasil na área.

Para Vieira (2007), os ativistas transnacionais do HIV/ aids também são importantes instrumentos de difusão de normas. Principalmente a partir de meados dos anos 1990, eles têm ampliado suas áreas de atuação que, se anteriormente eram mais pautadas em categorias simbólicas, tais como: desenvolvimento, causas humanitárias e direitos humanos, passaram gradativamente a unificar o discurso em torno também do conceito de segurança como transversal ao HIV/aids. Vieira acrescenta:

(...) [Eles são] também atores importantes para promover a implementação de normas em âmbito estatal. Por meio de sua participação em Conselhos Nacionais de HIV/aids, bem como por meio de suas conexões com grupos da sociedade civil organizada em nível comunitário, as redes de advocacia transnacional envolvem-se em práticas discursivas com atores locais. É em sua participação nestas interações sociais que eles buscam em última instância alinhar comportamentos e políticas nacionais às prescrições internacionais.

Observa-se, portanto, a partir da criação e consolidação do Programa Nacional de DST/aids, que ao mesmo tempo em que o Brasil melhorava a qualidade de sua resposta no âmbito nacional e se consolidava como pioneiro na elaboração de políticas de resposta intersetorial com forte participação da sociedade civil, também se fortalecia na área de cooperação externa, passando a responder gradativamente a uma crescente demanda internacional de países e organismos internacionais que buscavam conhecer e entender as particularidades do seu aparente êxito. Além disso, o país também vem exercendo um forte papel

político-articulador no âmbito Sul-Sul por meio do GCTH, ACI (Assessoria de Cooperação Internacional do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais) e Cict, e contribuindo para a projeção mundial da resposta brasileira para a governança global para o tema da aids.

Metodologia

Trata-se de um estudo de natureza exploratória e com abordagem histórico-social como descrita por Polit e Hungler (2000): abordagens que tomam em conta *a coleta de dados sistemática e a avaliação crítica sobre os fenômenos passados, que tenham como finalidade responder perguntas sobre as causas, efeitos ou tendências relacionadas e que permitam esclarecer comportamentos, hábitos ou situações do presente* (p. 239-40)¹².

Como fontes primárias, foram utilizados um total de 29 projetos, e 3 iniciativas regionais que foram distribuídas em uma tabela a partir do país-destino da cooperação, ano de início e de finalização da proposta e áreas temáticas para sua execução. Além disso, também foram investigados alguns documentos de acordos internacionais e publicações oficiais do governo brasileiro sobre o tema de cooperação internacional em aids.

A partir desses dados, foram identificados os temas da cooperação técnica internacional brasileira em aids e, posteriormente, esses temas foram trabalhados através do Método de Análise de Conteúdo. Tal método, apesar de haver sido descrito primeiramente em meados do século XX, foi escolhido porque ainda vem sendo amplamente empregado quando há intenção do pesquisador em atribuir quantificação ao material narrativo-qualitativo.

Segundo Berelson (1971, p.18), a Análise de Conteúdo é uma técnica de investigação para a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifestado em um comunicado, sendo bastante objetiva mediante regras formuladas de maneira explícita e que funcionam como protocolos de investigação. Dessa maneira que, se forem aplicados por dois pesquisadores, se obtêm os mesmos resultados. Para Polit e Hungler (2000), esta análise é sistematizada pela *inclusão ou exclusão de material segundo critérios de seleção aplicados de maneira coerente* (p. 204).

Concluída a identificação das iniciativas e seus respectivos países, utilizou-se o método de Análise de Conteúdo de Bardin (1977) de quantificação de dados qualitativos para explorar o perfil da cooperação técnica internacional brasileira em aids. A seguir estão descritos os

passos utilizados para o manejo dos dados deste estudo, segundo os critérios desse método:

- a) Leitura dos objetivos dos projetos/iniciativas regionais e escolha das unidades de registro - Para Bardin (1977, p. 199), as unidades de registro são unidades de texto escolhidas pelo investigador a partir dos objetivos da pesquisa, podendo ser palavras ou frases que classificarão o conteúdo em conjuntos significativos.
- b) Agrupamento das unidades de registro segundo suas semelhanças em Categorias Exploratórias - Bardin denomina esta etapa de codificação. Para este estudo, o trabalho de agrupamento se deu em função dos critérios difundidos pelo Unids para a resposta de um país à epidemia de aids.
- c) Estabelecimento das Unidades de Análise (Categorias Analíticas), a partir de um novo agrupamento das categorias exploratórias - É a partir dessas categorias analíticas que este estudo propõe hipóteses norteadoras para pesquisas futuras sobre o tema.

O perfil da cooperação técnica internacional brasileira em aids de 2002 a 2009: uma aproximação inicial e preliminar dos dados analisados

De acordo com as fontes primárias deste estudo, observa-se o número total de 29 projetos que inicialmente não correspondem ao número total de 39 países destino da cooperação. Isto porque a partir do Cict, como coordenador da execução em 2004, e da entrada de diferentes parceiros de apoio técnico e financeiro, vários projetos passaram a atender ao mesmo tempo mais de um país. No caso do PCI, vale ressaltar que em 2004 passou a ser coordenado pelo Cict e a ser chamado de "Projeto Laços Sul-Sul", conservando a doação de medicamentos e ampliando os temas de cooperação para além das capacitações em manejo clínico e envolvendo diferentes áreas de resposta à epidemia. Alguns países receberam esta cooperação apenas como Laços Sul-Sul, enquanto outros tiveram os dois tipos de iniciativa, o que torna o PCI um projeto de longa duração, sendo contado uma única vez por país.

Além do PCI, outros projetos também foram contados uma única vez, apesar de englobar mais de um país, são eles: "Harmonização de Políticas para Educação Sexual, a prevenção do HIV/aids e drogas no ambiente escolar", com apoio da GTZ, Unids, Unesco, UNFPA, Unicef, DFID (Argentina, Chile, Paraguai, Peru e Uruguai), "Fortalecimento

dos programas de prevenção, vigilância, assistência integral e direitos humanos em DST/HIV/Aids em cidades de fronteira do MERCOSUL” que tem apoio da GTZ (Venezuela, Colômbia, Peru, Bolívia, Argentina, Paraguai e Uruguai) e “Respondendo as vulnerabilidades de Jovens em Situação de Rua: a cooperação Sul-Sul como eixo de articulação”, com o apoio da Embaixada dos Países Baixos e do Unicef (Colômbia, Peru e Bolívia).

Com relação à estratégia de doação de medicamentos, em 2009 o Cict coordenou a distribuição para os seguintes países dentro do Projeto Laços Sul-Sul: Bolívia, Burkina Fasso, Cabo Verde, Guiné Bissau, Nicarágua, Paraguai, São Tomé e Príncipe e Timor Leste. Vale ressaltar que Colômbia, Moçambique e República Dominicana, que fizeram parte do PCI, não permaneceram nesta segunda etapa.

Verificou-se que em termos geopolíticos, os países que receberam cooperação técnica internacional em HIV/aids (concluídas ou em execução) por meio de projetos de cooperação estão localizados na África (Botswana, Burkina-Faso, Cabo Verde, Gana, Guiné Bissau, Moçambique, Quênia, São Tomé e Príncipe, Tanzânia e Zâmbia), América Central (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá e República Dominicana), América do Sul (Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela) e na Ásia (Timor Leste).

Além desses projetos bilaterais, há igualmente registros de projetos de cooperação técnica do Brasil com o Caricom (*Caribbean Community*) e mais três iniciativas regionais: uma a partir de uma decisão tomada no âmbito do UNGASS com foco no monitoramento dos direitos sexuais e reprodutivos contemplados nos planos nacionais de combate à aids dos países signatários,¹³ outra no âmbito da Rede Latino-Americana de Pastorais da aids,¹⁴ e uma terceira no âmbito do Comitê de Prevenção e Controle do HIV/aids das Forças Armadas e Policiais da América Latina e Caribe (Coprecos)¹⁵.

Dentre os países africanos, Moçambique foi o país que abrigou o maior número de iniciativas: um total de cinco, seguido de Burkina Faso com duas iniciativas, e todos os demais países listados com uma iniciativa cada. Na América do Sul, destacaram-se Paraguai e Peru, cada um com cinco iniciativas cada, seguidos por Bolívia e Colômbia, quatro iniciativas cada, Uruguai com três iniciativas, Argentina e Equador com duas iniciativas cada, e os demais países com uma iniciativa. Na América Central destacaram-se El Salvador e República Dominicana, cada um com três iniciativas, Guatemala e Nicarágua com duas iniciativas cada, e os demais países com uma única iniciativa.

Para proceder à técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (1977), foram identificados, dentre os projetos levantados, 27 temas das atividades de cooperação do Brasil em aids. Em seguida, os temas das atividades de cooperação do Brasil em aids foram considerados unidades de registro e classificados num quadro de análise com letras maiúsculas do alfabeto (Quadro 2).

O próximo passo consistiu em agrupar as 27 unidades de registro em categorias exploratórias. Foram criadas 11 categorias (Quadro 3).

No Quadro 3 chama a atenção o fato de que a doação de ARV, que foi a estratégia pioneira de cooperação internacional brasileira em HIV/aids, corresponda a apenas 2,3% dos temas de cooperação entre 2002 e 2009. Isto remete à necessidade de se investigar mais a fundo a trajetória e os aspectos intrínsecos a esta cooperação, quais sejam, parceiros e países envolvidos e/ou outras variáveis correlatas.

Com os passos anteriores, identificou-se neste momento da pesquisa que uma possibilidade de agrupamento das categorias exploratórias seriam dois grandes grupos, o que Bardin denomina categorias analíticas: (1) fortalecimento das respostas dos países à epidemia de HIV/aids; e (2) fortalecimento da inserção e consolidação do Brasil no cenário global em saúde. A primeira categoria analítica foi identificada com este nome porque agrupa os temas de cooperação com potencial capacidade de incidência na sistematização ou formulação das políticas nacionais de HIV/aids dos países parceiros, incidindo diretamente nos seus sistemas de saúde. Ela responde por 78% das unidades de registro encontradas nos projetos de cooperação prestada pelo Brasil.

A segunda categoria analítica – fortalecimento da inserção e consolidação do Brasil no cenário global em saúde – traz aquelas categorias exploratórias que não se incluíram na primeira categoria por não terem incidência direta no fortalecimento técnico da resposta à epidemia do país destino, mas por terem caráter regional, podendo contribuir para consolidar o Brasil no cenário global (Quadro 4). Foi assim denominada porque se supõe que ela abrigava os temas que, a partir dos programas de HIV/aids incidem, indiretamente, nos sistemas e serviços de saúde dos países e fortalecem as relações bi e multilaterais do Brasil no cenário global.

Observa-se no Quadro 4 que as categorias exploratórias que compõem a categoria analítica “Fortalecimento das respostas dos países à epidemia de HIV/aids” são basicamente os itens que a política nacional de DST/aids do

Quadro 2 - Distribuição das unidades de registro de acordo com os temas de cooperação técnica internacional do Brasil em HIV/aids, 2002-2009.

Unidades de registro	Temas de cooperação prestada pelo Brasil nos projetos estudados em ordem alfabética	Quantidade de unidades de registro encontradas sobre o tema nos projetos e iniciativas regionais	
		N	%
A	Políticas públicas	31	7,07
B	Direitos humanos	27	6,16
C	Promoção	39	10
D	Prevenção	39	10
E	Proteção	38	8,6
F	Doação de ARV	10	2,3
G	Diagnóstico	36	8,2
H	Assistência	36	8,2
I	Tratamento	36	8,2
J	Vigilância epidemiológica	21	4,8
K	Harmonização e intersectorialidade	15	3,42
L	Desenvolvimento institucional	15	3,42
M	Monitoramento e avaliação	19	4,3
N	Mobilização social	6	1,3
O	Educação	4	1
P	Drogas	4	1
Q	Cidades de fronteira	7	1,6
R	Mercosul	7	1,6
S	Gestão	4	1
T	Comunicação social	1	0,2
U	Militares	1	0,2
V	UNGASS	1	0,2
X	Logística	16	3,6
Z	Fortalecimento de redes	13	3
Y	Apoio para o fundo global	9	2,0
A1	Vulnerabilidade social	2	0,5
A2	Pastorais	1	0,2
TOTAL		438	100

Fonte: Assessoria de Cooperação Internacional do Programa de DST/Aids do Brasil, Ministério da Saúde.

Quadro 3 - Agrupamento das unidades de registro em categorias exploratórias segundo Bardin (1977).

Categorias exploratórias	Temas de cooperação agrupados por categoria exploratória	Unidade de registro	Quantidade de unidades de registro encontradas sobre a categoria exploratória	
			N	%
Gestão	Desenvolvimento Institucional Gestão Logística	L	35	8
		S		
		X		
Monitoramento e avaliação	Monitoramento e Avaliação UNGASS	M V	20	4,5
Vigilância epidemiológica	Vigilância Epidemiológica	J	21	4,8
Acesso universal	Promoção Prevenção Proteção Diagnóstico Assistência Tratamento Comunicação Social	C	225	51,3
		D		
		E		
		G		
		H		
		I, T		
Fortalecimento da sociedade civil	Mobilização social	N	6	1,3
Política para fronteiras	Cidades de Fronteira	Q	7	1,6
Fortalecimento de sistemas de saúde	Políticas Públicas Direitos Humanos. Vulnerabilidade social	A B A1	60	13,7
Fortalecimento de redes de cooperação	Fortalecimento de redes Mercosul	Z R	20	4,5
Intersetorialidade	Educação Drogas Harmonização e Intersetorialidade Militares Pastorais	O	25	5,8
		P		
		K		
		U A2		
Doação de ARV – Manejo clínico	Doação de ARV	F	10	2,3
Apoio ao Fundo Global	Apoio para o Fundo Global	Y	9	2,0
TOTAL			438	100

Fonte: elaboração dos autores.

Quadro 4 - Estabelecimento das unidades de análise a partir das categorias exploratórias, segundo Bardin

Possibilidade de agrupamento das categorias analíticas	Categorias exploratórias agrupadas por categoria analítica	Unidades de registro	Quantidade de unidades de registro encontradas sobre a categoria analítica	
			N	%
Fortalecimento das respostas dos países à epidemia de HIV/aids	Acesso universal	C, D, E, G, H, I, T		
	Fortalecimento da sociedade civil	N		
	Fortalecimento de sistemas de saúde	A, B, A1		
	Gestão	L, S, X	342	78
	Monitoramento e avaliação	M		
	Vigilância epidemiológica	J		
	Doação de ARV – Manejo clínico	F		
Fortalecimento da inserção e consolidação do Brasil no cenário global em saúde	Intersetorialidade	O, P, K, U, A2		
	Política para aids nas fronteiras	Q		
	Fortalecimento de redes de cooperação	Z, R	96	21,8
	Apoio para aplicação dos países ao fundo global	Y		
TOTAL			438	100

Fonte: Elaboração dos autores.

Brasil reconhece como ideais para uma resposta consistente a epidemia, estando explícitos nestas categorias o acesso universal bem como a política dos três uns de Unaid e a intersetorialidade que é peculiar à resposta brasileira.

Já com relação ao “Fortalecimento da inserção e consolidação do Brasil no Cenário global em saúde”, verifica-se o esforço do Brasil em três grandes linhas, fortalecimento da resposta ao HIV/aids nas fronteiras, fortalecimento de redes de cooperação e apoio aos países em suas ascensões ao Fundo Global, o que sugere a necessidade de pesquisas mais aprofundadas sobre a correlação destas estratégias à luz dos conceitos de governança global em saúde ou, mais particularmente, de governança Sul-Sul em saúde.

Conclusão

O levantamento apresentado neste ensaio indica a necessidade de se dar continuidade à pesquisa a partir da hipótese norteadora de que o conteúdo da cooperação técnica internacional do Brasil em aids entre países do Sul denota um perfil de alinhamento técnico-político refletido na busca do fortalecimento das respostas dos países à epidemia de HIV/aids e no fortalecimento da inserção e consolidação do Brasil no cenário global em saúde.

Como destacado no estudo, trata-se apenas de duas, dentre diversas, possibilidades de agrupamento de categorias analíticas. Mas elas indicam a necessidade e importância

de se dar continuidade à pesquisa para validar ou refutar essas categorias, na busca por um entendimento mais profundo do perfil da cooperação técnica internacional do país em aids e sua relação com questões de política externa nacional, diplomacia brasileira da saúde e governança global em saúde.

Notas

1. Segundo o MRE (2007, p. 04), as principais áreas de cooperação prestada são: Malária, HIV/aids, Sistema Único de Saúde, Nutrição, Bancos de Leite Humano, Vigilância Ambiental em Saúde, Vigilância Epidemiológica e Fármacos e Imunobiológicos.

2. O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/aids–Unaid, foi criado em 1996, foi criado a partir da preocupação com os avanços da epidemia mundial, quando o setor saúde já dava sinais de que sozinho não detinha todos os meios para controlar a dinâmica da epidemia. O Sistema ONU percebeu, então que era necessário criar uma área temática em aids dentro das Nações Unidas que pudesse contribuir com os trabalhos específicos das agências em um plano conjunto, livre de duplicação de esforços e apoiando as respostas dos países nas áreas sociais e de direitos humanos que extrapolavam o setor saúde. Dessa forma, o Unaid é copatrocinado por dez agências do Sistema das Nações Unidas, que são: ACNUR (Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados), Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância), PMA (Programa Mundial de Alimentação), PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), UNFPA (Fundo das Nações Unidas para a População), UNODC (Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crimes), OIT (Organização Internacional do Trabalho), Unesco (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura), OMS (Organização Mundial da Saúde), Banco Mundial. Dados extraídos do site eletrônico do UNAIDS, disponível em <http://www.unaids.org/en/default.asp> (Acesso em 19/03/09).

3. Desde o início da década dos 1980, o regime militar diminuía progressivamente seu controle sobre os processos políticos e as organizações da sociedade civil passaram paulatinamente a ocupar mais espaços no debate político. (PARKER, 1994, p.38)

4. Após a epidemia da aids, as DST readquiriram importância como problema de saúde pública (BRASIL, 1999, p. 5)

5. Em 2002, alguns indicadores mostravam o alcance do sucesso da resposta nacional, no sentido de reverter o cenário construído em duas décadas. E, isso vinha se tornando possível “à medida que se conseguiu unir, em um só propósito, prevenção e assistência, sociedade civil e Estado” (BRASIL, 2002, p.6-7).

6. Segundo Vieira (2007, p. 156), “A Declaração de Compromisso da UNGASS de Junho de 2001 também é uma diretriz de ação importante para atores estatais e não-estatais. Ela descreve o alcance da epidemia, os seus efeitos, e as formas de combatê-lo. (...) ela estabelece as principais idéias normativas que justificam a ação estatal”.

7. O Ministério da Saúde, amparado pela aprovação naquele mesmo ano da legislação garantindo o acesso aos medicamentos, mesmo

contra recomendações e advertências do Banco Mundial, adotou uma política de distribuição da medicação, via SUS, para todas as pessoas acometidas pela doença. Segundo Chequer, com o passar do tempo “esta estratégia mostrou-se não apenas eficaz do ponto de vista da redução da mortalidade, mas também poupadora de recursos, na medida em que os gastos com o tratamento da aids em seus estágios iniciais consomem menos recursos que as repetidas internações dos pacientes em estado grave” (p. 4).

8. Entre as propostas também estavam Burundi, Namíbia e Quênia, mas as negociações não prosperaram e os projetos não foram concretizados.

9. “A resposta brasileira estabeleceu este princípio muito antes de sua adoção pela Assembléia Geral das Nações Unidas em sua sessão especial sobre aids em 2001. O Acesso Universal equânime e gratuito na área de aids, em seu conjunto de ações, normas e alocação adequada de recursos se transformaram ao longo dos anos em uma política referenciada tecnicamente, controlada pela sociedade e integralmente assumida como uma política de Estado Brasileiro”. (CHEQUER & SIMÃO, 2007, p. 9).

10. Every two years, Unaid publishes an HIV/aids Global Report to update the state of the epidemic worldwide. This study is considered the most reliable HIV/aids statistical reference by almost all institutes, NGO, governments and individuals interested in tracking the progress of the epidemic worldwide (VIEIRA, 2007, p. 172).

11. O Unaid ainda coloca esta política como um veículo para a reforma das Nações Unidas, e como um processo que se baseia em princípios primordiais mais gerais de práticas internacionais ótimas, tais como: a) A Declaração do Milênio (2000); b) as declarações da OCDE de Roma (2003) e de Paris (2005) sobre harmonização e eficácia da ajuda, e c) O Consenso de Monterrey (2005) sobre financiamento para o desenvolvimento.

12. No original...la colecta sistemática y la evaluación crítica acerca de sucesos pasados y que tiene como fin responder preguntas acerca de las causas, efectos, o tendencias relativas al pasado que permitan esclarecer comportamientos, hábitos o situaciones del presente.

13. África do Sul, Belize, Chile, Índia, Indonésia, México, Nicarágua, Peru, Quênia, Tailândia, Ucrânia, Uganda, Uruguai e Venezuela.

14. Inclui a Argentina, Chile, Colômbia, Equador, Guatemala, El Salvador, Panamá, Peru, México, Paraguai, República Dominicana e Uruguai.

15. Belize, Chile, Colômbia, El Salvador, Equador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Peru, República Dominicana e Uruguai.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, C. M. Reforma del Estado y Reforma de Sistemas de Salud. **Cuadernos Médicos Sociales**, v.79, n.1, p.27-58, 2001.

ALMEIDA, C. O movimento da reforma sanitária: uma visão crítica, texto apresentado no “VI Congresso Nacional da Rede

UNIDA - 20 anos de parcerias na saúde e na educação”, realizado de 02-05 de julho de 2005, em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Publicado nos **Anais...** do Congresso. 2005.

AMADOR, E. A. El nuevo rostro de La cooperación técnica entre países en desarrollo (CTPD) y las nuevas tendencias internacionales. **Ciencias Sociales**, v.I, n.94, Universidad de Costa Rica, 2001.

AMORIM, C. L. N. A cooperação como instrumento da política externa brasileira. Via ABC (Junho), **Boletim Eletrônico da Agência Brasileira de Cooperação (ABC/MRE)**, p. 16. 2006.

BERELSON, B. **Content analysis in communication research**. New York: Free Press. 1971.

BRASIL, Ministério da saúde, Divisão Nacional DST/AIDS. **Estrutura e proposta de intervenção**. Brasília, 1987.

BRASIL, Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids. **Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 3ª edição. Brasília, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde, SVS, Programa Nacional de DST/aids. **Respostas: a experiência do Programa brasileiro de AIDS**. Brasília, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde, **International Cooperation Programme: for HIV and AIDS Prevention and Control Activities for Other Developing Countries**. 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde, SVS, Programa Nacional de DST/aids. **Respostas: a experiência do Programa brasileiro de AIDS**. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde, CICT, Centro Internacional de Cooperação Técnica. **A Cooperação Sul-Sul no contexto da epidemia de aids: três anos do Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/aids**. Brasília: março de 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Provisão de medicamentos ARV em acordos de cooperação do Brasil com outros países em desenvolvimento. **Relatório Executivo da SVS** de 27 de maio de 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O Grupo de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/main?Team=%7BCF459E80%2D8E36%2D44BD%2D85BF%2D79599B790E71%7D>. Acessado em: 26 fev. 2009.

BRASIL, Ministério das Relações Exteriores. **Agência Brasileira de Cooperação**. Via ABC. Março de 2007.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R.; ALCAZAR, S.; FONSECA, L. E. ; JOUVAL, H. E. **Governança em Saúde Global: diplomacia da saúde**. (Mimeo). 2010.

CEPAL. **Transformación productiva con equidad: la tarea prioritaria del desarrollo de América Latina y el Caribe en los noventa**. PNUD, Santiago de Chile, marzo de 1990.

CONSENSO DE MONTERREY. 2005. Disponível em: http://www.unctad.org/sp/docs/aconf198d11_sp.pdf

CHEQUER, P. **Aids 20 anos: esboço histórico para entender o programa brasileiro**. 2005. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBD1B398DPTBRIE.htm>. Acessado em: 30 out. 2008.

CHEQUER, P. SIMÃO, M. **O Brasil e o combate internacional contra a aids**. In: BRASIL, MRE, Via ABC. Março de 2007.

DANIEL, H.; PARKER, R. **AIDS: a terceira epidemia (ensaios e tentativas)**. São Paulo: Iglu. 1991.

DANIEL, H.; PARKER, R. **Sexuality, politics and AIDS in Brazil: in another world?** London: The Falmer Press. 1993.

DECLARAÇÃO DO MILÊNIO. 2000. Disponível em: [http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N\)\)559/54/PDF/N\)\)%\(%\\$\\$.pdf?OpenElement](http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N))559/54/PDF/N))%(%$$.pdf?OpenElement).

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário**. Rio de Janeiro:Ed. Fiocruz. 1998.

FIORI, J. L. Formação, Expansão e Limites do Poder Global (p. 11-64). In: José Luis Fiori, **O poder americano**. 2ª Edição, Petrópolis, Editora Vozes. 2005.

GALVÃO, J. As respostas religiosas frente à epidemia HIV/AIDS no Brasil. In: Richard Parker (Org.) **Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil**. p. 109-34. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA. 1997a.

GALVÃO, J. As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/AIDS. In: Richard Parker (Org.) **Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil**. p. 69-108. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA. 1997b.

GCTH. Formato do arquivo: Microsoft Word – **Considerando-se esses aspectos, o Grupo de Cooperação Técnica Horizontal em HIV/AIDS da América Latina e do Caribe (GCTH), com o apoio do Centro...** Disponível em: www.aids.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID=%7BF9777214-B88D-42F5.

GUINÉ BISSAU. Plano **Estratégico Nacional de luta contra Sida na Guiné Bissau (PEN)**, 2007-2011. Dezembro, 2006.

- HEIN, W. **Anarchy vs. Coherence in Global Health Governance**. 12th EADI General Conference for Sustainable Development "The need for policy coherence and new partnerships". Geneva 24-28 June, 2008. 18 pp.
- LIMA, T. G. F. de M. **HIV/AIDS no ensino de Enfermagem: configurações construídas pelos docentes sobre o ensino prático e o teórico**. Dissertação de Mestrado: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. 2002.
- MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M; NETTER, T. W. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS, Uerj, 1993.
- NOVOTNY, T.; ADAMS, V. **Global health diplomacy: a global health sciences working paper**. 2007. Disponível em: <http://www.globalhealthsciences>. Acessado em: 15 jan. 2010.
- OCDE Roma. 2003. Disponível em: http://www1.worldbank.org/harmonization/romehlf/Documents/languages/ESRome_Declaration.pdf.
- OCDE Paris. 2005. Disponível em: <http://www1.worldbank.org/harmonization/Paris/ParisDeclarationSpanish.pdf>.
- ONUSIDA/OMS. **Situación de la epidemia de Sida: informe especial sobre la prevención del VIH**. Dezembro, 2005.
- ONUSIDA/OMS. **El Grupo Mundial de Trabajo: un camino para la aplicación de los "Tres Unos" – Oportunidades para la ampliación de la respuesta al VIH a nivel nacional – Nota de Orientación**. Dezembro, 2006.
- PARKER, R. **Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/AIDS no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/AIDS, 1982-1996. Divulgação em saúde para debate**, n.27, p.8-49, 2003.
- PARKER, R. **A construção da solidariedade: AIDS , sexualidade e política no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ/ Relume–Dumará. 1994.
- PEGO, R. A.; ALMEIDA, C. M. **Teoría y Práctica de las reformas de los sistemas de salud: los casos de Brasil y Mexico. Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.4, p.971-89, 2002.
- PINHEIRO, L. **Política Externa Brasileira, 1889-2002: Descobrimo o Brasil**. Rio de Janeiro: Zahar. 829 pp. 2004.
- PIRES DE CAMPOS, R. A **Cooperação Técnica Brasileira entre Países em Desenvolvimento: limites e perspectivas da política externa nacional**, p.343-64. In: SILVA, K. C & SIMIÃO, D. S. **Timor-Leste por tras do palco: Cooperação internacional e a dialética da formação do Estado**. Belo Horizonte: Editora UFMG. 2007.
- PLANO DE AÇÃO DE BUENOS AIRES (PABA). **Special Unit for South-South Cooperation: United Nations Development Program (UNDP)**, 1978. Disponível em: http://tcdc.undp.org/knowledge_base/bapa_english1.html#emblem. Acesso em: 29 out. 2008.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Investigación Científica en Ciencias de la Salud: principios y métodos**. 6ª Edición. Ciudad del México: Ed. McGraw-Hill Interamericana. 2000.
- TEIXEIRA, P.R. **Políticas públicas em AIDS**. In: PARKER R. (Org.), **Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil**. p.43-68. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ ABIA (1997).
- VALLER FILHO, W. **O Brasil e a Crise Haitiana: a Cooperação Técnica como Instrumento de Solidariedade e Ação Diplomática**. Brasília: FUNAG. 2007.
- VIEIRA, M. A. **The securitization of the HIV/aids epidemic as a norm: contribution to Constructivist Scholarship on the Emergence and Diffusion of International Norms. Brazilian Political Science Review**, v.1, n.2, p. 137-81. 2007.
- VERENHITACH, G. D.; DEITOS, M. A.; SEITENFUS, R. **O Brasil e a cooperação triangular Sul-Sul para o desenvolvimento: o caso do Haiti**. Trabalho apresentado no I Simpósio em Relações Internacionais do Programa de Pós-graduação em Relações Internacionais San Tiago Dantas (Unesp, Unicamp e PUC-SP), 12 a 14 de novembro de 2007. Disponível em: www.santiagodantassp.locaweb.com.br/br/simp/artigos/verenhitach.pdf.