

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS – UFG
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS – FCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA – PPGCP

MICHELLE SILVA SANTOS

**A FORMAÇÃO DA AGENDA E A SELEÇÃO DAS ALTERNATIVAS
PARA A PARTICIPAÇÃO DO BRASIL NA INSTALAÇÃO DA
SOCIEDADE MOÇAMBICANA DE MEDICAMENTOS (SMM)**

GOIÂNIA
2014

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):	Michelle Silva Santos		
E-mail:	santosmichelle1784@gmail.com		
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Vínculo empregatício do autor			
Agência de fomento:	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior	Sigla:	CAPES
País:	Brasil	UF:	DF
		CNPJ:	00889834/0001-08
Título:	A Formação da Agenda e a Seleção das Alternativas para a Participação do Brasil na Instalação da Sociedade Moçambicana de Medicamentos (SMM)		
Palavras-chave:	Políticas Públicas, Formação de Agenda, Seleção de Alternativas, Cooperação Internacional, Sociedade Moçambicana de Medicamentos.		
Título em outra língua:	Agenda Setting and Policy Formulation for Brazil's participation in the installation of Sociedade Moçambicana de Medicamentos (SMM)		
Palavras-chave em outra língua:	Public Policy, Agenda Setting, Policy Formulation, International Cooperation, Sociedade Moçambicana de Medicamentos.		
Área de concentração:	Estado, Comportamento Político e Instituição		
Data defesa: (dd/mm/aaaa)	26/08/2014		
Programa de Pós-Graduação:	Programa de Pós-Graduação em Ciência Política		
Orientador (a):	Andréa Freire de Lucena		
E-mail:	andflucena@gmail.com		
Co-orientador (a):*			
E-mail:			

*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

Assinatura do (a) autor (a)

Data: / /

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

MICHELLE SILVA SANTOS

**A FORMAÇÃO DA AGENDA E A SELEÇÃO DAS ALTERNATIVAS
PARA A PARTICIPAÇÃO DO BRASIL NA INSTALAÇÃO DA
SOCIEDADE MOÇAMBICANA DE MEDICAMENTOS (SMM)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Federal de Goiás, como requisito à obtenção do título de Mestre em Ciência Política.

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Freire de Lucena.

Goiânia
2014

Ficha catalográfica elaborada
automaticamente com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Silva Santos, Michelle

A Formação da Agenda e a Seleção das Alternativas para a Participação do Brasil na Instalação da Sociedade Moçambicana de Medicamentos (SMM) [manuscrito] / Michelle Silva Santos. - 2014.

MMXIV, 2014 f.: il.

Orientador: Profa. Andréa Freire de Lucena.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Ciências Sociais (FCS) , Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Goiânia, 2014.

Bibliografia. Anexos.

Inclui siglas, mapas, fotografias, abreviaturas, símbolos, gráfico, tabelas, lista de tabelas.

1. Políticas Públicas. 2. Formação de Agenda. 3. Seleção de Alternativas. 4. Cooperação Internacional. 5. Sociedade Moçambicana de Medicamentos. I. Freire de Lucena, Andréa, orient. II. Título.

MICHELLE SILVA SANTOS

**A FORMAÇÃO DA AGENDA E A SELEÇÃO DAS ALTERNATIVAS
PARA A PARTICIPAÇÃO DO BRASIL NA INSTALAÇÃO DA
SOCIEDADE MOÇAMBICANA DE MEDICAMENTOS (SMM)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Federal de Goiás, como requisito à obtenção do título de Mestre em Ciência Política.

Aprovada em 26 de agosto de 2014.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Andréa Freire de Lucena (orientadora) – UFG

Profa. Dra. Marina Sartore – UFG

Profa. Dra. Luciana de Oliveira Dias – UFG

Dedico esta dissertação a Deus, pois foi Ele, acima de tudo, que por sua misericórdia me trouxe até aqui, e aos meus pais, por serem meu apoio desde sempre.

AGRADECIMENTOS

Meu primeiro e maior agradecimento é sempre a Deus, pois mesmo que eu não seja capaz de compreender sua infinidade, sei, como certeza de vida, que devo tudo, absolutamente tudo, a Ele.

De modo mais direto, agradeço a presença sempre tão paciente e sensata da minha orientadora, Profa. Dra. Andrea Freire de Lucena. Ela foi capaz de me guiar de modo genuíno pelo caminho que me trouxe à conclusão desta pesquisa. Além da ajuda na pesquisa, seu apoio e seu exemplo, como pessoa que soube lidar com minhas inconsistências e imaturidades, ficou como lição para a vida. É observando pessoas como ela que sou capaz de vislumbrar pequenas amostras da grandeza divina.

Também devo agradecimentos a todos os demais professores que me acompanharam neste percurso, por contribuírem em minha evolução acadêmica. Agradeço, de modo especial, às Profas. Luciana de Oliveira e Marina Sartore, por também contribuírem para o desenvolvimento desta pesquisa; suas dicas, dadas sempre de modo edificante, auxiliaram a melhorar este trabalho.

Neste caminho, também contei com a importante presença dos meus colegas do curso de mestrado, cuja companhia me enriqueceu de maneiras inumeráveis.

À minha família, de modo geral, e mais especificamente aos meus pais, devo agradecimentos que sou incapaz de expor em palavras.

Ergo os olhos para as montanhas:
De onde virá o meu socorro?
Meu socorro vem do Senhor, que fez o céu e a terra.
(SALMO 121)

O caminho mais longo
é o mais curto para chegar em casa.
(C. S. Lewis)

Descobri, como sempre, que os mais maduros
são mais benévolos com os ainda verdes [...]
(C. S. Lewis)

RESUMO

Esta dissertação tem por objetivo apresentar o processo de formação de agenda e seleção de alternativas que deu origem a participação do Brasil na instalação da Sociedade Moçambicana de Medicamentos (SMM). Para tanto, será utilizado o Modelo dos Fluxos Múltiplos, de John Kingdon (1984). Embora este seja um modelo tradicionalmente utilizado para análise de políticas de âmbito nacional, ele foi empregado neste estudo considerando sua ampla gama de variáveis, que nos permitirão uma análise consistente dos aspectos domésticos e externos que influenciaram na condução dessa política. Outra grande vertente aqui analisada é a da cooperação internacional, cujo perfil será apresentado de modo geral e em suas atuações específicas no Brasil e em Moçambique. Ainda que o objetivo esteja centrado na agenda brasileira, adicionalmente traremos aspectos da realidade moçambicana, necessários para a análise do objeto. Como resultado da pesquisa, identificamos os fatores que influenciaram na condução dos fluxos que deram origem à parceria entre Brasil e Moçambique para a instalação da SMM. De modo mais específico, concluímos que a janela de oportunidade que deu origem a essa política foi aberta pelo fluxo da política brasileira.

Palavras-chave: políticas públicas, formação de agenda, seleção de alternativas, cooperação internacional, Sociedade Moçambicana de Medicamentos.

ABSTRACT

This paper aims to present the process of agenda setting and policy formulation that led Brazil's participation in the installation of the Sociedade Moçambicana de Medicamentos (SMM). For this, the Model of Multiple Streams of John Kingdon (1984) is used. Although this is a method traditionally used for policy analysis nationwide, it was employed in this study considering its wide range of variables, allowing us a consistent analysis of the domestic and external aspects that influenced the conduct of that policy. Another great aspect treated in this study is that of international cooperation, whose profile will be presented in general and their specific activities in Brazil and Mozambique. Even if the goal is centered on the Brazilian agenda, we shall also bear aspects of Mozambican reality that will be needed for the analysis of the object. As a result of the research, we identified the factors that influenced the conduct of streams that originated the partnership between Brazil and Mozambique for the installation of SMM. Specifically, we conclude that the window that gave rise to the policy in question was opened by the stream of Brazilian politics.

Keywords: public policy, agenda setting, policy formulation, international cooperation, Sociedade Moçambicana de Medicamentos.

SUMÁRIO

LISTA DE DIAGRAMAS	10
LISTA DE GRÁFICOS	11
LISTA DE QUADROS	12
LISTA DE MAPAS	13
LISTA DE TABELAS	14
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	15
INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO 1 – POLÍTICAS PÚBLICAS E PERSPECTIVAS DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL	20
1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS	20
1.1.1 O Modelo dos Fluxos Múltiplos (<i>multiple streams</i>)	22
1.1.1.1 Formação de agenda (<i>agenda setting</i>)	23
1.1.1.2 Seleção das alternativas (<i>alternative specification</i>)	25
1.1.1.3 Mudança na agenda	27
1.2 PERSPECTIVAS DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL	28
1.2.1 Cooperação Internacional: Classificação e Motivações	29
1.2.2 A Cooperação Internacional em Perspectiva Histórica	33
1.2.2.1 Cooperação Sul-Sul	40
1.2.2.2 A Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD)	42
CAPÍTULO 2 – BRASIL E MOÇAMBIQUE: PANORAMA EM HIV/AIDS E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL	45
2.1 BRASIL	45
2.1.1 Histórico e Enfrentamento do HIV/Aids	45
2.1.2 Brasil: Perfil na Cooperação Internacional Prestada	48
2.1.3 Brasil: Cooperação Prestada em Saúde e HIV/Aids	54
2.2 MOÇAMBIQUE	56
2.2.1 Um Panorama	56
2.2.2 Moçambique e a Cooperação Internacional Recebida	59
2.2.3 Histórico e Enfrentamento do HIV/Aids em Moçambique: Ação Nacional e Cooperação Internacional	63
2.3 AS RELAÇÕES ENTRE BRASIL E MOÇAMBIQUE	66
CAPÍTULO 3 – A FORMAÇÃO DA AGENDA E A SELEÇÃO DAS ALTERNATIVAS PARA A PARTICIPAÇÃO BRASILEIRA NA INSTALAÇÃO DA SOCIEDADE MOÇAMBICANA DE MEDICAMENTOS (SMM)	70

3.1 FORMAÇÃO DA AGENDA: PROBLEMAS, POLÍTICA E PARTICIPANTES VISÍVEIS	71
3.1.1 Fluxo dos Problemas	71
3.1.2 Fluxo da Política	77
3.1.2.1 Mudanças no governo	78
3.1.2.2 Humor nacional	81
3.2 SELEÇÃO DAS ALTERNATIVAS: FLUXO DAS ALTERNATIVAS, PARTICIPANTES VISÍVEIS E EMPREENDEDORES POLÍTICOS	83
3.3 JANELA DE OPORTUNIDADE	91
CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS	97
ANEXOS	107
ANEXO I – Portfolio de transferência de tecnologia do Brasil para Moçambique	108
ANEXO II – Principais equipamentos doados pelo Brasil a Moçambique	109
ANEXO III – Cronograma de macroatividades	110
ANEXO IV – Investimentos	111
ANEXO V – Fotos da fábrica	112

LISTA DE DIAGRAMAS

DIAGRAMA 1 –	Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD) como uma intersecção entre a CID e a CSS	43
--------------	---	----

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 –	Distribuição dos recursos brasileiros destinados à cooperação internacional	50
GRÁFICO 2 –	Distribuição dos recursos da CTPD prestada pelo Brasil de acordo com a área temática	51
GRÁFICO 3 –	Evolução da ajuda externa recebida por Moçambique em bilhões de dólares entre 1970 e 2010	60
GRÁFICO 4 –	Evolução do financiamento ao orçamento de Moçambique (recursos internos e ajuda externa)	61
GRÁFICO 5 –	Evolução do intercâmbio comercial entre Brasil e Moçambique, em US\$ milhões	68

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 –	Fluxo dos Problemas	76
QUADRO 2 –	Fluxo da Política	82

LISTA DE MAPAS

MAPA 1 –	Divisão administrativa de Moçambique	57
----------	--	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –	Recursos destinados à CTPD prestada pelo Brasil (2005-2009), em milhões de reais	53
------------	--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC	Agência Brasileira de Cooperação
AGNU	Assembleia Geral das Nações Unidas
AH	Assistência Humanitária
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AOD	Ajuda ao Desenvolvimento
ARV	Antirretrovirais
BIRD	Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD)
CCS	Centro de Coordenação da SIDA
CID	Cooperação Internacional para o Desenvolvimento
CF	Cooperação Financeira
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CSS	Cooperação Sul-Sul
CT	Cooperação Técnica
CTPD	Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EMBRAPA	Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
FAO	Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
FRELIMO	Frente de Libertação Nacional de Moçambique
GAPA	Grupo de Apoio e Prevenção a AIDS
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MISAU	Ministério da Saúde de Moçambique
NOEI	Nova Ordem Econômica Mundial
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OECE	Organização de Cooperação Econômica Europeia
OECD	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
ONGDS	Organizações Não Governamentais de Desenvolvimento
ONU	Organização das Nações Unidas
PAAT	Plano Ampliado de Assistência Técnica
PAE	Programas de Ajuste Estrutural

PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PCI	Programa de Cooperação Internacional para Ações de Controle e Prevenção do HIV para Países em Desenvolvimento
PED	Países em Desenvolvimento
PEN	Plano Estratégico Nacional
PEPFAR	<i>President's Emergency Plan for AIDS Relief of the United States</i>
PIB	Produto Interno Bruto
PNCS	Programa Nacional de Combate à SIDA
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RENAMO	Resistência Nacional Moçambicana
SEBRAE	Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SMM	Sociedade Moçambicana de Medicamentos
SUS	Sistema Único de Saúde
TAP	<i>Treatment Acceleration Program</i>
TARV	Terapia Antirretroviral
TRIPS	Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual relacionados ao Comércio
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
UNCTAD	Conferência das Nações Unidas para Comércio e Desenvolvimento
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

INTRODUÇÃO

Considerada por alguns como o mais emblemático projeto de cooperação internacional brasileiro na África e como símbolo da dificuldade brasileira de realizar projetos de cooperação internacional de grande porte (ROSSI, 2013), a iniciativa de instalação da Sociedade Moçambicana de Medicamentos, ou SMM, completou dez anos em 2013. A iniciativa teria surgido de uma demanda do Governo Moçambicano apoiada pelo Brasil, cujas bases foram publicamente lançadas em 2003, durante a primeira visita do então presidente Lula a Moçambique. A fábrica é fruto de um projeto de cooperação técnica de transferência de tecnologia brasileira para Moçambique, voltada à produção de medicamentos, especialmente antirretrovirais (ARV).

Hoje, a SMM é o projeto mais longo e que mais consumiu recursos brasileiros na África, mas figura também como a única fábrica pública de medicamentos antirretrovirais do continente africano e a única indústria de medicamentos de Moçambique. No país não existe nenhuma outra indústria produtora de medicamentos, todos os medicamentos consumidos no país, antes da SMM, eram importados. Seu cronograma de instalação sofreu inúmeros atrasos. As obras foram finalizadas em 2012, mas a fábrica ainda precisará passar por inúmeros procedimentos de validação antes que possa começar a produção plena, e a cooperação brasileira continuará durante esse processo.

No entanto, a fragilidade orçamentária e a dependência de doações externas dificulta a capacidade de Moçambique continuar mantendo os investimentos na fábrica até que ela alcance sua sustentabilidade. Isso ocorre em consequência da limitação de receitas e da pressão dos doadores externos, que não compreendem a necessidade da fábrica. Diante dessa circunstância, não há compromisso formal do Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) de adquirir os medicamentos fabricados, embora o discurso seja positivo.

Moçambique se destaca como um dos países com o maior índice de prevalência de HIV/Aids do mundo, baixo acesso a medicamentos ARV e alta dependência externa para o combate e tratamento da doença (MANJATE, 2013). A distribuição pública de ARV só foi aprovada em Moçambique em 2001. Antes disso, o país desenvolvia apenas políticas de combate à doença.

Enquanto isso, o Brasil vem ganhando espaço no cenário internacional como referência no tratamento do HIV/Aids e defende internacionalmente o acesso a esses

medicamentos. Oficialmente, o país defende que os projetos de cooperação técnica estabelecidos com países em desenvolvimento devem ser pautados no princípio da horizontalidade, por um compromisso de longo prazo e no desenvolvimento autônomo do país receptor da ajuda (MRE, 2014a). A horizontalidade pode ser caracterizada como uma relação “em maior pé de igualdade para a definição do conteúdo da cooperação” (SILVESTRE, 2007, p. 116).

É comum nos questionarmos como determinada política é conduzida, mas é menos usual nos perguntarmos como um problema foi definido como importante e como os governantes decidiram aplicar determinada solução para enfrentá-lo. Neste cenário, o que nos intriga é compreender como o Brasil decidiu participar da instalação dessa fábrica em Moçambique e de que modo essa política foi construída, ou seja, como o tema do acesso a medicamentos em Moçambique passou a ser relevante para o governo brasileiro e como a instalação da fábrica foi definida como solução.

Em busca de respostas a perguntas como essas, Kingdon (1984) desenvolveu o Modelo dos Fluxos Múltiplos. Identificamos esse modelo como o mais adequado para nos ajudar a responder essas questões, por se dedicar ao estudo de duas fases especiais na formação de uma política pública: a formação da agenda e a seleção das alternativas.

Portanto, esta é uma pesquisa sobre como um tema internacional foi alçado à agenda governamental e sobre como suas alternativas foram construídas, sendo seu objeto de estudo a parceria de cooperação entre Brasil e Moçambique para a instalação da SMM. Seu objetivo é, a partir do Modelo dos Fluxos Múltiplos (*Multiple Streams Model*), de John Kingdon (1984), compreender como a parceria Brasil-Moçambique para a instalação da SMM ascendeu como prioridade na agenda do governo brasileiro e como se deu a seleção das alternativas para essa política, embora também seja necessário estudar alguns aspectos da formação da agenda moçambicana. A pesquisa será direcionada com base em dois recortes: o primeiro deles baseado nas teorias de políticas públicas; o segundo será temático e localizará o estudo em relação às questões relativas à cooperação internacional.

O modelo de análise utilizado como base para esta pesquisa foi publicado por John Kingdon em seu livro *Agendas, alternatives, and public policies*, de 1984. O modelo busca avaliar, com base no fluxo dos problemas, da política e das alternativas, por que algumas questões ascendem à agenda governamental enquanto outras são negligenciadas. A estratégia metodológica da pesquisa foi a abordagem qualitativa, realizada por meio de pesquisa documental e bibliográfica.

A pesquisa bibliográfica foi desenvolvida por meio da revisão de material sobre políticas públicas e cooperação internacional, além dos relativos ao processo de instalação da fábrica. Para tanto, foram utilizados materiais como artigos, livros, relatórios oficiais do governo brasileiro, moçambicano e de organismos internacionais, sites, teses, dissertações, entre outros. Na pesquisa documental, analisamos o conteúdo de documentos, principalmente atos internacionais firmados entre Brasil e Moçambique no processo que deu origem à parceria para a instalação da SMM.

Uma vez que o modelo de análise utilizado na pesquisa está inserido no campo de análise do processo de políticas públicas, mapeamos os dados necessários para reconstruir esse processo. A partir da sua reconstrução, realizada por meio de pesquisa documental e bibliográfica, pretendemos identificar os fatores que influenciaram na condução dos fluxos que deram origem à parceria Brasil-Moçambique para a instalação da SMM.

A dissertação está estruturada em três capítulos, além da introdução e das considerações finais. O primeiro capítulo estabelece as bases teóricas de políticas públicas e de cooperação internacional. Nele, apresentamos o Modelo dos Fluxos Múltiplos de Kingdon (1984), os principais conceitos que envolvem a cooperação internacional e um panorama histórico de seu desenvolvimento.

No segundo capítulo, mostra-se um panorama geral do Brasil e da cooperação internacional prestada a fim de que se possa situar a implantação da fábrica em Moçambique no contexto geral de cooperação internacional brasileira. Nesse capítulo, analisa-se também o panorama nacional de combate ao HIV/Aids e os projetos de cooperação internacional prestados pelo Brasil que tratam exclusivamente de questões relacionadas ao HIV/Aids. Ademais, exibe-se um panorama geral de Moçambique e da realidade do HIV/Aids e da cooperação internacional no país. Ao final do capítulo, descreve-se o histórico diplomático estabelecido entre Brasil e Moçambique.

No Capítulo 3, explica-se o processo de formação de agenda e seleção de alternativas que deu origem à instalação da SMM com base no Modelo dos Fluxos Múltiplos. Assim, damos um caráter analítico aos dados informados nos capítulos anteriores, com o objetivo de identificar os fatores que influenciaram cada um dos fluxos.

CAPÍTULO 1 – POLÍTICAS PÚBLICAS E PERSPECTIVAS DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

Neste primeiro capítulo, mostramos os aspectos teóricos da dissertação. Na primeira parte, apresentamos o modelo de análise, inserido no contexto das políticas públicas. Para que possamos alcançar um maior entendimento do tema, a abordagem terá início com a exposição da disciplina de políticas públicas. Posteriormente, explica-se o Modelo dos Fluxos Múltiplos e suas inúmeras variáveis.

Na segunda parte do capítulo, discute-se a cooperação internacional, explorando-se todos os pontos relevantes para a análise do objeto. Compreendemos os principais critérios, conceitos, motivações e a evolução histórica deste recente fenômeno. Ademais, mostra-se, em especial, a Cooperação Sul-Sul e a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento. Com este capítulo, esperamos alcançar a compreensão teórica necessária para a conquista de nossos objetivos de pesquisa.

1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

A Ciência Política compreende mais do que o estudo de instituições governamentais e dos processos políticos, pois analisa também o estudo das políticas públicas, ou seja, o estudo do que os governos fazem, do por que fazem e de que diferença isso faz (DYE, 2008). Para Rodrigues (2010), as políticas públicas adquiriram autonomia e *status* científico com o desdobramento de uma série de análises e estudos acadêmicos realizados desde meados do século XX na Europa e nos Estados Unidos.

Na Europa, esses estudos visavam analisar e explicar o papel do Estado e das suas organizações na produção das políticas públicas; nos EUA, a ênfase era dada à ação dos governos. Ou seja, os questionamentos que impulsionavam os estudos nos EUA diziam respeito ao porquê de determinadas políticas públicas serem adotadas e outras não, e o que motivava o governo a agir de uma forma ou de outra (SOUZA, 2006). O ano de 1951 foi o marco para o estabelecimento disciplinar dos estudos de políticas públicas, tendo sido

lançados dois livros fundamentais para a área: *The governmental process*, de David B. Truman, e *The policy sciences*, de Daniel Lerner e Harold D. Lasswell.

\ Truman (1951), de um lado, foi pioneiro ao tratar de grupos de interesses e de suas estruturas e técnicas para influenciar processos de políticas públicas. Lerner e Lasswell (1951), de outro, discutiu o interesse crescente dos pesquisadores sobre formulação, avaliação e impacto de políticas públicas e delimitou o campo de conhecimento das políticas públicas, caracterizando-o como multidisciplinar e orientado para a resolução de problemas públicos concretos (SECCHI, 2012).

Pelo seu caráter multidisciplinar, os fundamentos para os estudos em políticas públicas estão, além da Ciência Política, na Sociologia e na Economia, e também na Administração Pública, na teoria das organizações, na Engenharia, na Psicologia Social e no Direito (SECCHI, 2012). Tal caráter multidisciplinar é defendido por Deleon (2006), pois, para ele, os problemas sociais e políticos possuem múltiplos componentes, o que torna necessária a aplicação de várias disciplinas acadêmicas para seu estudo.

Para Dye (2008), por meio da análise da política, tentamos compreender o que os governos fazem, porque fazem, e que diferença isso faz. Desse modo, é possível descrever a política pública e questionar suas causas e consequências, nos perguntando qual diferença a política está fazendo na vida das pessoas e também qual é o efeito dessa política nas instituições e processos. Para Dye (2008), cada teoria ou modelo possui foco em um aspecto diferente da política. Assim, algumas políticas poderiam ser mais facilmente explicadas por uma teoria ou modelo específico, enquanto outras poderiam ser analisadas sob a perspectiva de várias teorias ou modelos.

Para o propósito desta pesquisa, será utilizada a perspectiva do modelo de processo. Dye (2008) defende que esse tipo de modelo é útil para a compreensão das várias atividades envolvidas no processo de construção da política, pois, por meio dele, vemos o processo político como uma série de atividades políticas. Embora esse tipo de análise possa ser útil e nos ajudar a compreender as fases da construção da política, essas fases raramente acontecem em uma sequência perfeita; na verdade, muitas vezes os processos ocorrem simultaneamente.

No âmbito do modelo de processo, Kingdon (1984) desenvolveu o modelo dos fluxos múltiplos, cuja preocupação é estudar duas fases da política pública: a formação da agenda (*agenda setting*) e a seleção das alternativas (*alternative specification*). Para ele, é na fase da formação da agenda que determinadas questões são alçadas à agenda governamental. Na fase de seleção de alternativas, as alternativas para o problema são selecionadas e se questiona por

que determinadas alternativas recebem mais atenção do que outras, bem como quais fatores e atores influenciam essa definição.

Para Capella (2005), o modelo de Kingdon (1984) se destaca por sua capacidade de explicar a formulação e alteração da agenda governamental, tendo como uma de suas principais vantagens a capacidade de lidar com situações de ambiguidade e incertezas. Para ela, o modelo possui certo padrão na dinâmica de cada um dos fluxos que o compõe, mas também reserva espaço para a aleatoriedade e para eventos acidentais. Nesse sentido, elegemos o modelo de Kingdon (1984) para nortear nossa pesquisa, pois a aleatoriedade presente nos permite trabalhar com as eventualidades decorrentes de uma política que envolve dois países distintos e com as inúmeras variáveis relacionadas ao nosso objeto de pesquisa.

Além disso, compartilhamos da compreensão de Sanches *et al.* (2006) de que a política interna e externa fazem parte de um mesmo processo decisório. Assim, a política externa não se diferencia das demais políticas públicas. Os autores consideram, ainda, que o processo decisório da política interna e externa pode estar sujeito à mesma metodologia de análise das fases de políticas públicas.

Por fim, consideramos, tal como defende Lancaster (2007), que para realizar uma análise sobre os determinantes que motivam as políticas de cooperação internacional, devem ser levados em conta os aspectos da política doméstica dos países doadores. Nesse sentido, embora não tenham sido identificadas, até o momento, pesquisas que utilizaram o modelo dos fluxos múltiplos para análise de políticas de cooperação internacional, percebemos nele inúmeras variáveis que nos darão suporte para identificar as determinantes brasileiras e, complementarmente, as moçambicanas envolvidas no objeto de pesquisa.

Ademais, o modelo de Kingdon (1984) vai ao encontro do objetivo da pesquisa: compreender como o tema do acesso a medicamentos antirretrovirais em Moçambique passou a ser considerado na agenda do governo brasileiro e como a alternativa da instalação de uma fábrica de medicamentos no país foi selecionada.

1.1.1 O Modelo dos Fluxos Múltiplos (*multiple streams*)

John Kingdon, em seu livro *Agendas, alternatives, and public policies*, de 1984, que inicialmente tinha por objetivo analisar políticas públicas na área da saúde e dos transportes nos Estados Unidos, busca avaliar por que algumas questões ascendem à agenda

governamental, enquanto outras são negligenciadas, e por que algumas alternativas para tais questões são levadas em consideração, enquanto outras são ignoradas. Para ele, boa parte das respostas para estes questionamentos relaciona-se aos atores envolvidos no processo e ao processo em si. Kingdon (1984) reconheceu a existência de três fluxos nesse processo: o fluxo dos problemas, das alternativas e das políticas.

Seu estudo se concentra em duas fases da política pública: a formação da agenda e a seleção das alternativas. Ele considera como agenda governamental os temas aos quais é dada especial atenção pelos governantes durante um determinado período. Um processo de formação de agenda descreveria os acontecimentos que fizeram com que determinado tema alcançasse a agenda governamental. O processo de seleção de alternativas apresenta a grande gama de alternativas possíveis diante das que são de fato escolhidas. Assim, apresentamos, a partir de agora, os fluxos e os atores considerados por Kingdon (1984), divididos conforme a influência: formação de agenda, seleção das alternativas e mudança da agenda.

1.1.1.1 Formação de agenda (*agenda setting*)

No que se refere à formação de agenda (*agenda setting*), Kingdon (1984) se propõe a responder como a agenda governamental é construída a partir da análise do fluxo dos problemas e das políticas. Além desses dois fluxos, ele também observa os participantes visíveis do processo (*visible participants*).

No fluxo dos problemas, o modelo tenta analisar por que alguns problemas ocupam a atenção governamental mais do que outros. A resposta para tal questionamento reside no modo pelo qual determinada situação passa a ser percebida e, posteriormente, como esta passa a ser reconhecida como um problema. Para que uma situação seja reconhecida como um problema é necessário que passemos a acreditar que devemos fazer algo para mudá-la. As situações são percebidas por meio de três mecanismos: os indicadores, os eventos de destaque (*focusing events*) e o *feedback* das ações governamentais.

Os indicadores não determinam a existência de um problema, mas contribuem, principalmente, quando revelam dados quantitativos que mostram a existência de uma situação que precisa de atenção. Assim, os indicadores servem para avaliar a magnitude de uma situação e seus níveis podem chamar a atenção das autoridades.

Um evento de destaque, como um desastre ou uma crise, chama mais a atenção para algumas situações do que para outras. Os eventos de destaque entram em cena, pois, muitas

vezes, uma situação não é percebida por meio de indicadores, mas sim por eventos como crises e desastres, que irão concentrar a atenção em determinado assunto. Embora tais eventos não possam, por si só, levar um assunto à agenda, eles podem reforçar a percepção preexistente de uma situação.

Por meio do *feedback* das ações governamentais, os atores conhecem mais sobre determinada condição, pois o *feedback* lhes dá conhecimento sobre o funcionamento de programas governamentais já existentes.

Uma situação reconhecida passa a ser definida como um problema quando acreditamos que devemos fazer algo para mudá-la. As situações são definidas como problemas por meio de vários fatores, sendo um deles, por exemplo, as situações que violam valores importantes, como o do acesso à saúde no caso de Moçambique, que podem ser transformadas em problemas. Além disso, as situações se tornam problemas por comparação com outros países ou outras unidades relevantes. Novamente, neste ponto, podemos pensar na condição de acesso à saúde em Moçambique, que, se comparada, por exemplo, a do Brasil, pode ser considerada um problema. Por fim, a classificação da condição em uma categoria em detrimento de outra pode defini-la como um tipo diferente de problema. Identificar como tal categorização foi feita é importante à medida que o tratamento dado ao assunto é drasticamente afetado por ela.

O reconhecimento do problema é de fundamental importância para a definição da agenda. As chances de uma proposta ser alçada a agenda cresce substancialmente se estiver relacionada a um problema importante. Alguns problemas, dada sua importância, podem sozinho definir uma agenda. Quando um problema é definido, algumas alternativas são enfatizadas e outras desaparecem.

Os *policy entrepreneurs* são aqueles que investem em políticas públicas. No fluxo dos problemas eles atuam alocando recursos, a fim de convencer as autoridades sobre suas concepções dos problemas, com o objetivo de que essas autoridades vejam esses problemas da mesma forma que eles.

Além do fluxo dos problemas, outro importante ponto para a compreensão de como se forma a agenda governamental é a análise do fluxo da política, que flui independente do reconhecimento do problema ou do desenvolvimento de propostas. Ele segue de acordo com sua própria dinâmica e conforme suas próprias regras. O humor nacional oscila, as eleições e as mudanças de gestão trazem ao governo novas distribuições partidárias e ideológicas, e os grupos de interesse pressionam o governo com suas demandas.

O humor nacional sugere que a percepção de um humor favorável criará incentivos à promoção de algumas questões e desestimulará outras. Um humor nacional mais tolerante a uma determinada iniciativa permitiria, inclusive, que ela demandasse maiores despesas.

Enquanto isso, as mudanças no governo podem exercer grande influência sobre a agenda governamental. Quando ocorre uma mudança dentro do governo, as concepções dos problemas e as propostas da nova administração passam a ser priorizadas, tornando aqueles assuntos que não estão entre suas prioridades alvos de menor atenção. Por fim, o apoio ou a oposição de grupos de interesse a uma determinada questão fará com que os formuladores de políticas avaliem se o ambiente está ou não propício para uma proposta. Uma grande oposição a determinada iniciativa dificultará, mas não impossibilitará seu cumprimento.

Para Kingdon (1984), a combinação de um humor nacional favorável e de mudanças na administração governamental é a mais poderosa combinação para a criação de novas agendas, ainda mais potente do que a ação dos grupos de interesse. Nesse sentido, cabe questionar em que medida o humor nacional e a administração governamental influenciaram na identificação do problema que deu origem à participação brasileira na instalação da SMM.

O último elemento a ser analisado na construção da agenda governamental, de acordo com Kingdon (1984), é a ação dos participantes visíveis (*visible participants*) envolvidos no processo. Primeiramente, é necessário que se faça distinção entre os participantes visíveis e os ocultos (*hidden participants*). Os participantes visíveis são aqueles que recebem considerável atenção da mídia e do público, como, por exemplo, o presidente da república, seus ministros, alguns membros do congresso, partidos políticos, ativistas e a própria mídia. Os participantes ocultos são os que recebem menos atenção, como acadêmicos, burocratas e funcionários do congresso. Kingdon (1984) descobriu, por meio de suas análises, que os participantes visíveis afetam a construção da agenda, enquanto os ocultos afetam a seleção das alternativas. Assim, um determinado tema tem maiores chances de chegar à agenda governamental se tiver o apoio dos participantes visíveis.

1.1.1.2 Seleção das alternativas (*alternative specification*)

Para Kingdon (1984), as alternativas de políticas públicas não surgem com os problemas. No processo de seleção das alternativas, sobrevivem as ideias tecnicamente viáveis, com custos toleráveis, com valores compartilhados e com aceitação do público em geral e receptividade dos formuladores de política. Assim, elas não são necessariamente

geradas para um problema específico. Mas como as alternativas de políticas públicas são filtradas até que se chegue àquelas que recebem atenção?

Para Kingdon (1984), a filtragem das alternativas possíveis para a escolha das políticas públicas pode se dar pela dinâmica própria das políticas públicas ou pelo envolvimento dos participantes relativamente invisíveis, que são especialistas na área dessas políticas. Os participantes invisíveis ou especialistas geram alternativas, propostas e soluções. Esse grupo inclui acadêmicos, pesquisadores, consultores, burocratas de carreira, funcionários do Congresso e analistas que trabalham para grupos de interesse com planejamento e avaliação, ou com formulações orçamentárias.

A filtragem dessas alternativas também pode ser compreendida se analisarmos esse processo pela seleção ocorrida na dinâmica própria das políticas públicas, quando são impostos critérios pelos quais algumas ideias são selecionadas e outras descartadas. Esses critérios podem ser de viabilidade técnica, de coesão com os valores dos membros da comunidade especialistas na área e de antecipação das possíveis restrições, incluindo restrições orçamentárias, aceitabilidade do público e receptividade dos políticos. As propostas consideradas inviáveis por esses critérios tem menos chance de sobrevivência. Assim, a avaliação de propostas, em parte, leva em consideração o apoio político ou a oposição, mas é também baseada em critérios lógicos e analíticos.

A seleção das alternativas para um dado problema, segundo Kingdon (1984), é construída por meio da influência dos participantes ocultos no processo e, também, a partir do fluxo das alternativas (*policy stream*). Os participantes ocultos, organizados em comunidades de especialistas, influenciariam a especificação das alternativas por meio da produção de propostas e soluções para determinados problemas. Eles atuam, por exemplo, no planejamento e na avaliação das políticas.

De acordo com Kingdon (1984), os participantes ocultos de áreas específicas tendem a formar comunidades especializadas. Haveria, por exemplo, uma comunidade de especialistas na área da saúde, onde estariam pessoas localizadas em áreas ainda mais específicas, mas todas ligadas à saúde. A aproximação dessas comunidades tornam as propostas dos participantes conhecidas dos demais membros. As ideias são difundidas por meio de conversas, almoços etc. Assim, ocorre o compartilhamento, as críticas, o aprimoramento e a revisão das ideias.

No fluxo das alternativas (*policy stream*), Kingdon (1984) percebe a seleção de alternativas de modo semelhante ao modelo *garbage can*, de Cohen, March e Olsen (1972).

Para eles, as escolhas políticas eram feitas como se as alternativas estivessem em uma lata de lixo, ou seja, as respostas não eram criadas conforme as demandas, mas sim conforme as que estavam disponíveis no momento, mesmo não sendo elas as mais adequadas para determinado problema. Kingdon (1984), partindo do mesmo pressuposto, analisa o modo como as alternativas são selecionadas, estabelecendo uma analogia com a seleção natural biológica. Dessa forma, as alternativas seriam geradas como se estivessem flutuando no caldo primordial da política, onde flutuariam muitas ideias que poderiam se encontrar formando combinações e recombinações. Desse modo, as origens das políticas seriam um tanto obscuras e difíceis de prever e de decifrar.

1.1.1.3 Mudança na agenda

Kingdon (1984) defende que cada um dos fluxos apresentados por ele – dos problemas, das alternativas e das políticas – são independentes, sendo cada um, por sua vez, definido e reconhecido conforme suas próprias características. Em determinadas circunstâncias, os três fluxos são reunidos e é então gerada uma oportunidade de mudança na agenda. A agenda governamental se refere aos temas que recebem atenção dos governantes durante um determinado período, enquanto a agenda de decisão se refere aos assuntos cujas decisões para resolução já estão em curso.

Há momentos em que os fluxos se encaixam parcialmente, mas quando há a união completa dos três (problemas, alternativas e políticas) a chance do tema da agenda governamental se fixar na agenda decisória aumenta drasticamente. Um problema sem possíveis alternativas ou sem apoio político, por exemplo, é menos propenso a chegar à agenda de decisão.

As janelas de oportunidade (*policy windows*) são as circunstâncias que possibilitam a convergência dos três fluxos. A abertura de tais janelas pode ser previsível, como quando se aprova uma nova legislação, ou imprevisível – motivado por uma guerra ou crise, por exemplo. Independente de serem ou não previsíveis, as janelas de oportunidade não ficam abertas por muito tempo, pois as oportunidades surgem e passam. Ao promoverem a ligação completa entre os fluxos dos problemas, das alternativas e das políticas, os três elementos juntos podem ser movidos para a agenda de decisão.

Elas podem ser abertas por meio do fluxo dos problemas ou das políticas, havendo, portanto, janelas de problemas e janelas de políticas. Quando um novo problema surge, ele

cria a oportunidade de se utilizar uma alternativa ou solução. O fluxo político, com a alteração do humor nacional ou a mudança na administração pública, por exemplo, pode criar a oportunidade de alguns problemas e propostas ganharem mais destaque.

Esse processo também pode sofrer a influência de empreendedores políticos (*entrepreneurs*), pessoas dispostas a investir seus recursos em troca de algum benefício político futuro. Tais empreendedores podem ser motivados, dentre outros, pela sua preocupação com determinado problema, pela possibilidade de receber benefícios ou pela promoção de seus valores políticos. Eles podem ser políticos eleitos, funcionários públicos, lobistas, acadêmicos ou jornalistas. A ação desses empreendedores está direcionada a tentar levar à agenda os problemas que lhes preocupam e buscar tornar as soluções que defendem aplicáveis.

Uma janela aberta é uma oportunidade para empreendedores políticos lançarem as soluções que defendem ou chamarem a atenção para problemas específicos. Tais empreendedores mantêm sempre soluções e problemas prontos à espera de uma janela de oportunidade. Eles tentam dar destaque a indicadores que tornem mais dramáticos os problemas que julgam importantes e manipular a definição do problema, de modo que se permita sua maior visibilidade. Eles também podem influenciar os *feedbacks* sobre os programas em desenvolvimento de modo a se beneficiarem. Quanto à seleção de alternativas, eles agem – por meio de artigos, cobertura da imprensa etc. – de modo a construir, no público de massa, no público especializado e na comunidade política, uma percepção positiva às soluções que defendem, mesmo que isso leve anos.

Assim, a presença do empreendedor certo, na hora certa, aumenta consideravelmente as chances de um item ascender à agenda governamental.

1.2 PERSPECTIVAS DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

Mesmo considerando as ações de política externa no campo das políticas públicas, cada campo de ação das políticas públicas possui características particulares. Por conta disso, dedicamos a segunda parte deste capítulo à compreensão de algumas questões relevantes no que se refere à cooperação internacional. Essa parte é especialmente importante, pois nos dará

o arcabouço teórico necessário para analisar as variáveis do modelo de Kingdon (1984) por meio da perspectiva da cooperação internacional.

Sato (2010) defende um conceito bastante amplo para a cooperação internacional, que envolveria as ações nas quais governos e instituições desenvolvem padrões e programas que levam em conta benefícios e problemas que podem ser estendidos a mais de uma sociedade ou até mesmo a toda a comunidade internacional. No entanto, há vários outros conceitos que permeiam o tema e, para compreendê-los, explicamos a cooperação internacional de acordo com vários contextos.

A Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD) é o conceito que escolhemos nesta pesquisa para fazer referência ao tipo de cooperação estabelecida entre Brasil e Moçambique para a instalação da Sociedade Moçambicana de Medicamentos (SMM). Consideramos que esta modalidade está inserida no campo da Cooperação Sul-Sul, e ela, por sua vez, seria uma modalidade de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento. No entanto, o uso desses conceitos e de tantos outros relacionados à cooperação internacional não é consensual. Para que possam ser compreendidos, os conceitos eleitos, ainda que controversos, serão definidos e explorados no decorrer do texto.

1.2.1 Cooperação Internacional: Classificação e Motivações

Segundo Afonso (2005), alguns dos principais critérios com base nos quais a cooperação internacional pode ser classificada são: origem, canal de execução e modalidade. No que se refere à origem, a cooperação pode ser pública ou privada. A pública é financiada com recursos do governo (recursos públicos) e a privada por recursos não públicos, como os de Organizações Não Governamentais (ONGs), empresas privadas etc. É possível que haja combinação entre as duas origens de investimento, mas um deles tende a predominar.

Quanto aos canais de execução, a cooperação pode ser bilateral, triangular, multilateral, descentralizada ou realizada por meio de Organizações Não Governamentais de Desenvolvimento (ONGDs). A cooperação bilateral é executada entre dois governos e os recursos são direcionados diretamente dos doadores para os receptores. A triangular é aquela empreendida por dois países – ou por um país e um organismo internacional –, como doadores, e um terceiro país em desenvolvimento como receptor.

A cooperação multilateral é estabelecida por organizações multilaterais, utilizando seus próprios fundos ou doações de outros países. Um exemplo de organização multilateral

promotora de cooperação é a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Fundada com esse nome em 1961, teve sua origem, em 1948, como Organização para Cooperação Econômica, com o objetivo de ajudar a gerir o Plano Marshall de reconstrução da Europa após a Segunda Guerra Mundial. Atualmente, conta com a adesão de 33 países, inclusive não europeus. A cooperação descentralizada é executada por entidades subnacionais ou públicas, como municípios, estados, universidades etc. A cooperação por ONGDs é executada por entidades não públicas, como, por exemplo, organizações não governamentais (AFONSO, 2005).

Quanto à modalidade, utilizamos a classificação de Puente (2010), que enumera como três as principais categorias presentes na cooperação internacional: Cooperação Financeira (CF), Assistência Humanitária (AH) e Cooperação Técnica (CT). A Cooperação Financeira (CF) é caracterizada como o conjunto de subvenções, investimentos financeiros, doações e empréstimos, ligados a programas e projetos de reformas macroeconômicas, estruturais ou setoriais. Esse tipo de cooperação tem por função promover melhores condições socioeconômicas para o país receptor, a fim de repercutir no bem-estar da população. A Assistência Humanitária (AH) configura-se como um instrumento de curto prazo, cujo objetivo é preservar a vida e aliviar o sofrimento de populações que se encontram em situações de calamidade.

A Cooperação Técnica (CT) pode ser compreendida como um processo de disseminação de conhecimentos, técnicas, experiências bem-sucedidas e tecnologias, com o objetivo de desenvolver capacidades humanas e institucionais do país receptor, mas ela nem sempre foi vista dessa forma. Desde seu surgimento, no final da década de 1940, a CT configurou-se como uma das bases da cooperação internacional, em conjunto com a Cooperação Financeira. Em seus primórdios, era determinada principalmente pelos países doadores, e não necessariamente pela demanda real dos países receptores, residindo aí um de seus principais problemas estruturais.

Como consequência, em boa parte dos casos a CT não surtia os efeitos esperados e, em geral, não se mostrava capaz de fortalecer as capacidades locais dos países receptores. Na década de 1990, em um cenário de retração dos recursos destinados à cooperação internacional, surgiu também uma maior necessidade de tornar os gastos mais eficientes e efetivos. Assim, um novo paradigma sobre a CT começou a ser imposto, que considerava, sobretudo, a construção e o desenvolvimento das capacidades dos países receptores, visando alcançar o desenvolvimento sustentável.

Puente (2010) sistematizou as principais motivações que levam os países a cooperarem entre si, mas devemos considerar que, além dos motivos declarados, há também aqueles encobertos. Com relação aos países doadores, eles tendem a declarar motivos morais, altruísticos e humanitários, mas, em geral, existem motivações extraoficiais, como interesses políticos, geoestratégicos, econômicos, comerciais e de segurança. Além deles, também são considerados pelos países doadores os motivos ambientais, de migração e de tráfico de entorpecentes.

Os motivos morais, altruísticos e humanitários estão relacionados à convicção de que os países desenvolvidos teriam o dever ético de ajudar os países em desenvolvimento. No entanto, é muito raro que tais motivos atuem isoladamente como motores da ajuda. Mesmo quando eles estão entre as reais motivações, costumeiramente estão acompanhados de outras motivações, sejam elas admitidas ou não. Apenas no caso da cooperação multilateral, em decorrência da origem das instituições multilaterais, como as da Organização das Nações Unidas (ONU), os componentes morais, altruísticos e humanitários tendem a ser preponderantes.

As motivações políticas e geoestratégicas não costumam fazer parte dos discursos oficiais dos governos. Embora a cooperação para o desenvolvimento não seja o principal instrumento utilizado pelos países para alcançar esses interesses, por existirem vários outros instrumentos mais eficazes, não há dúvida de que esses motivos têm um importante papel na definição da ajuda externa. Essa relação pode ser ilustrada na fase inicial da cooperação para o desenvolvimento, no pós-Segunda Guerra, quando os interesses políticos e estratégicos motivaram o Plano Marshall de reconstrução da Europa. Nesse período, a ajuda fornecida pela União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) também estava ligada a afinidades políticas.

As motivações econômicas e comerciais costumam ocupar importante papel nas decisões dos países doadores, mas a associação entre esses interesses e o fornecimento de ajuda não ocorre de forma idêntica em todos os países doadores. Há casos em que a correlação é explícita e outros em que ela ocorre de modo velado. Uma tradicional forma que evidencia os interesses econômicos e comerciais dos países doadores é a chamada “cooperação atada”. Quando ocorre esse tipo de cooperação, frequentemente usada nos casos de cooperação técnica, os países doadores estabelecem como requisito para a ajuda que os recursos transferidos sejam utilizados para a aquisição de produtos e serviços do país doador.

Os vínculos históricos e culturais existentes entre os países doadores e receptores de ajuda são costumeiramente empregados como fundamentação para a cooperação. Em geral, o argumento é o de garantir a continuidade de tais vínculos e reforçar o sentido de comunidade existente entre esses países. No entanto, ainda que o discurso oficial possa dizer o contrário, esta motivação não costuma ser exclusiva ou preponderante nessas parcerias. Por fim, embora com menor peso, as questões ambientais, as preocupações com os fluxos migratórios e a luta contra a produção e a comercialização ilegal de entorpecentes também estão entre as motivações que fundamentam a cooperação.

Além dos motivos dos países doadores, as motivações dos países receptores da ajuda também precisam ser consideradas. O alcance do progresso econômico e a melhoria das condições de vida podem parecer as principais motivações para a recepção da ajuda; no entanto, também existem razões para recusar ou questionar a ajuda externa. Muitos críticos consideram que as condicionalidades da ajuda comprometem a autonomia e os interesses nacionais dos países receptores, mas, apesar das críticas, há países que, por conta de suas fragilidades econômicas e sociais, dificilmente têm condições de recusar a ajuda. Também há casos em que a ajuda não é aceita por ela não considerar o interesse nacional, mas apenas o interesse da elite governante, que utiliza a ajuda para garantir seus interesses políticos internos.

A cooperação internacional passou, no decorrer de sua história, por diferentes fases. Nesse processo de evolução foram criados diversos conceitos que caracterizavam suas especificidades. Para que possamos compreender esse processo de evolução, apresentamos um breve relato da cooperação internacional, desde suas origens até o presente. A partir dessa evolução, podemos compreender em que contextos estão inseridos os principais conceitos de cooperação presentes nesta pesquisa: Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, Cooperação Sul-Sul e Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento.

Contudo, antes de dar início a essa evolução histórica, precisamos especificar três conceitos que serão empregados nessa seção e cuja compreensão será importante nesse momento. “Ajuda Externa” se refere à assistência prestada, cujo objetivo nem sempre é o desenvolvimento do país receptor. Essa ajuda pode ser destinada, por exemplo, a auxílio militar. Enquanto isso, Assistência para o Desenvolvimento e Cooperação para o Desenvolvimento se referem a uma iniciativa cuja meta explícita é o desenvolvimento do país receptor (AYLLÓN, 2006).

1.2.2 A Cooperação Internacional em Perspectiva Histórica

Se hoje observamos a ajuda externa como algo natural, precisamos compreender que, até o final da Segunda Guerra, essa prática não existia como hoje. No início do século XIX, direcionar recursos públicos para ajudar povos além das fronteiras do país, independente da finalidade, era inaceitável para muitos. Todavia, perto do fim do século XIX, essa prática passou a ser cada vez mais comum. Antes da ajuda externa se estabelecer como prática comum entre os países no pós-Segunda Guerra, existiram alguns programas de ajuda humanitária na metade do século XIX e na primeira metade do século XX (LANCASTER, 2007).

Inicialmente, a ajuda externa era destinada ao alívio de sofrimento temporário e nunca destinada ao desenvolvimento. Na década de 1920, em vista do grau de pobreza das colônias europeias, os governos francês e britânico começaram a deixar de lado a ideia de que suas colônias deveriam se desenvolver com recursos próprios ou por meio de investimentos privados e passaram a considerar o investimento de recursos públicos próprios para o desenvolvimento de suas colônias. No entanto, a capacidade desses países de realizar esses investimentos foi reduzida em consequência da Grande Depressão de 1929 e, posteriormente, com a eclosão da Segunda Guerra Mundial (LANCASTER, 2007).

Os EUA também acreditavam que o desenvolvimento dos países menos desenvolvidos deveria ser fomentado por seus próprios governos ou por investimentos privados, mas, durante a Segunda Guerra Mundial, o país concordou em fornecer a governos latino-americanos pequenas quantias de financiamento com fins de desenvolvimento. Em 1942, foram criadas, nos EUA, duas agências para gerir essa assistência: o *Institute of Inter-American Affairs* e a *Inter-American Education Foundation*. A modesta assistência prestada pelos Estados Unidos foi motivada pela redução das exportações dos países do continente americano para a Europa por conta do avanço do nazismo e tinha por objetivo manter a lealdade dos governos desses países (LANCASTER, 2007).

Na primeira metade do século XX, organizações privadas também começaram a prestar assistência ao exterior. As fundações, igrejas e ONGs da América do Norte e da Europa começaram a dar exemplo de como as organizações de países mais desenvolvidos poderiam ajudar os países em desenvolvimento. Esses antecedentes foram importantes para criar os precedentes que tornaram possível a prática da transferência de recursos públicos com o objetivo de promover o desenvolvimento em países estrangeiros (LANCASTER, 2007).

Para Browne (1997), os primórdios da ajuda para o desenvolvimento podem ser atribuídos a três acontecimentos ocorridos na década de 1940. O primeiro deles, ocorrido em 1945, foi a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), uma iniciativa que visava a manutenção da paz por meio da colaboração entre os países aliados, marcando o estabelecimento de um sistema de cooperação para o desenvolvimento. A organização começou a assumir responsabilidades em diversos domínios, como econômico, social, cultural e humanitário em regiões menos desenvolvidas.

A ONU passou a apoiar os países em desenvolvimento por meio de apoio técnico e a continuidade desse trabalho deu origem a agências especializadas, como a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (AFONSO, 2005).

Em 1945, foram criados, na Conferência Monetária e Financeira de Bretton Woods, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD). Essas instituições foram formadas com base em um paradigma de que, para haver crescimento econômico (considerado sinônimo de desenvolvimento, pois o crescimento traria desenvolvimento), bastava haver investimento de capital. Assim, a principal função dos países doadores seria fornecer recursos aos países em desenvolvimento para preencher as lacunas de financiamento. Aspectos políticos, sociais, institucionais e o papel da cooperação técnica foram negligenciados como fatores facilitadores do crescimento (AFONSO, 2005).

No pós-Segunda Guerra, os EUA, preocupados com a expansão da URSS na Europa quando os britânicos anunciaram, em 1947, que retirariam seu apoio ao governo turco e grego e começariam a apoiar esses dois governos. O apoio financeiro dado à Grécia e à Turquia foi seguido pelo Plano Marshall, que teve início em 1947, com duração de quatro anos e com o objetivo de ajudar a estabilizar e recuperar a Europa. No pós-guerra também foram criados outros organismos internacionais que se tornaram importantes facilitadores das ações de ajuda e cooperação internacional, como, por exemplo, o Plano Ampliado de Assistência Técnica (PAAT) das Nações Unidas, criado em 1949, e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), de 1965 (LANCASTER, 2007).

Assim, a prática do que conhecemos hoje como Cooperação Internacional para o Desenvolvimento teve início com o fim da Segunda Guerra. Com o início da Guerra Fria, o principal objetivo da ajuda foi diplomático, com fins de ampliar a esfera de influência dos

países doadores. O Plano Marshall foi estabelecido nesse objetivo diplomático e pode ser considerado como primeiro projeto específico de cooperação entre um estado independente e um conjunto de estados independentes. Esse plano marcou o reconhecimento oficial, pelas instâncias internacionais, do desenvolvimento financiado e planejado por outros países. Para que o plano pudesse ser concretizado, os países beneficiários fundaram, em 1948, a Organização de Cooperação Econômica Europeia (OECE), com o objetivo de promover a cooperação entre os países-membros e coordenar a distribuição dos fundos do Plano Marshall. Em 1961, essa organização daria origem à Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico (OCDE) (AFONSO, 2005).

Com a Revolução Chinesa e a Guerra da Coreia, os EUA também começaram a fornecer ajuda para países asiáticos. Com a crescente demanda por ajuda, a URSS também começou a prover ajuda à Índia e a outros países em desenvolvimento. Os EUA começaram a pressionar os governos europeus, que se recuperavam da guerra para estabelecer ou expandir seus próprios programas de ajuda externa. A pressão dos EUA teve efeitos, mas a criação de agências de ajuda na Europa e no Japão não foi fruto apenas da pressão americana, pois muitos desses países tinham seu próprio antecedente de ajuda externa. Grã Bretanha e França já tinham ajudado suas colônias, mas após a Segunda Guerra não pretendiam dar continuidade aos auxílios após a independência desses países. No entanto, diante da necessidade econômica de algumas dessas ex-colônias e também com o objetivo de manter sua esfera de influência, Grã-Bretanha e França continuaram a ofertar ajuda mesmo depois da independência desses países (LANCASTER, 2007).

A ajuda fornecida pelo Japão teve início com a necessidade de reparação à Ásia e de acesso a matérias-primas e a mercados de exportação. A Alemanha também foi levada a fornecer ajuda pela necessidade de mercados de exportação, tendo começado a fornecer, em 1953, ajuda técnica a países importadores de seus produtos para que eles pudessem usá-los de maneira eficaz (LANCASTER, 2007).

Os países nórdicos, como Noruega, Suécia e Dinamarca, começaram a oferecer ajuda no início da década de 1960. Em 1961, a França criou seu Ministério de Cooperação e, no mesmo ano, a Alemanha originou o Ministério de Desenvolvimento Econômico e Cooperação. O Japão criou seu Fundo de Cooperação Econômica no Exterior, em 1961, e, em 1962, sua Agência de Cooperação Técnica. A Suécia criou sua Agência de Assistência Internacional, em 1961, e o Reino Unido criou seu Ministério de Desenvolvimento Ultra Marino, em 1965. Desse modo, na década de 1960, a maioria dos países desenvolvidos criou

agências permanentes para promover seus programas de assistência internacional (LANCASTER, 2007).

Durante a década de 1960, os países da URSS e a China também se tornaram doadores significativos e, com a ajuda do bloco ocidental, a URSS também foi impulsionada por questões diplomáticas decorrentes da Guerra Fria. Três quartos da ajuda ofertada pela URSS foram destinados a países comunistas em desenvolvimento, a outra parte foi destinada a países não comunistas, principalmente Índia, Egito e Síria. Enquanto isso, a China estava mais motivada em uma disputa com a URSS sobre quem era o verdadeiro representante do socialismo (LANCASTER, 2007).

Até o final de década de 1960, muitos países em desenvolvimento eram doadores de ajuda a outros países em desenvolvimento. Um grupo desses países incluía os países produtores de petróleo, principalmente do Oriente Médio. A ajuda vinda desses países era destinada principalmente a países da África e do Oriente Médio, em geral motivados a conseguir apoios diplomáticos para questões que envolviam Israel. Também buscando apoio político, Israel começou a oferecer ajuda especialmente a países africanos. África do Sul, Índia, Nigéria e Brasil também começaram a ofertar ajuda em suas regiões a fim de se fortalecerem como líderes regionais. Assim, a ajuda internacional passou a se tornar algo comum nas relações entre os países (LANCASTER, 2007). Até esse período, a ajuda era majoritariamente bilateral, e, em geral, utilizada como instrumento de política externa para manter áreas de influência política e promoção do comércio (AFONSO, 2005).

Portanto, a ajuda entre países começou como um instrumento temporário da diplomacia da Guerra Fria e, por isso, tornou-se comum na relação entre os países, passando a ser esperado que os países mais desenvolvidos fornecessem recursos para contribuir com a melhoria da qualidade de vida nos países menos desenvolvidos (LANCASTER, 2007).

No início da década de 1970, a ajuda externa cresceu lentamente e aumentou de modo substantivo na segunda metade dessa década e nos anos de 1980. Nesse período, os países exportadores de petróleo e suas agências se tornaram as principais fontes de ajuda externa, com foco cada vez mais no desenvolvimento. As agências de ajuda se profissionalizaram mais e a ajuda passou a ser canalizada por meio de agências multilaterais (LANCASTER, 2007). Na década de 1970, também houve grande crescimento da ajuda multilateral, principalmente por meio do Banco Mundial (AFONSO, 2005).

Nos anos 1970, a questão principal estava baseada na qualidade dessa assistência. O capital que estava sendo aplicado nos países em desenvolvimento, por ser insuficiente e mal

aplicado, não era capaz de promover a economia desses países. Diante deste cenário, evidenciaram-se problemas que estariam além da deficiência de capital. A necessidade de se obter crescimento com redistribuição de renda começa a ser mencionada e a luta contra a pobreza se torna mais notória. Essas novas perspectivas são incorporadas à cooperação internacional para o desenvolvimento, por meio da pressão dos países em desenvolvimento e por conta de correntes intelectuais vindas do Norte (PUENTE, 2010).

Assim, se até a década de 1960 se dava mais importância à quantidade da assistência prestada pelos países, a partir da década de 1970, a qualidade dessa assistência passou a ser mais considerada. Nessa fase, ainda marcada pela Guerra Fria e pelas áreas de influência, houve um significativo aumento da cooperação multilateral, principalmente por parte do Banco Mundial e das agências das Nações Unidas. Nesse período começaram os primeiros apelos pela cooperação Sul-Sul (PUENTE, 2010).

Nos anos 1980, o cenário foi marcado pelos efeitos das crises do petróleo da década de 1970 e pela recessão dos países desenvolvidos. A cooperação para o desenvolvimento sofre reduções drásticas por parte dos países doadores e é reorientada para programas de ajuste estrutural. A África e a América Latina viveram, na década de 1980, a chamada década perdida. As condições sociais pioraram de forma acentuada na África e os possíveis ganhos advindos com a cooperação anterior foram prejudicados.

A assistência humanitária começou a competir com a cooperação para o desenvolvimento e até mesmo a substituí-la em alguns casos. Surge também um novo ator no cenário da cooperação para o desenvolvimento: as organizações não governamentais, que começaram atuando no campo humanitário, mas, aos poucos, atuam também nos demais campos de cooperação. A efetividade da cooperação para o desenvolvimento começa a ser questionada pelos países e instituições doadoras e também pelos receptores (PUENTE, 2010).

O Banco Mundial inaugura a modalidade de empréstimo chamada de ajuste estrutural e o FMI acena com empréstimos repletos de condicionalidades. Os doadores reduziram drasticamente sua ajuda e, ao mesmo tempo, esta passou também a ser reorientada para os “ajustes estruturais”. Inaugura-se o “Consenso de Washington”, que exerce grande influência sobre os doadores de cooperação para o desenvolvimento. Tal consenso prioriza a estabilidade macroeconômica e a redução da intervenção do estado, em detrimento da luta contra a pobreza e dos objetivos sociais (PUENTE, 2010).

A luta contra a pobreza e o desenvolvimento rural é deixada de lado, e a estabilidade econômica dos países em desenvolvimento passa a ser o principal objetivo das parcerias de

cooperação, principalmente por meio dos Programas de Ajuste Estrutural (PAE). As transferências de valores passam a ser feitas cada vez mais como apoio ao orçamento, sendo condicionadas à reforma das políticas ajustadas ao Consenso de Washington, que recomendava ações de liberalização do mercado. A ajuda ofertada passou a ser utilizada com o objetivo de salvaguardar o Sistema Monetário Internacional, permitindo que os países em desenvolvimento tivessem condições de honrar parte de suas dívidas (AFONSO, 2005).

Assim, a cooperação para o desenvolvimento deixou de lado os interesses de desenvolvimento dos países do Sul para atender os interesses dos países do Norte de salvaguardar o Sistema Financeiro Internacional, mediante a concessão de empréstimos com condicionalidades (PUENTE, 2010). Essa conjuntura era justificada pelo ideário de que não deveriam ser investidos recursos em ambientes estruturalmente inadequados, antes, seria necessário promover reformas institucionais e econômicas (AFONSO, 2005).

Na década de 1990, o fim da Guerra Fria diminuiu a importância diplomática da ajuda externa e levou ao surgimento de novos propósitos para a ajuda, como o apoio econômico e político aos países ex-URSS, a promoção da democracia e a reabilitação pós-conflito. Esses novos propósitos aumentaram os questionamentos sobre a eficácia da ajuda para o desenvolvimento e desafiou sua finalidade. No início da década, houve aumento nos níveis de ajuda, com declínio a partir de 1995, retomando seu crescimento no fim da década (LANCASTER, 2007).

O fim da Guerra Fria fez com os países da ex-URSS passassem de doadores para receptores de ajuda. O novo arranjo geopolítico trouxe alterações na direção da ajuda ofertada. Alguns países, vistos como destinatários estratégicos, viram a ajuda recebida diminuir no pós-Guerra Fria. Além disso, o fim da Guerra Fria também provocou a diminuição do interesse de muitos países, antes motivados pela rivalidade Leste Oeste, em ofertar auxílio. Novos conflitos étnicos e religiosos aumentaram a instabilidade e trouxeram catástrofes humanas que fizeram despontar a ajuda humanitária. Surgiram novas áreas de cooperação, como a prevenção de conflitos, a reabilitação pós-conflito e as operações para manutenção da paz. Os conflitos também aumentaram a ameaça de fluxos de refugiados para países desenvolvidos, bem como a necessidade de investimentos em programas de apoio a refugiados. Esse tipo de investimento também é contabilizado como ajuda externa, mas o fluxo para a cooperação para o desenvolvimento diminuiu nesse período (AFONSO, 2005).

Nesse contexto, a percepção dos países doadores e das agências multilaterais era a de que a ineficiência da Ajuda ao Desenvolvimento (AOD) era atribuível à falta de

comprometimento dos países receptores em tornar a AOD efetiva. Nela, a chamada questão da “boa governança” assume papel central, com a tendência de atribuir aos Países em Desenvolvimento (PED) a responsabilidade pelo processo de desenvolvimento (PUENTE, 2010). A boa governança, segundo definição do Banco Mundial, deve incluir democracia participativa, responsabilização ou *accountability*, estabilidade política e ausência de violência, eficiência governamental, marco regulatório estável, império da lei e transparência.

O paradigma da boa governança defende que a responsabilidade pelo processo de desenvolvimento deve ser atribuída aos países em desenvolvimento. A consequência desse novo paradigma foi a diminuição dos fluxos de ajuda para os setores produtivos e o aumento em setores nos quais não há atuação do mercado, como educação, saneamento básico etc. Assim, a AOD atuaria apenas como catalisadora do fluxo de desenvolvimento (AFONSO, 2005).

No entanto, o paradigma da boa governança pode ser preocupante, uma vez que, em geral, os países mais pobres são exatamente aqueles que mais carecem de boa governança. Assim, surge o questionamento sobre até que ponto se deve utilizar a governança como instrumento de seleção de receptores da ajuda, já que ela pode marginalizar ainda mais os países mais pobres. Ao mesmo tempo, direcionar a ajuda com base apenas nos níveis de pobreza pode torná-la ineficaz. Surge então o grande paradoxo da ajuda, uma vez que os países que mais precisam dela são, em geral, os menos aptos a utilizá-la de maneira eficaz (AFONSO, 2005).

As crises econômicas colocaram em cheque os pressupostos do Consenso de Washington. Como consequência, surge um novo paradigma de cooperação para o desenvolvimento, que ainda promove o livre mercado, mas reserva para o Estado, nos países em desenvolvimento, as prerrogativas relacionadas à saúde, educação básica, segurança pública, proteção ambiental e formulação de políticas econômicas. Por essa nova visão, a ajuda deve se tornar mais seletiva e contribuir para o desenvolvimento das capacidades. Em 1995, na Conferência sobre Desenvolvimento Social, em Copenhague, a erradicação da pobreza foi colocada como um objetivo declarado da cooperação (PUENTE, 2010).

No início século XXI, a cooperação internacional para o desenvolvimento teve dois temas de grande destaque: os objetivos de desenvolvimento do milênio (ODM) e o terrorismo. São oito os ODM: Redução da pobreza, Universalização do Ensino Básico, Igualdade entre os sexos e autonomia da mulher, Redução da mortalidade infantil, Melhoria da Saúde Materna, Combate ao HIV/Aids, à malária e a outras doenças endêmicas, Garantia da sustentabilidade

ambiental e Estabelecimento de uma parceria mundial para o desenvolvimento. Existem metas para cada um dos objetivos estabelecidos. Os acontecimentos de 11 de setembro de 2001 fizeram com que as motivações geoestratégicas e de segurança voltassem a ter grande importância entre as motivações da ajuda prestada (PUENTE, 2010).

O ataque foi visto por muitos como consequência da pobreza e das desigualdades do mundo. Por isso, teve um importante papel na disposição dos EUA e de alguns países da Europa em aumentar seus níveis de ajuda para o desenvolvimento. No início do século XXI, os Estados Unidos e a União Europeia aumentaram seus níveis de auxílio e a ajuda externa foi amplamente aceita, tendo seu uso destinado principalmente para o desenvolvimento econômico. Assim, no século XXI, a ajuda externa não é mais uma inovação, ela é um elemento comum e esperado na relação entre os países (LANCASTER, 2007).

1.2.2.1 Cooperação Sul-Sul

Durante a evolução histórica da cooperação internacional surgiram novos paradigmas e debates. Um conceito amplamente utilizado e debatido atualmente é o de Cooperação Sul-Sul (CSS), termo alvo de diferentes definições. Há certo consenso de que a CSS seja uma modalidade de cooperação internacional para o desenvolvimento que envolveria os países do chamado “Sul Global”, fazendo referência aos países em desenvolvimento, mas o conceito também é utilizado para nomear várias outras relações existentes entre esses países. Assim, dentre as definições existentes, o único consenso é o de que ele se refere a dinâmicas envolvendo países em desenvolvimento (LEITE, 2012).

Para o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2013), a Cooperação Sul-Sul é um mecanismo de desenvolvimento conjunto entre países emergentes em resposta a desafios comuns. A Agência de Cooperação Internacional do Chile (2013), por sua vez, defende que a Cooperação Sul-Sul (CSS) define todos os tipos de relações de cooperação para o desenvolvimento entre países geograficamente localizados no “Sul”. As relações podem ser políticas, culturais, sociais e econômicas, entre atores estatais, empresas e a sociedade civil.

Enquanto isso, o Fundo de População das Nações Unidas (2013) a define como uma modalidade de cooperação técnica internacional que se dá entre países em desenvolvimento que compartilham desafios e experiências semelhantes. Ela diferiria da tradicional

Cooperação Norte-Sul, entendida como aquela realizada entre países desenvolvidos do Hemisfério Norte com países em desenvolvimento do Hemisfério Sul.

Não nos engendramos nos debates existentes sobre o conceito da Cooperação Sul-Sul por se tratar de um tema denso e merecedor de amplo espaço para debate. Limitamo-nos a traçar o desenvolvimento histórico do tema a fim de, posteriormente, podermos identificar a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD) nesse fenômeno.

Foi no contexto da Guerra Fria que os países do Sul passaram a ser tratados e vistos como um grupo específico, com objetivo comum de promover seu desenvolvimento e defender sua soberania. Contribuiu para essa percepção o discurso de Truman, em 1949, que assumiu para seu governo o papel de resolver os problemas das áreas subdesenvolvidas, o que promoveu, de forma inédita, a unidade aos países que faziam parte dessas áreas (LEITE, 2012).

A Conferência de Bandung, ou Afro-Asiática, de 1955, também contribuiu para essa percepção. Ela foi a primeira a ser realizada sem a presença dos EUA, da URSS e da Europa. Reuniu 29 países africanos e asiáticos que começavam a agir como ator coletivo da política internacional, defendendo agenda própria. O espírito coletivo desenvolvido a partir dessa conferência passou a incluir, posteriormente, além dos africanos e asiáticos, países latino-americanos em desenvolvimento. Outro marco da convergência entre os países do Sul foi a constituição do Movimento dos Não-Alinhados, na Conferência de Belgrado, em 1961. Esse movimento era constituído por 23 países afro-asiáticos, além de Cuba e da extinta Iugoslávia (LEITE, 2011).

A criação da Conferência das Nações Unidas para Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD), em 1965, alargou as alianças entre esses países e agregou à agenda a promoção do comércio internacional como sendo um instrumento de desenvolvimento econômico. Na primeira sessão do UNCTAD formou-se o Grupo dos 77, que reunia países latino-americanos, asiáticos e africanos para, a princípio, conseguir, coletivamente, barganhar melhor com os países industrializados (LEITE, 2012).

Na década de 1960 também surgiram os primeiros arranjos regionais e sub-regionais de integração entre países em desenvolvimento. Em 1960, foi criado o Mercado Comum da América Central e a Associação Latino-Americana de Livre-Comércio. Em 1963, foi criada a Organização da União Africana e, já em 1964, a União Econômica e Aduaneira da África Central. A Associação das Nações do Sudeste Asiático foi criada em 1967, e o Pacto Andino em 1969. No entanto, a carência de infraestrutura que ligasse esses países e a base produtiva

similar não concretizou a cooperação econômica nos níveis esperados. Portanto, nessa fase, a CSS foi efetivamente concretizada apenas como apoio multilateral entre os países (LEITE, 2012).

A partir dos anos 1970, o avanço do crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), das exportações e da renda *per capita* de alguns países do Sul tornou possível o fortalecimento da cooperação técnica e econômica entre esses países. Essa expansão passou a suplementar aquela que antes era estabelecida essencialmente entre o Norte e o Sul (LEITE, 2012).

A cooperação técnica e econômica entre países do Sul, então discutida em conferências amplas, ganhou, no âmbito multilateral, conferências específicas. No entanto, ainda assim existiam barreiras físicas, tecnológicas, institucionais e financeiras que impediam o avanço da CSS. Nos anos 1980 e 1990 houve outros fatores que contribuíram para a desmobilização da CSS. A crise da dívida externa, a transição democrática de alguns países latino-americanos e a competição entre os países em desenvolvimento pela recepção de investimento estrangeiro direto podem ser citados como fatores. Além desses, a queda da URSS afetou uma das fontes iniciais de unidade desse grupo: a busca de autonomia em frente à disputa bipolar (LEITE, 2012).

O fim dos anos 1990 e o início dos anos 2000 deram novo impulso a CSS. A recuperação econômica, a insatisfação com os programas de reajuste estrutural e a emergência de governos progressistas foram alguns dos fatores que contribuíram com esse impulso. A união em âmbito multilateral foi restabelecida principalmente na Organização Mundial do Comércio (OMC), na qual a articulação entre países em desenvolvimento obteve destaque em ações como a luta em prol da quebra de patentes de antirretrovirais. Essa nova fase também foi palco do surgimento de coalizões como a constituída por Índia, Brasil e África do Sul, no grupo IBAS, e pelo Brasil, Rússia, Índia e China, por meio do grupo BRICS (LEITE, 2012).

1.2.2.2 A Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD)

Dentre as dinâmicas existentes entre países em desenvolvimento destaca-se, para os fins do presente trabalho, a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD). Embora existam controvérsias sobre o conceito de Cooperação Sul-Sul, para Lopes (2008) é possível afirmar que a CTPD está contida na Cooperação Sul-Sul e é uma de suas expressões. Para fins desta pesquisa, adotamos essa perspectiva, compreendendo a CTPD como uma expressão da CSS e, ainda, a CSS como uma expressão da Cooperação Internacional para o

Desenvolvimento (CID). Nesse sentido, podemos, conforme demonstra o diagrama a seguir, enxergar a CTPD como um ponto de intersecção entre a CID e a CSS.

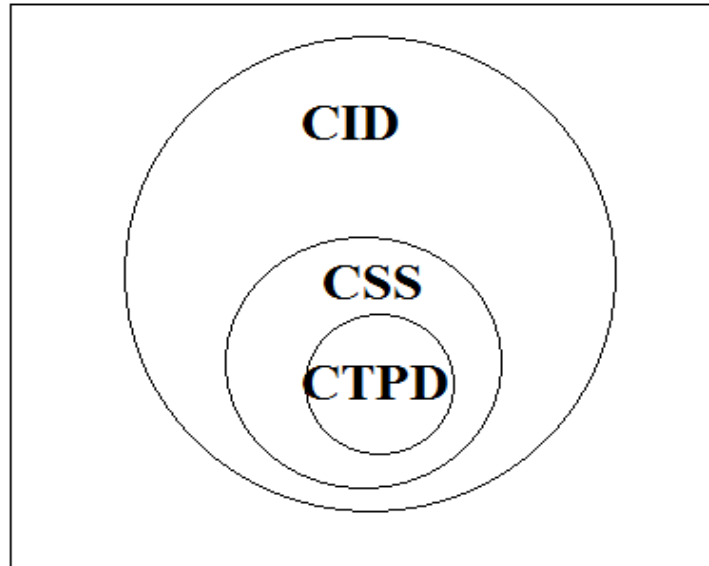


Diagrama 1 – Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD) como uma intersecção entre a CID e a CSS.

Fonte: Elaboração própria .

As primeiras iniciativas de CTPD surgiram no decorrer dos anos 1960 e 1970, no âmbito da formação da CSS, a partir da percepção de que os países em desenvolvimento, por enfrentarem problemas comuns, também poderiam compartilhar soluções comuns. A CTPD se configurou como uma estratégia alternativa e complementar à cooperação tradicional estabelecida entre os países doadores do Norte e os países receptores do Sul (PUENTE, 2010). A Conferência das Nações Unidas sobre Cooperação entre Países em Desenvolvimento, realizada em Buenos Aires, em 1978, é, no âmbito institucional multilateral, o marco para a formação da CTPD (LOPES, 2008).

Essa conferência foi o primeiro esforço coletivo de identificar e sistematizar formas, possibilidades e modalidades de CTPD. O Plano de Ação de Buenos Aires, documento resultante dessa conferência, estabeleceu o principal quadro referencial de cooperação técnica entre países em desenvolvimento. Ele lançou as bases para a disseminação da CTPD e tratava da necessidade de os países em desenvolvimento registrarem e partilharem informações sobre suas capacidades técnicas e experiências; estabelecerem e fortalecerem ligações institucionais e físicas necessárias para o compartilhamento de recursos; identificarem e concretizarem oportunidades de cooperação, com foco nas necessidades dos países menos desenvolvidos (UNDP, 2014).

A partir da Conferência de Buenos Aires, as ações de CTPD começaram de forma lenta em âmbito bilateral. No plano multilateral, o PNUD esforçou-se para desenvolver ações na África, Ásia, América Central e Caribe. Ainda assim, na prática, as evoluções das ações de CTPD se mostrou modesta. No plano do discurso, as Nações Unidas aprovaram diversos projetos e resoluções estimulando as ações de CTPD (PUENTE, 2010).

A dificuldade, entre os países em desenvolvimento, de financiar a CTPD limitava suas ações. Ainda que a cooperação técnica não demande tantos recursos quanto a cooperação financeira, os governos dos Países em Desenvolvimento (PED) tinham dificuldades em convencer a opinião pública de que o estado gastaria recursos para contribuir com a solução de problemas em outros países. Mas, a partir da década de 1990, a CTPD voltou a ganhar impulso e se configurou como um dos mecanismos inovadores de interdependência para minimizar os riscos da globalização e contribuir para o melhor uso das oportunidades (PUENTE, 2010).

A CTPD é especialmente importante para a pesquisa por se tratar do modelo de cooperação estabelecido entre Brasil e Moçambique para a instalação da SMM. Com base no exposto neste capítulo, podemos agora localizar a CTPD em um contexto mais amplo de cooperação internacional. Ainda, é possível compreender como nosso objeto será analisado em suas fases de formação de agenda e seleção de alternativas, conforme prevê o modelo dos fluxos múltiplos.

Apresentados o modelo de análise, os principais conceitos e a evolução histórica da cooperação internacional, na próxima seção nos dedicamos a um estudo mais detalhado sobre os principais atores envolvidos nesse processo (Brasil e Moçambique). Considerando que, além de ser uma parceria de CTPD, a SMM está inserida no contexto do acesso a medicamentos em Moçambique, em especial os indicados para o tratamento do HIV/Aids, e no papel do Brasil como um país doador nesse campo, traçamos um perfil desses países sobre essas duas bases: a cooperação internacional e o acesso a ARV.

CAPÍTULO 2 – BRASIL E MOÇAMBIQUE: PANORAMA EM HIV/AIDS E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

O objetivo desta dissertação é compreender como foi construída a agenda brasileira para a participação do Brasil na instalação de uma fábrica pública de antirretrovirais e de outros medicamentos em Moçambique e como as alternativas para essa política foram selecionadas. Em consonância com nosso objetivo de pesquisa, neste capítulo o Brasil será observado em seu papel de país doador de ajuda, e Moçambique em seu papel de receptor. Para que se possa alcançar de maneira mais abrangente os objetivos da pesquisa, também será analisada a trajetória de ambos os países relacionada ao HIV/Aids, não só em termos epidemiológicos, mas principalmente de enfrentamento.

Precisamos compreender como se deu o processo que tornou o Brasil um país capaz de exportar conhecimento e tecnologia no tema e Moçambique um país que necessitasse desse tipo de ajuda. Por se tratar de um projeto de cooperação técnica internacional, também refletimos sobre a realidade de Moçambique, pois precisamos compreender alguns pontos da formação de sua agenda importantes para a construção da agenda brasileira. Por fim, à luz de todo o conhecimento anteriormente citado, pensamos sobre o histórico diplomático e de cooperação estabelecido entre Brasil e Moçambique. Todos esses passos são importantes para que, no Capítulo três, possamos usar esse conhecimento para compreender os fluxos que formaram essa agenda.

2.1 BRASIL

2.1.1 Histórico e Enfrentamento do HIV/Aids

O vírus da imunodeficiência humana ou HIV é o responsável por provocar, em seu estágio tardio de infecção, a Síndrome da Imunodeficiência adquirida, ou AIDS, sigla em inglês para *Acquired Immunodeficiency Síndrome*. A referida infecção ataca o sistema imunológico humano, deixando o organismo suscetível a contrair outras infecções. Os

primeiros casos da doença ocorreram nos Estados Unidos, no Haiti e na África Central, nos anos de 1977 e 1978, mas só foram classificados em 1982 (SOUSA *et al.*, 2012).

A doença virou pandemia e sua repercussão mundial tornou o tema preocupação comum entre os países, mas com a introdução da terapia antirretroviral ou TARV, a AIDS passou a ser considerada como uma doença crônica, pois, por meio do tratamento, há considerável diminuição da mortalidade. Ademais, estudos evidenciam que o uso dos medicamentos, além de promover melhora na doença e na qualidade de vida dos pacientes, também diminui a transmissão do vírus (BRASIL, 2013).

O modo como se desenvolveu o enfrentamento à doença no Brasil produziu políticas públicas elogiadas internacionalmente. As vitórias internas, além de melhorar os indicadores sobre a doença, fizeram do país referência mundial no combate ao HIV/Aids. A expertise alcançada pelo Brasil o tornou um interlocutor respeitado no meio internacional para questões relacionadas ao HIV/Aids.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, o primeiro caso de HIV/Aids no Brasil ocorreu em 1980, na cidade de São Paulo, mas só foi diagnosticado em 1982. O primeiro programa de combate à doença no Brasil foi estruturado em São Paulo, em 1984. O Grupo de Apoio e Prevenção a AIDS (GAPA) foi a primeira Organização não Governamental (ONG) brasileira criada, em 1985, para promover a luta contra a doença. No mesmo ano foi criado o programa federal de combate à doença por meio da portaria 236/1985, que tinha por objetivo coordenar nacionalmente as ações de controle (BRASIL, 2013).

Em 1986, o então ministro da saúde, Roberto Santos, criou o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS. Em 1988, a legislação de controle do sangue e hemoderivados promoveu uma drástica redução no número de novos casos da doença (SOUSA *et al.*, 2012). A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, também foi um importante marco, por fornecer uma estrutura de atendimento à saúde que contribuiria para as futuras disposições brasileiras de combate à doença. O Brasil iniciou, em 1991, o processo para aquisição e distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais. Em 1993, começou a produzir internamente o coquetel AZT, que incluía os medicamentos Zidovudina, Videx e Dideoxicitidina (AZEVEDO, 2010).

Sheila Cartopassi de Oliveira, uma menina de cinco anos, teve sua matrícula negada em uma escola, no ano de 1992, por ser portadora do HIV/Aids. A indignação resultante desse caso deu origem à Portaria Interministerial Sheila Cartopassi nº 796/1992, que proíbe a discriminação de crianças portadoras de HIV/Aids nas escolas. Ainda em 1992, foi aprovada a

Portaria Interministerial n° 869/1992, que proíbe a testagem anti-HIV em funcionários públicos federais em exames de admissão, periódico e demissional (AZEVEDO, 2010).

Em 13 de novembro de 1996, o Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a aprovar uma lei que assegurasse o acesso gratuito a medicamentos antirretrovirais para pacientes portadores de HIV/Aids. A Lei n° 9.313 foi aprovada pelo Congresso Nacional noventa dias após sua apresentação. A aprovação desta lei e a política brasileira de atenção à saúde dos portadores de HIV/Aids, associada à Constituição de 1988, que prevê acesso universal a saúde, possibilitou que, em 1998, onze medicamentos antirretrovirais fossem distribuídos gratuitamente pela rede pública de saúde (AZEVEDO, 2010).

Em 2003, o Brasil ameaçou licenciar compulsoriamente alguns antirretrovirais importados caso não conseguisse a redução de seus preços. Em decorrência desta ameaça e das negociações subsequentes, o país conseguiu um acordo com cinco laboratórios, o que significou uma redução de R\$ 299 milhões nos gastos com a aquisição de antirretrovirais no ano de 2004. Em 2003, o país havia gasto R\$ 542 milhões atendendo a 128 mil pessoas (CONSTANTINO, 2004).

O último Boletim Epidemiológico da doença, lançado em 2013, afirma que existem aproximadamente 718 mil pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil, o que representa 0,4% da população. No entanto, estima-se que apenas 80% desse total tenham sido diagnosticados. Em 2012, foram notificados aproximadamente 39 mil novos casos da doença, valor que tem se mantido estável nos últimos cinco anos, mas com tendência de aumento da contaminação entre a população jovem. O número de pessoas em TARV no Brasil passou de 125 mil, em 2002, para 313 mil, em 2012. Nem todas as pessoas infectadas e diagnosticadas com HIV recebem indicação para o TARV, pois, com o diagnóstico, avalia-se também o estado imunológico do paciente, e é com base nesse estado, ou seja, no nível de carga viral do indivíduo, que o TARV é ou não indicado. Dos 21 antirretrovirais distribuídos, o Brasil tem capacidade para produzir dez (BRASIL, 2013).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2006, o Brasil já havia conseguido reduzir em mais de 50% os casos de transmissão do HIV de mãe para filho, durante a gestação, parto ou amamentação. Entre 2002 e 2011, reduziu em 25% a incidência de HIV/Aids em menores de cinco anos. Outro grande investimento é o teste rápido de HIV para o diagnóstico durante o pré-natal, na atenção básica de saúde. Até 2011, 84% das gestantes já tinham acesso ao teste (BRASIL, 2012).

Como consequência das políticas de combate ao HIV/Aids, o Brasil conseguiu superar as expectativas em relação à doença no país. No início dos anos 1990, o Banco Mundial previu que, em 2000, 1,2 milhão de brasileiros estariam infectados pelo HIV no Brasil. No entanto, nessa data havia 600 mil pessoas infectadas. Em 2002, o Brasil já era capaz de garantir tratamento a 100% dos doentes, provocando significativa diminuição nos índices de mortalidade e elevando o tempo de vida (GRANGEIRO *et al.*, 2009).

De acordo com Sousa *et al.* (2012), o enfrentamento ao HIV/Aids foi inicialmente negligenciado no Brasil, uma vez que afetava apenas grupos minoritários. A política brasileira de enfrentamento ao HIV/Aids cresceu quando a doença passou a atingir mais grupos sociais e a mobilizar a sociedade civil. A participação da sociedade civil conferiu à política brasileira de combate à doença um caráter mais amplo, com credibilidade e eficácia.

Na mesma linha, Grangeiro *et al.* (2009) defendem que foi a abertura política após o fim do regime militar e a redemocratização que tornaram possível que o governo traduzisse em políticas de saúde as demandas apresentadas pela sociedade. Eles defendem ainda que foi o ativismo da sociedade civil que manteve e vem mantendo o combate ao HIV/Aids como uma das prioridades das políticas de saúde do governo brasileiro.

Vê-se, assim, que a política brasileira de enfrentamento ao HIV/Aids faz parte de algo mais amplo. Os resultados foram obtidos a partir de ofertas públicas motivadas por demandas sociais inseridas em momentos históricos bastante específicos. Todo esse trajeto permitiu que o Brasil pudesse lançar mão da expertise, alcançada em conjunto com outras nações que também lutam para combater a doença.

2.1.2 Brasil: Perfil na Cooperação Internacional Prestada

Hoje, o Brasil fornece mais ajuda internacional do que recebe de países e organismos multilaterais. Com a expansão da cooperação prestada, o poder econômico e político do país no meio internacional também cresceram. Se antes o Brasil recebia financiamento de fundos internacionais, hoje o país envia dinheiro para várias instituições. Além disso, busca se distanciar do modelo tradicional de ajuda praticado pelas nações desenvolvidas que, em geral, traz condicionalidades. Os doadores tradicionais, em especial os membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), promovem principalmente ajuda financeira (não cooperação técnica), em troca do cumprimento de condições políticas e

econômicas. O discurso brasileiro é o de prestar cooperação de acordo com a demanda e sem condicionalidades (ROSSI, 2011).

A estruturação de um sistema para organizar a cooperação técnica no Brasil teve início na década de 1980. Em 1987, foi criada, sob a direção do Ministério das Relações Exteriores, a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), que atuaria exclusivamente em ações de cooperação técnica. A ABC aprovaria e coordenaria projetos de cooperação prestados pelo Brasil a países em desenvolvimento, bem como a cooperação recebida, bilateral ou multilateral (ABREU, 2013).

Quando a ABC foi criada, o Ministério das Relações Exteriores assumiu a liderança das ações de cooperação técnica brasileiras, que antes estavam a cargo do Ministério do Planejamento. No início, a ABC atuava principalmente na coordenação da cooperação recebida pelo Brasil, mas, ao longo do tempo, se voltou para a cooperação prestada (RENZIO *et al.*, 2013). A cooperação técnica é a vertente mais importante da cooperação prestada pelo Brasil, pois transfere conhecimento e, ao mesmo tempo, projeta o Brasil internacionalmente. Os recursos para cooperação técnica aumentaram consideravelmente a partir do governo Lula. O orçamento da ABC cresceu mais de dez vezes entre 2003 e 2010 (ABREU, 2013; ROSSI, 2011).

Embora não existam exigências econômicas e comerciais para a cooperação, o Brasil vem colhendo frutos econômicos à medida que o país adquire mais prestígio junto aos países receptores. As exportações brasileiras para a África, por exemplo, triplicaram durante o governo Lula. Mas mesmo que exista uma ideia geral sobre os princípios que norteiam a cooperação prestada pelo Brasil, ele ainda não possui uma política de cooperação internacional que realmente defina suas diretrizes e seus objetivos (ROSSI, 2011).

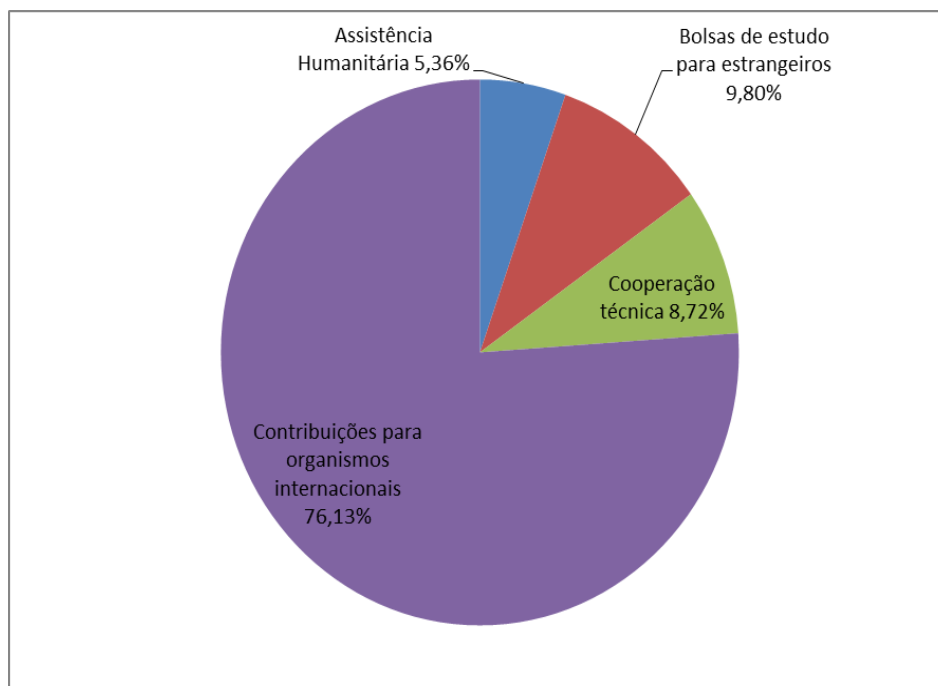
De acordo com o Diretor Geral da ABC, Fernando José Marroni de Abreu (2013), a cooperação técnica coordenada pela ABC se configura como um instrumento fundamental da política externa brasileira e a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD) se constituiria como a principal base da política brasileira de cooperação técnica. A atuação do Brasil se daria desvinculada de interesses econômicos e comerciais, sem imposições de condicionalidades políticas. Além disso, a cooperação brasileira também busca se distinguir à medida que constrói em conjunto com o país parceiro as iniciativas de cooperação. A cooperação prestada pelo Brasil também busca ser “estruturante” por meio de ações que desenvolvam as capacidades individuais e institucionais dos receptores. O foco da cooperação

prestada pelo Brasil por meio da ABC tem estado principalmente na tecnologia e capacitação voltadas para a agricultura e questões relacionadas à saúde pública (ABREU, 2013).

Para Follér (2013), os interesses de política externa, como o desejo do Brasil de conseguir um assento permanente no Conselho de Segurança da ONU, o alcance de mais influência nas relações internacionais e os possíveis ganhos comerciais resultantes da cooperação são importantes fatores na dinâmica da ajuda prestada pelo Brasil. Mas, para a autora, o modelo brasileiro é diferente da maior parte da chamada cooperação Norte-Sul, por possuir uma abordagem mais horizontal e por ser, em geral, baseado na experiência que o país adquiriu em programas nacionais, como o de combate ao HIV/Aids.

A cooperação prestada pelo Brasil é realizada por meio da ajuda humanitária, bolsas de estudo para estrangeiros, cooperação técnica e contribuições para organizações internacionais. De acordo com o primeiro levantamento dos recursos brasileiros destinados à cooperação internacional, realizado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) em parceria com a ABC, a cooperação técnica, considerando o período de 2005 a 2009, representa menos de 10% do valor total destinado à cooperação. Conforme podemos verificar no Gráfico 1, a maior parte desses valores, aproximadamente 75%, é destinada às contribuições para organizações internacionais (IPEA, 2010).

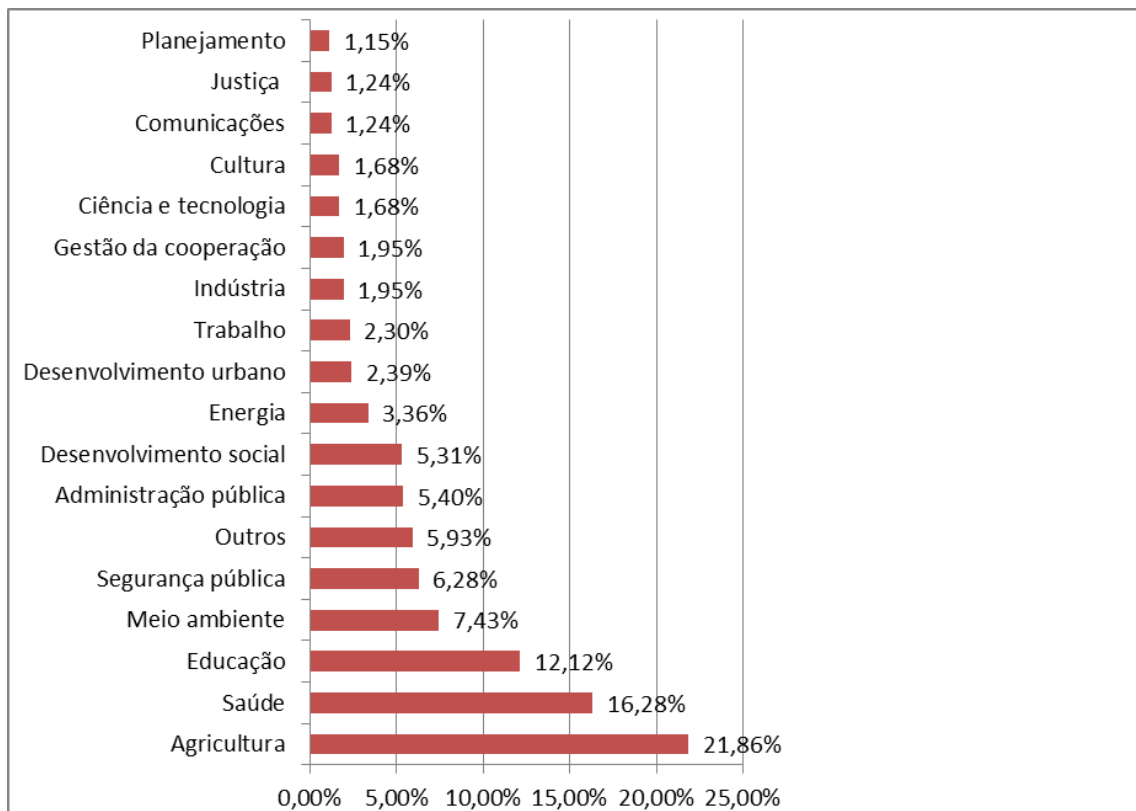
GRÁFICO 1 – Distribuição dos recursos brasileiros destinados à cooperação internacional.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IPEA (2010).

No que se refere especificamente à Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento, ou CTPD, prestada pelo Brasil, ela é caracterizada pela transferência de conhecimentos, pela ênfase na capacitação dos recursos humanos, pelo emprego da mão de obra local e por aprovar projetos que considerem as peculiaridades de cada país. A base dessas relações seria a solidariedade, livre de condicionalidades e construída a partir da manifestação de interesse dos parceiros. Além da cooperação bilateral, o Brasil também presta cooperação por meio de parcerias com organismos internacionais ou com países desenvolvidos, a chamada cooperação trilateral (MRE, 2014a). A atuação da cooperação técnica brasileira compreende as mais diversas áreas, como agricultura, saúde e educação. No Gráfico 2 podemos observar a distribuição dos recursos da cooperação do Brasil de acordo com a área temática.

GRÁFICO 2 – Distribuição dos recursos da CTPD prestada pelo Brasil de acordo com a área temática.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IPEA (2010).

Com base nas informações do gráfico anterior, podemos verificar que a saúde é o segundo principal destino dos recursos de CTPD brasileira, atrás apenas da agricultura. As ações de CTPD no Brasil tiveram início nos anos de 1970. Nesse período, poucos países em

desenvolvimento se aventuravam nesse campo. Essas atividades aumentaram consideravelmente a partir de meados da década de 1990, como consequência da aproximação do Brasil com países latino-americanos e africanos e, principalmente, pelo aumento da demanda por parte de alguns países. Essa elevação se deveu principalmente às experiências brasileiras anteriores bem-sucedidas, gerando novas demandas, e também por conta do interesse de países que ainda não haviam sido contemplados pela cooperação brasileira (PUENTE, 2010).

Puente (2010) considera que a CTPD dos governos Fernando Henrique Cardoso (FHC) e de parte do primeiro governo Lula (de 2003 a 2005) pode ser dividida em três fases. A primeira delas, entre 1995 e 1996, caracterizou-se pela insuficiência de recursos, pois, no período, a Agência Brasileira de Cooperação (ABC) quase não possuía recursos próprios para financiar as ações de cooperação e, por isso, sua atenção se voltava principalmente para a identificação de novas fontes de financiamento. Assim, os projetos envolviam, na maioria das vezes, uma terceira fonte de financiamento, nacional ou internacional. As temáticas seguiam a seguinte ordem: agropecuária, administração pública, transportes, energia e saúde.

Na segunda fase, entre 1997 e 2001, houve um crescimento vigoroso e constante. Nesse período, a ABC obteve novas fontes de recursos públicos. Além disso, conseguiu recursos especiais para financiar ações com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) e a Comunidade de Países de Língua Oficial Portuguesa (CPLP). Houve um considerável aumento no número de projetos de cooperação e a intensificação da divulgação da cooperação horizontal em foros internacionais e em âmbito regional e bilateral gerou novas demandas por parte dos parceiros. Nesse período, a África se tornou a região receptora da maior parte dos recursos empregados em cooperação. A agropecuária continuou liderando como temática alvo do maior número de iniciativas de cooperação, mas a saúde assumiu o segundo lugar.

A terceira fase ocorreu durante o último ano do governo FHC e o primeiro mandato do governo Lula, entre 2002 e 2005, e caracterizou-se por grandes desafios institucionais, bem como pela retomada do crescimento. Contudo, houve uma crise de recursos humanos na ABC que interrompeu a tendência de crescimento da CTPD. Mesmo que no período estivessem surgindo novos potenciais receptores, a capacidade operacional da ABC não conseguiu acompanhar o aumento da demanda e, por isso, a cooperação técnica na área da saúde, em especial relacionada ao HIV/Aids, ganhou mais destaque. De modo geral, a África continuou sendo a região que recebe o maior volume de recursos.

Em 2005, o orçamento da ABC atingiu níveis recordes e os recursos humanos da agência foram reforçados, voltando as ações de CTPD a registrar aumento. Na Tabela 1, podemos observar a evolução dos recursos destinados a CTPD de 2005 a 2009. Consideramos esse período por ser o último para o qual se realizou levantamento de recursos.

TABELA 1 – Recursos destinados à CTPD prestada pelo Brasil (2005-2009), em milhões de reais

ANO	VALOR
2005	R\$ 27.755.710,00
2006	R\$ 32.801.148,00
2007	R\$ 35.599.271,00
2008	R\$ 58.738.112,00
2009	R\$ 97.744.759,00

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IPEA (2010).

Para Puente (2010), a demanda tem um peso importante nas ações de CTPD do Brasil, revelando sua predisposição à horizontalidade. Além disso, as circunstâncias da agenda diplomática também têm um relevante peso na definição das ações de cooperação. A visita de um presidente ou Chanceler a um país pode exercer grande influência na escolha de um receptor e da temática da cooperação, mas a falta de previsibilidade para o preparo das ações dificulta a mobilização prévia de recursos.

A partir de 2007, o Itamaraty determinou a reformulação da ABC para uma estrutura com divisões temáticas, e não geográficas, visando, assim, alcançar mais eficiência e rapidez nas ações de CTPD e formar bancos de oferta para serem utilizados de acordo com a necessidade da agenda diplomática. A falta de planejamento na cooperação provoca ações de pequena dimensão com limitado poder transformador nos países receptores. Essa falta de planejamento também causa o baixo aproveitamento da CTPD como instrumento de política externa (PUENTE, 2010).

No que se refere à prioridade temática, o Brasil tende a cooperar quando a demanda dos países receptores se relaciona com sua oferta, que, em geral, está ligada a áreas em que o ele possui experiência acumulada e até níveis de excelência. Esse é o caso do combate e controle do HIV/Aids. Mas, para Puente (2010), o Brasil não induz a demanda dos países receptores com o objetivo de obter ganhos comerciais, já que há falta de coordenação entre as ações de CTPD e a política de promoção comercial do Itamaraty. Quando ocorrem esses ganhos, eles são eventuais, e não frutos de planos pré-estabelecidos. Na mesma linha, Follér (2013) considera que a cooperação prestada pelo Brasil possui maior componente de

solidariedade e horizontalidade se comparada à tradicional cooperação Norte-Sul. Outra característica seria a vontade política e o compromisso do governo com essas parcerias.

2.1.3 Brasil: cooperação prestada em saúde e HIV/Aids

De acordo com Silva, Spécie e Vitale (2010 p. 8), “as políticas públicas nacionais, particularmente a política externa, enfrentam novos desafios para que possam responder aos princípios de atuação externa e à posição que o Brasil tem ocupado no cenário mundial”. Nesse sentido, o Brasil tem colocado sua experiência acumulada na implantação de políticas públicas, como a de combate ao HIV/Aids, à disposição de outros países.

As ações de cooperação na área do HIV/Aids começaram na década de 1990, no governo FHC, como uma parte importante da política externa do país, e foram reforçadas durante o governo Lula (FOLLÉR, 2013). Desde o ano 2000, o Brasil começou a oferecer transferência de tecnologia para produção de antirretrovirais em outros países em desenvolvimento (BRASIL, 2002). Em 2002, teve início, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa de Cooperação Internacional para Ações de Prevenção e Controle do HIV/Aids para outros Países em Desenvolvimento.

Esse programa tinha por objetivo financiar a implantação de dez projetos-pilotos, com valor anual de R\$ 250 mil reais cada. Esses projetos seriam realizados por meio de assistência técnica, doação de medicamentos antirretrovirais produzidos por laboratórios públicos brasileiros, capacitação de recursos humanos, entre outros. Foi no âmbito desse programa que o Brasil firmou com Moçambique suas primeiras parcerias relativas ao HIV/Aids. Com esse programa, o Brasil queria demonstrar, em oposição a outros doadores, que era possível criar programas sustentáveis de terapia antirretroviral em países com poucos recursos financeiros. Algumas iniciativas, como o apoio brasileiro ao projeto Khayelitsha, na África do Sul, mostraram bons resultados (FOLLÉR, 2013).

Em 2004, o país lançou o programa “Laços Sul-Sul”, uma rede que apoia os esforços voltados à prevenção, ao cuidado e ao tratamento do HIV/Aids por meio da cooperação técnica e do fornecimento de medicamentos antirretrovirais produzidos por laboratórios públicos no Brasil, com apoio logístico do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para distribuição. No período de 2003 a 2011, o Brasil contribuiu, no âmbito desta rede, com aproximadamente 31.100 tratamentos antirretrovirais e realizou 57 atividades de

cooperação técnica. Esta é uma iniciativa premiada pelas Nações Unidas, em dezembro de 2008, na Exposição sobre Cooperação Global/Sul-Sul.

De acordo com Antonio Patriota (2011), no Governo Dilma, assim como no governo anterior, o Brasil tem feito da cooperação em saúde a pedra angular de sua política de cooperação técnica no exterior. Ainda conforme o autor, a atuação brasileira nesses processos de cooperação contribui para o desenvolvimento de capacidades de parceiros, bem como para o fortalecimento de suas instituições. Os países com os quais o Brasil atua, dessa maneira, não se beneficiariam somente de conhecimentos técnicos, mas também da oportunidade de manter contato com novas formas de lidar com seus desafios cotidianos.

A posição que o Brasil ocupa hoje é fruto de um processo que vem se consolidando por meio de elementos da política nacional e da política externa. A partir de uma elogiada política nacional de combate ao HIV/Aids, o Brasil criou um braço na diplomacia, baseado principalmente em ações de cooperação técnica internacional, com o fim de fortalecer as respostas à doença em outros países, principalmente no eixo sul do globo (LIMA *et al.*, 2010).

A cooperação prestada pelo Brasil aos países em desenvolvimento na área da saúde possui uma concepção estruturante cuja abordagem centra-se no conceito de construção de capacidades para o desenvolvimento. Assim, a cooperação, por focar o desenvolvimento institucional dos sistemas de saúde dos países receptores, seria “estruturante” e desenvolveria ações que combinam intervenções concretas com a construção de capacidades locais e com a geração de conhecimento (LIMA *et al.*, 2010).

Além disso, ela promove o diálogo entre os atores para que eles assumam o protagonismo e a liderança dos processos no setor de saúde. Como reflexo dessa concepção, os principais projetos de cooperação na área da saúde desenvolvidos pelo Brasil em países da América do Sul e da África são direcionados ao treinamento de recursos humanos, a construção de capacidade de pesquisa, ensino ou pesquisa e também são voltados para o fortalecimento ou a criação de instituições estruturantes do sistema de saúde, como é o caso da Sociedade Moçambicana de Medicamentos, ou SMM (LIMA *et al.*, 2010).

A cooperação em saúde prestada pelo Brasil a países da África prioriza aqueles que fazem parte da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), no qual Moçambique se encontra. Esse tipo de cooperação tem por base cinco aspectos estratégicos, políticos e técnicos interacionados: a priorização da cooperação horizontal; o foco no desenvolvimento de capacidades em saúde; as iniciativas coordenadas no contexto regional; o forte

envolvimento de ministros da saúde na construção de conselhos estratégicos e políticos e o estímulo à parceria entre saúde e relações exteriores (LIMA *et al.*, 2010).

Atualmente, no âmbito da Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD), além das parcerias para o combate ao HIV/Aids, o Brasil possui projetos para implantação de bancos de leite humano, controle da Dengue, vigilância epidemiológica, prevenção e controle da Malária, cirurgias cardíacas, saúde oral, fortalecimento das capacidades de vigilância sanitária e sistemas de saúde, transplante de fígado, entre outros.

2.2 MOÇAMBIQUE

2.2.1 Um Panorama

Moçambique localiza-se ao sul da África Subsaariana e é banhado pelo Oceano Índico. Ao norte, faz fronteira com a Tanzânia; ao Oeste, se limita com Malawi, Zâmbia, Zimbabwe e Swazilândia; e, ao sul, faz divisa com a África do Sul.

O país encontra-se dividido em onze províncias. Ao norte estão as províncias de Niassa, Cabo Delgado e Nampula. No centro do país, Zambésia, Tete, Manica e Sofala. Ao sul, estão localizadas as províncias de Inhambane, Gaza e Maputo (cidade e província). A capital da Província de Maputo é a cidade de Matola, onde se encontra a Sociedade Moçambicana de Medicamentos (SMM). A cerca de dez quilômetros da cidade de Matola está a capital de Moçambique, Maputo, que também possui *status* de província (MOÇAMBIQUE, 2014a). A divisão administrativa de Moçambique pode ser observada no Mapa 1.



MAPA 1 – Divisão administrativa de Moçambique.
Fonte: EDOMINGOS (2014).

Moçambique foi ocupado por Portugal no século XVI e se tornou independente em 1975. Desde sua independência, o país sofreu grandes mudanças estruturais e políticas, passando de uma economia socialista para uma economia de mercado no final da década de 1980. O pluralismo político foi instituído no país em 1990, com a nova constituição. Com isso, se tornou possível o surgimento de organizações da sociedade civil, inclusive das atuantes na área de HIV/Aids (FOLLÉR, 2013).

A independência aconteceu após dez anos de luta armada promovida pela Frente de Libertação Nacional de Moçambique (FRELIMO). Em 7 de setembro de 1974, foi negociado o Acordo de Lusaka, entre a FRELIMO e o Governo Português, que estabeleceu um governo de transição. Este perduraria até 25 de junho de 1975, quando seria proclamada a independência (MOÇAMBIQUE, 2014b).

O primeiro presidente do país após a independência, Samora Michel, da FRELIMO, estabeleceu um estado unipartidário, baseado em princípios marxistas e receptor de apoio da União Soviética. O novo governo começou a reprimir a oposição, iniciando uma longa guerra civil estabelecida entre a FRELIMO e a anticomunista Resistência Nacional Moçambicana (RENAMO). O conflito perdurou até 1992, quando foi assinado o Acordo de Roma, entre a

FRELIMO e a RENAMO, com o objetivo de pôr fim ao conflito armado e promover a estabilização política do país (MOÇAMBIQUE, 2014b).

Samora Michel governou o país até o ano de 1986, quando faleceu. Em seu lugar assumiu o então Ministro dos Negócios Estrangeiros do país, Joaquim Chissano. No ano de 1994, foram realizadas as primeiras eleições gerais e multipartidárias. Nessa ocasião, Joaquim Chissano, do partido FRELIMO, foi eleito presidente. Em 1999, foi reeleito e governou até 2004. Nas eleições de 2004 foi eleito presidente Armando Guebuza, também do FRELIMO, reeleito em 2009, com mandato vigente até 2014 (MOÇAMBIQUE, 2014b).

Em 2002, a expectativa de vida no país era de 42,6 anos. Em 2003, o país detinha um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,356, ocupando o 170º posição entre 175 países. Em 2004, Moçambique tinha uma população de cerca de 19,2 milhões de pessoas, com apenas 35% desse total vivendo em cidades. No mesmo período, os níveis de desemprego também registravam altas taxas, com 80% da população praticando agricultura de subsistência e com um nível de analfabetismo de 50% (ABC, 2005).

Em 2013, foi publicado o terceiro Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique. Esse censo foi realizado com o apoio financeiro da Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos (USAID) e com a assistência técnica da MEASURE DHS/ICF *International*. Conforme dispõem os dados de censo, Moçambique é um país majoritariamente agrário, com cerca de 70% da população vivendo no campo, rico em recursos minerais, como gás natural e carvão, mas ainda assim um dos mais pobres do mundo. O documento, ainda que publicado em 2013, mostra apenas a população do ano de 2007, que, à época, era de 20,632 milhões de pessoas. Desse total, 45,5% seriam compostos por pessoas de zero a quatorze anos, 51% de quinze a 59 anos, e 3,2% de pessoas acima de sessenta anos. Na faixa etária dos quinze aos 59 anos, 60% das mulheres e 30% dos homens não eram alfabetizados (MOÇAMBIQUE, 2013c).

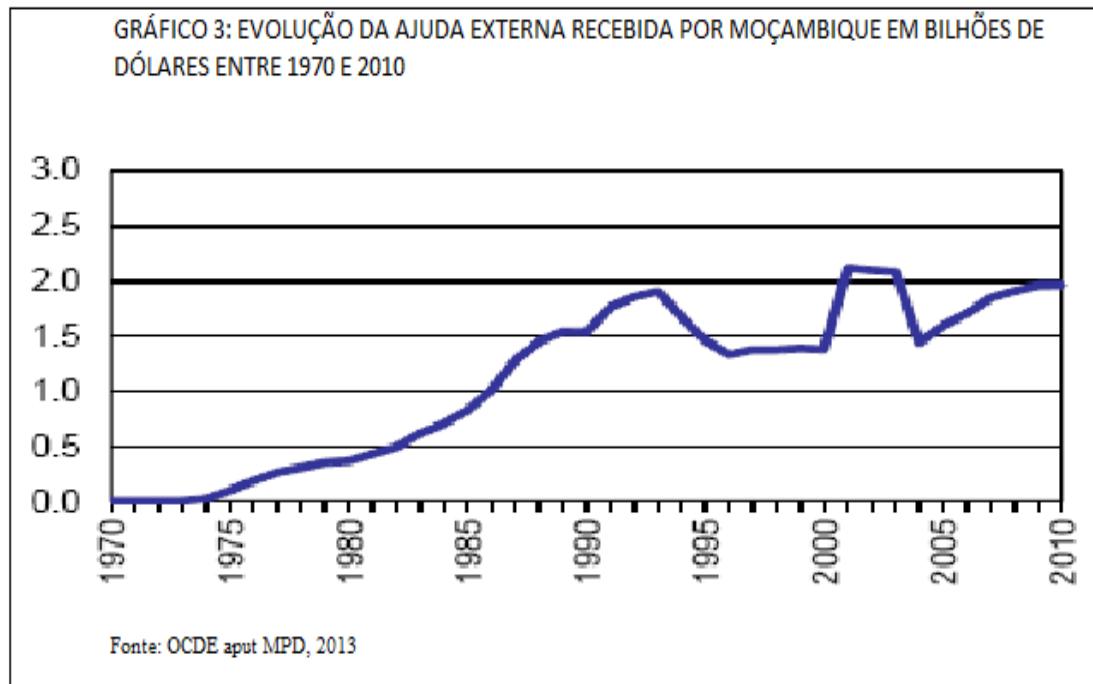
Hoje, Moçambique ocupa a 178ª posição no índice de desenvolvimento humano (IDH), o que faz dele um dos países com menor índice de desenvolvimento do mundo, atrás de apenas outros nove países (PNUD, 2014). Enquanto isso, o Brasil ocupa a posição 79ª. Em 2013, a população de Moçambique já alcançava 24,5 milhões de habitantes, dos quais apenas 31,4% moravam em centros urbanos (PNUD, 2013).

2.2.2 Moçambique e a Cooperação Internacional Recebida

A história da ajuda externa em Moçambique teve início em 1975, quando o país se tornou independente e precisou de ajuda externa para seu processo de desenvolvimento. Nos primeiros anos, recebeu ajuda da URSS, da China, de países nórdicos e de alguns movimentos dos EUA e da Europa. Nessa fase, que durou até 1980, viveu uma experiência socialista e contou também com a ajuda de recursos humanos estrangeiros, uma vez que, com a independência, muitos portugueses que trabalhavam em Moçambique deixaram o país. Na década de 1980, a piora com a guerra civil no país e a queda das exportações fez com que o país solicitasse ajuda internacional (NIPASSA, 2009).

Os doadores, em especial os EUA, exigiram que o país mudasse seu modelo econômico e passasse da então economia planificada para uma economia de mercado, além de autorizar a operação de organizações internacionais não governamentais em seu território. Com isso, em 1984, Moçambique se juntou ao FMI e ao Banco Mundial e obteve significativo aumento da ajuda recebida e, em cinco anos, já eram 180 organizações em funcionamento no país. Outra exigência feita foi que ele adotasse políticas de ajuste estrutural, que incluíam um aparelho estatal reduzido, desregulamentação e privatizações, mas como Moçambique, pela perspectiva dos doadores, demorou a aplicar as políticas de ajuste estrutural, retiraram a ajuda alimentar até que o país as pusesse em prática (NIPASSA, 2009). Pelo gráfico a seguir podemos perceber o aumento da ajuda externa recebida por Moçambique a partir década de 1970.

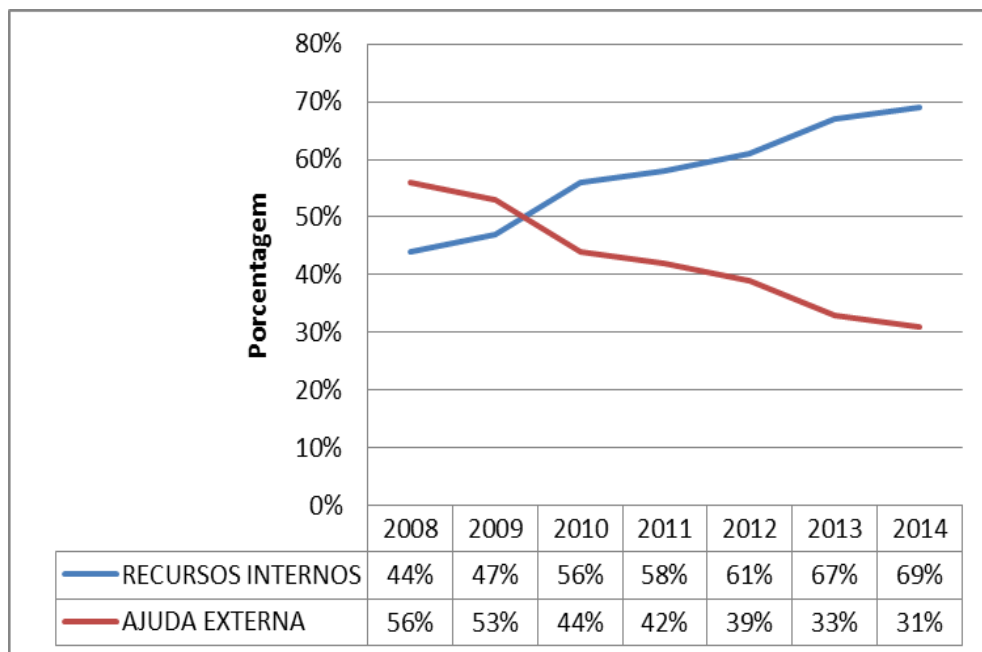
O país passou a oferecer menos resistência às imposições de ajustes e a ajuda externa foi aumentando. Com isso, há quase quarenta anos, boa parte do orçamento do país vem de ajuda externa e essa dependência já está presente na esfera social, política e econômica. Para Nipassa (2009), o governo se acomodou com a situação e a ajuda externa parece ter se tornado a estratégia de sobrevivência do país. Com isso, a qualidade da ajuda tem sido deixada em segundo plano. Com essa alta dependência, os doadores conseguiram criar uma elite que responde aos interesses estrangeiros por se beneficiar do aumento da ajuda externa.



Ainda de acordo com Nipassa (2009), a ajuda externa e as prioridades para o desenvolvimento de Moçambique são estabelecidas em Washington e nas capitais europeias por pessoas preocupadas com o que parece bom para seus parlamentares e financiadores. Assim, não se oferece aquilo que o país precisa, mas aquilo que está no programa dos doadores. Moçambique ocupa a 10ª posição entre os países em desenvolvimento que mais recebem ajuda externa, sendo o 4º maior receptor de ajuda externa do continente africano (MPD, 2013).

Embora o governo admita sua alta dependência orçamentária, defende que está buscando reduzi-la continuamente, com vistas a alcançar autonomia orçamentária. De acordo com dados do governo, nos últimos anos o país tem conseguido diminuir esses níveis de dependência, conforme podemos observar no gráfico a seguir.

GRÁFICO 4 – Evolução do financiamento ao orçamento de Moçambique (recursos internos e ajuda externa).



Fonte: Elaboração própria com base nos dados de MPD (2013).

Por conta da dependência orçamentária, os doadores tradicionais estabelecem anualmente uma lista de metas políticas, sociais e econômicas que Moçambique precisa alcançar para continuar a receber a ajuda financeira (ROSSI, 2011). No que se refere ao combate ao HIV/Aids, 100% dos antirretrovirais distribuídos pelo governo são fruto de doações externas (FIOCRUZ, 2012) e o orçamento para a resposta nacional ao HIV/Aids provém 75% de fontes internacionais (PNUD, 2013).

Para autores como Nipassa (2009), mesmo com os aumentos na ajuda externa, a condição de vida da maioria dos moçambicanos não tem melhorado e a situação de dependência diminuiu a autonomia política do país. Para ele, a ajuda externa só seria útil para o desenvolvimento se contribuísse para que a sociedade moçambicana se tornasse autônoma em seu processo de emancipação política, social e econômica. No entanto, a ajuda externa tem tido o efeito contrário. Quanto mais ajuda externa o país recebe, mais ele se torna dependente dela. Assim, para o autor, a ajuda externa não pode desenvolver Moçambique, pois ela está sendo feita de modo a atender os interesses dos próprios doadores (NIPASSA, 2009).

Existe uma oposição entre aqueles que acreditam que a ajuda internacional contribuiu para a redução da pobreza e estimulou o crescimento de Moçambique e os que acreditam que tal ajuda alimenta a corrupção e destrói a produção agrícola e industrial do país, provocando desemprego, enfraquecendo os mercados locais e causando mais miséria e dependência. Os

Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), lançados pela ONU em 2000, trouxeram o desafio da redução da pobreza ser alçada ao topo da agenda da comunidade internacional e tornou necessário um novo debate sobre a eficácia da ajuda (CHISSANO, 2007).

Muitos africanos têm sua relação com os doadores influenciada pelo passado colonial, quando estes ditavam o quanto e como a doação seria feita. Hoje, o comportamento de muitos doadores ainda é baseado na ideia de que eles, por serem fornecedores dos recursos, teriam o direito de ditar o que deve ser feito de acordo com seus próprios interesses, e não com os do destinatário. A maior parte das vezes a doação é feita por meio de empresas e Organizações Não Governamentais (ONGS) estrangeiras, pois, segundo os doadores, os países africanos não possuem recursos locais capazes de gerenciar adequadamente as doações e, para Chissano (2007), não tem sido feitos esforços para que os recursos locais sejam capacitados.

Além disso, também são utilizados consultores estrangeiros, de modo que a capacidade local não é criada ou consolidada. Muitas ONGS também deixam trabalhos inacabados. Ainda assim, a eficácia da ajuda na África tem aumentado, mas a incerteza do recebimento de financiamento prejudica a oferta de muitos serviços públicos, visto que apenas 65% da ajuda chega conforme o programado, forçando os ministros de finanças a lidarem com deficiências inesperadas (CHISSANO, 2007).

Outro problema é a má coordenação da ajuda, já que muitos doadores competem e fazem a mesma coisa, com as mesmas pessoas e ao mesmo tempo. Em março de 2005, o Fórum de Alto Nível da ONU deu origem à Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda ao Desenvolvimento. Por meio dela, os países se comprometeram a harmonizar seus esforços a fim de alinhá-los com as prioridades dos países beneficiários (CHISSANO, 2007). Sobre Moçambique, Chissano (2007) disse:

With regard to Mozambique, it has become clear that aid had somehow made difficult the materialization of the national sovereignty and the possibility of freely choosing the policies to implement. Aid came with imposition of prescriptions and questioning of the predominant development paradigm. Aid fragmentation forced recipient countries to devote more time and attention on managing processes rather than its content. Ill informed prescriptions by donors often failed because donors did not have a deep understanding of the situation in the recipient. Therefore, it is equally important for donors to know the history of the recipient country, in particular the internal dynamics that lead to the taking of certain decisions and development policies. (Trecho do discurso do ex-presidente de Moçambique, Joaquim Chissano, na Conferência “New Directions in Development Assistance”, realizada na Oxford University College, em 10 de junho de 2007)

Chissano (2007) questiona, assim, o modo como muitos doadores têm ajudado a Moçambique de modo impositivo, dificultando a livre escolha do país sobre as políticas que deverão ser implementadas. Para ele, a ajuda internacional deve basear-se em um verdadeiro espírito de parceria e solidariedade, com foco em impulsionar os países para um desenvolvimento sustentável onde haja liderança do país beneficiário no processo de desenvolvimento da parceria.

2.2.3 Histórico e Enfrentamento do HIV/Aids em Moçambique: Ação Nacional e Cooperação Internacional

Não é possível traçar o histórico do enfrentamento ao HIV/Aids em Moçambique sem considerar a cooperação internacional, já que Moçambique sempre teve sua política de combate ao HIV/Aids influenciada e dependente de parceiros internacionais. Por esse motivo, traçamos, em conjunto, o histórico da doença no país, seu enfrentamento nacional e de cooperação internacional.

Em 1986, foi diagnosticado o primeiro caso de HIV/Aids em Moçambique. Em resposta a essa descoberta, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério Moçambicano da Saúde (MISAU) deram início aos primeiros estudos epidemiológicos da doença. Como resultado, teve início, em 1987, o Plano de Curto Prazo do MISAU com a orientação e concepção da OMS. O plano foi breve, com a maior parte de suas ações previstas para 1987. Seu objetivo principal era a criação de uma estrutura administrativa para a coordenação das ações do Programa Nacional de Combate à SIDA (PNCS) (MANUEL, 2011).

Em 1988, tem início o Plano de Médio Prazo, que vai até 1990, com o objetivo de identificar a progressão da epidemia, promover medidas para a diminuição da contaminação via sexual e sanguínea e o aconselhamento de pessoas com a doença. Embora o tratamento aos pacientes de HIV/Aids também fosse indicado nesse plano, esse objetivo não foi definido em termos práticos por conta das dificuldades do país em implementar esse tipo de ação (MANUEL, 2011).

Desde o início da epidemia, Moçambique importava o modelo de combate com caráter *top down*, ou seja, o modelo era aplicado conforme as orientações externas, refletindo a ausência de expertise sobre o tema. Ainda em 1988, o país criou a Comissão Nacional de

Combate a SIDA, para aconselhar o MISAU na condução dos programas de combate à epidemia, e o Centro de Coordenação da SIDA (CCS), para gerenciar a implementação de programas. A situação de guerra vivida no país trouxe graves problemas devido à desestabilização que provocou. Além disso, os deslocamentos provocados pela guerra passaram a ser percebidos como um dos principais propagadores do vírus (MANUEL, 2011).

Em 1992, entra em vigor a 3ª fase do Plano de Médio Prazo. Nessa fase, deu-se mais ênfase ao uso do preservativo. Foram concentrados esforços para que sua distribuição fosse feita de modo mais dinâmico. Para implementar uma estratégia de marketing para o uso do preservativo, o MISAU contratou a *Population Service International* (PSI), com fundos disponibilizados pela Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID) (MATSINHE, 2005).

Com a assinatura dos acordos de paz, em 1992, o Programa Nacional de Combate a SIDA (PNCS) alargou suas ações de formação do pessoal da saúde para detecção e tratamento de DSTs, estabelecimento de um sistema de vigilância epidemiológica e atividades de informação, educação e comunicação a todas as províncias e distritos. Em 1995, o Programa Nacional de Combate a SIDA e o Programa Nacional de Controle de DSTs foram fundidos, dando origem ao Programa Nacional de Controle de DTS/HIV-SIDA. Esse programa foi criado com financiamento majoritário da União Europeia (MATSINHE, 2005).

A UNAIDS foi criada em 1996 e assumiu o papel de tratar da temática HIV/Aids, tarefa que antes ficava a cargo da OMS. O Banco Mundial lançou, em 1999, o Plano Estratégico Ideal, que defende que a luta contra o HIV/Aids deveria começar no mais alto nível da liderança política e, por isso, os países deveriam nomear uma comissão multissetorial de trabalho, englobando representantes de várias lideranças do país. É criado, em Moçambique, no ano 2000, o Conselho Nacional de Combate ao HIV/Aids, seguindo as diretrizes do Banco Mundial. Em 2001, a incidência de HIV/Aids no país atingia 13% da população adulta (15 a 49 anos), o que classificava Moçambique entre os dez países com maiores níveis de infecção de HIV/Aids do mundo (ABC, 2005).

A filosofia trazida pela UNAIDS e pelo Banco Mundial reflete-se no Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV e SIDA – PEN I (2000-2002), que implantou a perspectiva multissetorial com foco na prevenção defendida pela UNAIDS. As orientações desta e do Banco Mundial foram incorporadas à maior parte das estruturas relativas ao HIV/Aids do país (MANUEL, 2011). Portanto, o Primeiro Plano Estratégico Nacional (PEN I) visava apenas diminuir a epidemia de HIV/Aids, se concentrando na prevenção de novas doenças, sem

prever tratamento com antirretrovirais para as pessoas já contaminadas. A novidade trazida pelo PEN II, de 2005 a 2009, foi aumentar o cuidado e o tratamento para as pessoas que vivem com HIV/AIDS (UNAIDS, 2010).

O PEN II 2005-2009 promoveu a expansão dos serviços de prevenção de transmissão de gestantes para bebês e de tratamento antirretroviral, mas não atingiu as metas esperadas devido à escassez de recursos humanos e financeiros. O PEN III 2010-2014 trouxe como objetivo a cobertura das lacunas deixadas pelo seu plano antecessor (MANUEL, 2011).

Até 2003 não existiam instituições públicas de saúde em Moçambique distribuindo antirretrovirais. Nesse ano, existiam no país apenas duas mil pessoas em tratamento com os medicamentos fornecidos por organizações internacionais. Em 2004, as distribuições públicas começaram com doze unidades de saúde distribuindo medicamentos e mais de dez mil pacientes atendidos. Em 2007, já eram 211 unidades com mais de 88 mil pessoas recebendo o tratamento (UNAIDS, 2010).

Entre 2003 e 2008, 82% das fontes financeiras para resposta ao HIV/Aids em Moçambique vinham de financiamento internacional, 2% de fontes privadas e 16% de fontes públicas. Nesse mesmo período, o financiamento internacional para resposta ao HIV/Aids provinha de fontes como o Fundo Global de Luta contra a Aids, Tuberculose e Malária; do Programa Multinacional contra o HIV/Aids do Banco Mundial (MAP); do *Treatment Acceleration Program* (TAP), do Banco Mundial; do *President's Emergency Plan for AIDS Relief of the United States* (PEPFAR); de fundos da Fundação Clinton e de outros parceiros, como as Agências de Cooperação da Noruega, Irlanda e Canadá. De 2004 a 2006, 40% desse orçamento era destinado para ações de prevenção, 30% para ações de acompanhamento e tratamento, 15% para gestão de programas e fortalecimento administrativo e 15% para outras atividades (UNAIDS, 2010).

Em 2001, a prevalência de adultos (entre 15 e 49 anos) com HIV/Aids em Moçambique era de cerca de 9%. Em 2012, esse número já chegava aos 11%. Estima-se que, considerando todas as faixas etárias, em 2001 eram 850 mil pessoas vivendo com HIV/Aids e, em 2012, 1,6 milhões. Nesse mesmo ano, 77 mil pessoas morreram em Moçambique em decorrência do HIV/Aids e 687 mil adultos recebiam tratamento antirretroviral, enquanto outros 590 mil elegíveis precisavam de tratamento. Pouco mais de 27 mil crianças recebiam tratamento e outras cem mil elegíveis ainda precisavam recebê-lo. O nível de novas infecções diminuiu, mas ainda era alto. Em 2001, foram cerca de 160 mil e, em 2012, 120 mil. No

entanto, as mortes de pessoas com HIV/Aids aumentaram. Em 2001, foram de 39 mil, e em 2012, 77 mil (PNUD, 2013).

O pouco acesso da população a serviços de saúde é um obstáculo para o diagnóstico e para o tratamento da doença. A evolução dessa enfermidade não ocorre de modo homogêneo em todo país. O centro e as regiões setentrionais apresentam uma tendência à estabilidade, enquanto o sul apresenta uma tendência ascendente à epidemia (UNAIDS, 2010).

2.3 AS RELAÇÕES ENTRE BRASIL E MOÇAMBIQUE

O Brasil reconheceu a independência de Moçambique assim que ela foi proclamada, em 1975. Em 1976, foi aberta a primeira embaixada brasileira em Maputo e, em 1998, a embaixada de Moçambique em Brasília. Em 1981, à ocasião da visita ao Brasil do então Ministro dos Negócios Estrangeiros de Moçambique, Joaquim Chissano, foi assinado o Acordo Geral de Cooperação entre Brasil e Moçambique (BRASIL; MOÇAMBIQUE, 1981). Esse acordo, assim como os outros desse tipo firmados pelo Brasil com outros países, constitui o instrumento basilar da cooperação (DIAZ, 2013).

Na década de 1980, a cooperação prestada pelo Brasil a Moçambique se concentrava nas áreas de mineração, extensão rural e transportes. Chissano voltou ao Brasil em 1988 para solicitar, além de novas parcerias de cooperação, o perdão da dívida externa de Moçambique, pedido recusado pelas dificuldades econômicas que o Brasil vivia à época (DIAZ, 2013).

No dia 1º de junho de 1989, foi firmado um protocolo complementar ao acordo geral de cooperação. Nesse protocolo foram especificadas formas de cooperação, que já haviam sido inicialmente previstas no acordo geral de 1981. Assim, foram apontados os setores prioritários para parcerias de cooperação, como o setor mineiro, agrícola, pequena e média empresa, transporte e apoio institucional. Portanto, nesse período, a saúde ainda não havia sido considerada como uma área prioritária para as relações de cooperação entre Brasil e Moçambique, mas o acordo dispôs sobre a possibilidade de outros temas serem considerados importantes caso houvesse consenso entre as partes de sua necessidade (BRASIL; MOÇAMBIQUE, 1989).

Entre as décadas de 1980 e 1990, Moçambique figurou, entre os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), como o maior demandante da cooperação brasileira.

Contudo, durante esse período, a cooperação prestada pelo Brasil a Moçambique era principalmente triangular, ou seja, envolvia a participação e, por vezes, o financiamento de um organismo internacional (CÔRREIA, 1997).

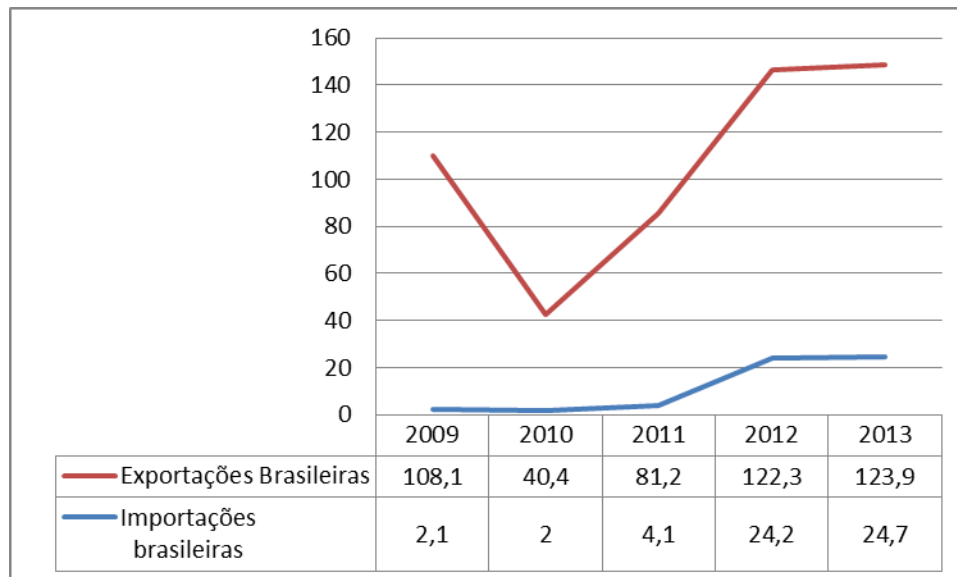
Brasil e Moçambique fazem parte da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP). A Declaração constitutiva dessa comunidade foi assinada em Lisboa, em 17 de julho de 1996, e promulgada no Brasil pelo Decreto nº 5.002, de 3 de março de 2004. Fazem parte da CPLP: Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal e São Tomé e Príncipe. A identificação trazida pelo idioma comum, originado por um vínculo histórico entre os países colonizados por Portugal, deu origem a esse acordo, que defende, além da difusão da Língua Portuguesa, o reforço dos laços de solidariedade e cooperação entre eles.

Em 2000, o então presidente Fernando Henrique Cardoso realizou sua primeira visita a Moçambique para participar da III Conferência de Chefes de Estado e de Governo da CPLP, em Maputo, e anunciou o perdão de 95% da dívida que Moçambique tinha com o Brasil, que era, inicialmente, de US\$ 180 milhões quando foi contratada, à época do governo do presidente Geisel, em 1978. Devido à falta de pagamento, os juros aumentaram esse valor significativamente, elevando-o a US\$ 331 milhões. O perdão da dívida foi em parte justificado pelo ciclone “Eline”, que havia atingido o país em março de 2000, provocando grande destruição (BRASIL, 2005).

Moçambique, assim como a maior parte da África subsaariana, tem se tornado o paraíso das construtoras brasileiras, como Andre Gutierrez, Camargo Corrêa e Odebrecht. Essas empresas estão presentes nessas regiões desde os anos 1970, mas tiveram uma grande retomada a partir do governo Lula, tendo expandido suas operações de maneira significativa nos últimos anos. No setor de mineração, empresas como a Vale também atuam no país (CAU, 2011).

No que se refere às trocas comerciais, o Brasil possui uma balança comercial superavitária em relação a Moçambique. Em 2013, Moçambique estava em 96º como parceiro comercial do Brasil. As exportações brasileiras para Moçambique, em 2013, foram compostas, maiormente, por produtos manufaturados (77%), principalmente veículos para linhas férreas, máquinas e automóveis. Carnes e cereais representaram 21,96% das exportações e produtos semimanufaturados 0,3%. No que se refere às importações de produtos moçambicanos para o Brasil, ela é composta 95,9% por produtos básicos e 4,1% por produtos manufaturados (MRE, 2014b). No Gráfico 5, podemos acompanhar a evolução da balança comercial entre os países no período de 2009 a 2013.

GRÁFICO 5 – Evolução do intercâmbio comercial entre Brasil e Moçambique, em US\$ milhões.



Fonte: Elaboração própria com base em relatório do MRE (2014b).

Em 2001, o então presidente de Moçambique, Joaquim Chissano, visitou o Brasil, ocasião na qual foram firmados seis instrumentos de cooperação na área da saúde, educação, políticas sociais e segurança pública. Os instrumentos de cooperação em saúde firmados nessa ocasião representaram os primeiros do tipo na histórica diplomática entre os países. Chissano voltou ao Brasil em 2002 para participar da IV Cúpula da CPLP.

A expectativa de Moçambique aumentou em relação ao Brasil em 2003, com a eleição do Presidente Lula, que em seu discurso assinalava a intenção de colocar a África no centro das atenções da política externa brasileira (CAU, 2011). Para Vizentini (2005), o governo FHC possuía um desinteresse disfarçado pela África, pois preferia inserir o Brasil em mercados como os da Europa e do Mercosul.

Na primeira visita do então presidente Lula a Moçambique, em 2003, foram assinados onze instrumentos de cooperação técnica, incluindo o protocolo de intenções para a instalação da SMM. Em 2004, Chissano retribuiu a visita, ocasião na qual foi firmado o acordo que dispunha sobre o perdão de 95% da dívida pública de Moçambique com o Brasil. A autorização legislativa para que esse acordo fosse efetivado ocorreu apenas em 2005 e dispôs que 95% da dívida fossem perdoadas e o restante deveria ser pago em 36 parcelas semestrais, entre 2007 e 2024. A legislação brasileira autoriza apenas remissão parcial, e não total das dívidas (BRASIL, 2005).

Mas, para Cabral (2013), o perdão dessa dívida tem mais a ver com pragmatismo eleitoral do que com solidariedade entre os povos. Isso porque as empreiteiras, mineradoras e produtoras agrícolas que querem atuar em Moçambique, e em outros países africanos que também foram beneficiados por outros acordos de perdão ou renegociação de dívida, querem atuar nesses países com financiamento do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Acontece que a legislação brasileira impede que sejam concedidos benefícios a nações que tenham dívidas atrasadas com o Brasil, assim, o perdão da dívida contribuiria para a ação dessas empresas.

A cooperação prestada pelo Brasil a Moçambique é essencialmente técnica, e não impõe condicionalidades. A condição imposta é o compromisso do país receptor de se engajar nos projetos. A exigência desse engajamento chega a ser questionada por alguns moçambicanos, por não estarem acostumados a esse tipo de exigência nas parcerias estabelecidas no tradicional modelo de cooperação Norte-Sul. Um problema comum nas parcerias entre os países envolve as contrapartidas orçamentárias, por meio das quais Moçambique precisa assumir certos custos da cooperação. Moçambique, por conta de suas dificuldades orçamentárias, não costuma responder (LOPES, 2013).

A proximidade cultural facilitaria a cooperação entre os países, mas a fragilidade das estruturas moçambicanas, a multiplicidade de atores envolvidos e a falta de articulação entre eles, bem como a constante mudança, dificulta esse processo. De acordo com trabalho realizado por Lopes (2013), uma característica da cooperação brasileira, presente no caso de Moçambique, é de que o Brasil tem colocado à disposição o que tem de melhor, suas melhores práticas e seus melhores profissionais. A cooperação seria o principal tema de trabalho dos funcionários da embaixada brasileira em Moçambique, uma vez que Moçambique figura hoje como o país africano que mais recebe projetos de cooperação vindos do Brasil. Também existe certo desconforto entre os tradicionais doadores do norte presentes no país em relação aos emergentes, por receio de perda de posição.

O Brasil coopera com Moçambique em diversas áreas. Na saúde há projetos, além dos da área de HIV/Aids, para a instalação de bancos de leite, saúde bucal, saúde materno-infantil, tele saúde e saúde materno-infantil. Também existem projetos nas áreas de desenvolvimento urbano, educação alimentar e nutricional, implantação de centro de formação profissional etc. (LOPES, 2013)

CAPÍTULO 3 – A FORMAÇÃO DA AGENDA E A SELEÇÃO DAS ALTERNATIVAS PARA A PARTICIPAÇÃO BRASILEIRA NA INSTALAÇÃO DA SOCIEDADE MOÇAMBICANA DE MEDICAMENTOS (SMM)

O terceiro capítulo pretende, com base no Modelo dos Fluxos Múltiplos de Kingdon (1984), apresentar a formação da agenda e a seleção das alternativas para a participação do Brasil na instalação da Sociedade Moçambicana de Medicamentos ou SMM. Aos eventos relacionados ao tema será dado um caráter analítico a partir do arcabouço teórico e metodológico explorado no Capítulo 1 para que assim possamos identificar os fatores que influenciaram o processo que deu origem à parceria com Moçambique. Para essa análise, também serão considerados os perfis dos países traçados no Capítulo 2.

Não pretendemos, nem percebemos ser algo possível, realizar um estudo que consiga exaurir todos os fatores que influenciaram a formação dessa agenda e a seleção dessa política. Mas identificamos, no modelo selecionado, uma ampla possibilidade de variáveis de análise, que nos permitirão uma melhor percepção do objeto por meio da análise das principais variáveis envolvidas nesse processo. Embora o objetivo da pesquisa se concentre na formação da agenda e nas alternativas brasileiras, para alcançar nossos objetivos também incluímos alguns aspectos da realidade moçambicana que influenciaram nessa formação. Assim, no decorrer do texto, quando necessário, apresentamos os fatores moçambicanos relevantes para o estudo.

A pesquisa se baseia na percepção de Kingdon (1984) de que cada um dos fluxos ocorre de modo independente. Quando eles se encontram, possibilitam a mudança na agenda governamental e a seleção de uma alternativa de política pública. Além dos fluxos, Kingdon (1984) também reconhece a importância de certos atores, como os participantes visíveis, no processo de formação de agenda, e os participantes invisíveis, no processo de especificação das alternativas.

3.1 FORMAÇÃO DA AGENDA: PROBLEMAS, POLÍTICA E PARTICIPANTES VISÍVEIS

Para que possamos compreender como a agenda governamental para a participação do Brasil na instalação da SMM foi estabelecida, precisamos, de acordo com Kingdon (1984), considerar a ação do fluxo dos problemas, do fluxo da política e a ação dos participantes visíveis. Importante ressaltar que, para os fins desta pesquisa, consideramos que a agenda para o tema foi formada em novembro de 2003, quando, na visita do presidente Lula a Moçambique, foi anunciada a intenção brasileira de participar da instalação da SMM. Além do protocolo de intenções para sua instalação, na mesma data foi firmado um memorando entre os países para a implantação do “Projeto de Assistência de Prevenção ao HIV/Aids”, que previa a doação de antirretrovirais genéricos do Brasil para Moçambique.

Assim, esses dois documentos marcam a formação da agenda, pois são os primeiros atos relacionados ao acesso a antirretrovirais (ARV) entre Brasil e Moçambique. Portanto, para nós, a visita do presidente Lula a Moçambique, em novembro de 2003, marca a formação dessa agenda, ou seja, é o momento em que consideramos que o Brasil, reconhecendo o problema do acesso a ARV em Moçambique, passou a considerar que deveria fazer algo a respeito. Desse modo, consideramos apenas os acontecimentos anteriores a essa data para compreender o processo que deu origem à agenda; acontecimentos posteriores serão mostrados quando analisarmos o processo de seleção das alternativas.

3.1.1 Fluxo dos Problemas

Partindo do pressuposto de que as autoridades não conseguem prestar atenção continuamente em todos os problemas, Kingdon (1984) discute porque alguns problemas recebem mais atenção do que outros. Para ele, a resposta para esta questão relaciona-se, em primeiro lugar, ao modo como se dá o conhecimento de uma situação e, em segundo, em como essa situação passa a ser percebida como um problema pelas autoridades.

O conhecimento de uma situação pelas autoridades governamentais pode se dar por meio de indicadores, eventos de destaque ou *feedback* (KINGDON, 1984). Portanto, precisamos recordar os dados e acontecimentos referentes ao nosso objeto de pesquisa no

período da formação da agenda em questão para que possamos identificar com base em quais informações a situação de Moçambique foi percebida pelo Brasil. Por se referirem diretamente à agenda analisada, identificamos, para o estudo do fluxo dos problemas, os indicadores epidemiológicos do HIV/Aids em Moçambique e os relacionados ao acesso a antirretrovirais, bem como a dependência externa para o combate à doença.

A prevalência de HIV/Aids em Moçambique na população com idade entre 15 e 49 anos, a qual se dá importância nesse tipo de análise por ser ela a parcela da população considerada sexual e economicamente ativa, teve fases de grande ascendência. Em 1990, era cerca de 2%; em 1993, 4%; em 1995, 6%; em 1997, 8%; em 1998, 10%; em 2000, 12%; e, em 2003, 14%, revelando uma tendência à estabilidade entre 2004 e 2007, com uma taxa girando em torno de 16%. Portanto, em 2001, no início dos diálogos entre Brasil e Moçambique para parcerias no combate ao HIV/Aids, Moçambique vivia ainda um processo de aumento nos níveis de contágio (UNAIDS, 2013).

Além dos dados epidemiológicos do período, outro importante indicador se refere ao acesso aos antirretrovirais em Moçambique. Até 2001, o governo de Moçambique e os grandes contribuintes para a campanha nacional contra o HIV/Aids mantinham uma posição oficial contrária à distribuição de antirretrovirais (ARV). Portanto, o acesso a ARV em Moçambique se dava apenas por meios privados ou por ONGs. As ações do governo de Moçambique, integradas pelo Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/HIV (PEN I), primeiro do tipo estabelecido em Moçambique, com vigência entre 2000 e 2002, não consideravam a distribuição pública de ARV uma opção (MONASO, 2008).

A posição oficial do governo quanto à distribuição pública de ARV foi alterada com a aprovação do Diploma Ministerial n° 183-A/2001, em 18 de dezembro de 2001, que regulamentou a introdução oficial da Terapia Antirretroviral (TARV) no país. A ação governamental teve início, mas, em 2003, ano da primeira visita do presidente Lula ao país, apenas dez unidades sanitárias ofereciam TARV em apenas seis das onze províncias do país. A introdução dos genéricos proporcionou redução dos custos e conseqüente aumento dos beneficiários, que, em outubro de 2004, chegaram a 7.284 e, em 2005, a dezenove mil (MONASO, 2008).

Moçambique também possui alta dependência externa para manter seus programas relacionados ao enfrentamento do HIV/Aids. No país, cerca de 40% do orçamento é fruto de doações internacionais e 100% dos antirretrovirais distribuídos pelo governo também são

fruto de doações externas (FIOCRUZ, 2012). Além disso, o orçamento para a reposta nacional ao HIV/Aids provém 75% de fontes internacionais (UNAIDS, 2013).

Outro ponto citado por Kingdon (1984) para o processo de conhecimento de uma situação é a ocorrência de eventos importantes como desastres, crises, experiência pessoal ou símbolos poderosos. Identificamos como importantes eventos para a compreensão desse processo as visitas diplomáticas estabelecidas entre Brasil e Moçambique, pois algumas delas se tornaram referência na formação da agenda que deu origem à parceria para a SMM.

A primeira visita importante, nesse processo, foi a missão da Vice-Ministra da Saúde de Moçambique ao Brasil, entre 21 e 24 de maio de 2001, que balizou os acordos relativos à saúde firmados na visita ao Brasil do então presidente de Moçambique, Joaquim Alberto Chissano, em 20 de julho de 2001, ocasião na qual foram assinados os primeiros atos internacionais entre Brasil e Moçambique relacionados à cooperação internacional em saúde e HIV/Aids. Um desses atos foi um protocolo de intenções sobre cooperação técnica na área da saúde. Nesse documento, os países se comprometeram à prestação mútua de cooperação técnica em saúde em diversas áreas, nas quais se inclui a transferência de tecnologia para a produção de antirretrovirais, mesmo antes da aprovação, em Moçambique, da distribuição pública de ARV (BRASIL; MOÇAMBIQUE, 2001a).

Também, em 20 de julho de 2001, foi assinado um ajuste complementar ao acordo Geral de Cooperação de 1981. Esse ajuste dispôs sobre a implantação do projeto “Apoio ao Programa Nacional de Controle as DTS/SIDA” (BRASIL; MOÇAMBIQUE, 2001b). De maior destaque nesse processo, e marco na formação dessa agenda, foi a visita do presidente Lula a Moçambique em novembro de 2003, quando ele anunciou a intenção de participação brasileira na instalação da SMM.

Essas visitas foram consideradas como eventos de destaque que contribuíram para que o Brasil prestasse mais atenção na situação de Moçambique e, portanto, são relevantes para a compreensão do fluxo dos problemas. Contribui para o entendimento da importância dessas visitas para a formação dessa agenda a percepção de Puente (2010) de que as parcerias de cooperação técnica brasileira são formadas a partir da demanda dos países receptores, da oferta brasileira e de uma agenda diplomática favorável. Embora esses critérios sejam reduzidos em relação às amplas variáveis que consideramos como formadoras da agenda de cooperação brasileira para a parceria com Moçambique, podemos considerar essas visitas também como parte de uma agenda diplomática favorável, além de serem, com base no modelo de Kingdon, eventos de destaque.

Além da experiência pessoal dos governantes nas missões diplomáticas anteriormente citadas, identificamos a proximidade cultural entre os países como um símbolo poderoso para o conhecimento da situação. Brasil e Moçambique possuem um vínculo histórico por terem um colonizador em comum e compartilharem o mesmo idioma, fazendo inclusive, parte da Comunidade de Países de Língua Oficial Portuguesa (CPLP).

O último ponto apresentado por Kingdon (1984) como relevante para o conhecimento de um situação pelas autoridades é o *feedback* de programas existentes, que podem ser formais ou informais. Nesse sentido, identificamos o *feedback* positivo dos programas brasileiros, que se tornaram referência mundial, e o *feedback* de outras parcerias já estabelecidas pelo Brasil com outros países relativas ao HIV/Aids.

No âmbito nacional, desde 1996 é feita a distribuição gratuita de antirretrovirais no Brasil. Por conta da expertise adquirida em âmbito nacional, as ações relativas à prevenção e ao tratamento do HIV/Aids ocuparam lugar de destaque na cooperação técnica brasileira, tendo contribuído para isso um conjunto de fatores nacionais e internacionais que fizeram com que o Brasil fosse cada vez mais requisitado a participar de discussões internacionais a respeito do tema. Assim, o país passou a se destacar não só no âmbito da cooperação em HIV/Aids, mas também como importante formador de opinião sobre o tema.

Em 2002, teve início o primeiro programa brasileiro de grande amplitude de cooperação técnica internacional em HIV/Aids. O Programa de Cooperação Internacional para Ações de Controle e Prevenção do HIV para Países em Desenvolvimento (PCI) lançou um processo seletivo internacional com a possibilidade de atender dez países. Por meio de iniciativas com essa, o Brasil entrou no cenário internacional como um importante global *player* nas discussões sobre a doença, defendendo o acesso universal da população à prevenção, à assistência e ao tratamento. Em 2004, o PCI passou a ser chamado de “Projeto Laços Sul-Sul” (LIMA *et al.*, 2010).

Após a influência dos indicadores, dos eventos de destaque e dos *feedbacks* para o reconhecimento de uma determinada situação, precisamos identificar de que forma a situação percebida foi definida como um problema. Para Kingdon (1984), uma situação reconhecida passa a ser percebida como um problema quando acreditamos que devemos fazer algo para mudá-la. Uma situação passa a ser compreendida como um problema por comparação com a situação de outros países ou de outras unidades relevantes ou quando coloca em cheque valores importantes. A categoria na qual a situação é classificada também importa à medida que determinará sua definição.

A unidade de análise mais relevante para essa comparação é a estabelecida entre Brasil e Moçambique referente aos níveis epidemiológicos e ao acesso a ART. Em 13 de novembro de 1996, o Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a aprovar uma lei que assegurasse o acesso gratuito a medicamentos antirretrovirais para pacientes portadores de HIV/Aids. A Lei nº 9.313 foi aprovada pelo Congresso Nacional noventa dias após sua apresentação. A aprovação dessa lei e a política brasileira de atenção à saúde dos portadores de HIV/Aids possibilitaram que, em 1998, onze medicamentos antirretrovirais fossem distribuídos gratuitamente pela rede pública de saúde (AZEVEDO, 2010).

Em 2002, o Brasil já era capaz de garantir tratamento a 100% dos doentes, provocando significativa diminuição nos índices de mortalidade e elevando o tempo de vida deles (GRANGEIRO *et al.*, 2009). Enquanto isso, conforme já apontado nesta seção, Moçambique só aprovou a distribuição pública de antirretrovirais em 2001, mas até hoje sofre com a dependência externa para seus programas de combate e tratamento ao HIV/Aids e ainda não é capaz de garantir tratamento a todos os moçambicanos elegíveis ao TARV.

Uma situação também passa a ser definida como um problema quando coloca em xeque valores importantes e a necessidade de acesso universal a ARV sempre foi defendido pelo Brasil durante as negociações internacionais das quais fez parte (BRASIL, 2012). De acordo com Pedro Chequer, coordenador do programa das Nações Unidas de combate ao HIV/Aids no Brasil, a partir de sua política nacional de combate ao HIV/Aids, o país tem sido uma voz sempre presente nas discussões internacionais sobre o tema, contribuindo para o combate à doença também em outros países (BRASIL, 2012b).

Além disso, em 2001, o Brasil se opôs à exclusividade de comercialização e produção de ARV em um contencioso com os EUA na Organização Mundial do Comércio. Os EUA questionaram a utilização brasileira da licença compulsória de medicamentos em casos de emergência de saúde pública, pois, para os EUA, esse licenciamento violaria o Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual relacionados ao Comércio (Acordo TRIPS). O Acordo TRIPS prevê que as patentes reconhecidas em um país são automaticamente reconhecidas nos demais países signatários do acordo, mas, com base nos diferentes níveis de desenvolvimento dos países signatários, o acordo prevê algumas flexibilizações que visam garantir o acesso a medicamentos (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

O governo brasileiro ameaçou, em 2001, conceder licença compulsória a dois antirretrovirais da empresa americana Merck e da suíça Roche, e ambas negociaram com o governo uma redução de 60% nos preços de seus medicamentos. Mesmo assim, o governo

americano entrou com um pedido de consulta à OMC para questionar o direito brasileiro de conceder licença compulsória. Diante da mobilização brasileira internacional que, em conjunto com países menos desenvolvidos, chamou a atenção para a relevância social do tema, os EUA decidiram retirar a queixa. O Brasil argumentava que o bem-estar público deveria prevalecer sobre o lucro (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

Uma das principais bases valorativas da política externa brasileira em saúde que fez com que o Brasil avançasse no campo da diplomacia em saúde é a percepção brasileira, legitimada na constituição de 1988, de que saúde é um direito humano e uma obrigação do estado (BUSS *et al.*, 2010). A política brasileira de combate ao HIV/Aids conferiu ao país certa legitimidade nas discussões internacionais sobre o tema que não foi apenas fruto das políticas nacionais; a inserção internacional do país em temas relacionados à doença é também fruto de uma política de estado que definiu tais ações como parte de sua diplomacia.

Kingdon (1984) também defende que o tipo de categoria no qual o problema é enquadrado influenciará em seu tratamento. O discurso do governo Lula dava à cooperação com a África motivações solidárias e éticas de reparação pelo período de escravidão, mas, ao mesmo tempo, considerava a instrumentalidade da cooperação internacional na política externa do Brasil (PUENTE, 2010). A fim de sistematizar o que foi identificado no fluxo dos problemas, apresentamos o quadro a seguir.

QUADRO 1 – Fluxo dos Problemas.

<p>O que levou ao conhecimento da situação?</p>	<p>Indicadores em Moçambique: alta prevalência de soropositivos, baixo acesso a antirretrovirais e dependência externa no enfrentamento ao HIV/Aids.</p> <p>Eventos de destaque/ símbolos poderosos: visita da Vice-Ministra da Saúde de Moçambique ao Brasil em maio de 2001 e do presidente Joaquim Chissano em junho de 2001. Visita do Presidente Lula a Moçambique em novembro de 2003. Proximidade cultural existente entre Brasil e Moçambique.</p> <p>Feedback: Reconhecimento do sucesso das ações do Brasil de tratamento nacional e de cooperação internacional em HIV/Aids.</p>
<p>Sob quais bases a situação foi definida como um problema?</p>	<p>Valores: O Brasil defendia nacional e internacionalmente o acesso a antirretrovirais.</p> <p>Enquadramento: Discurso de reparação à África, mas com reconhecimento da instrumentalidade da cooperação internacional para a Política Externa.</p>

Fonte: Elaboração própria.

Foi, portanto, possível identificar que o problema a ser atacado em Moçambique com a instalação da fábrica foi o baixo acesso a antirretrovirais e a dependência externa que o país sofre para manter a distribuição pública desses medicamentos. Além disso, vimos que o

acesso universal a ARV já era tema defendido nacional e internacionalmente pelo Brasil e que a cooperação estabelecida com Moçambique era justificada por motivações humanitárias, mas que, ao mesmo tempo, no governo Lula, a cooperação internacional era admitida oficialmente como um instrumento de política externa.

3.1.2 Fluxo da Política

Por meio da análise do fluxo da política também podemos compreender a alta ou a baixa importância dada a um tema pelo governo. Para Kingdon (1984), o fluxo da política possui dinâmica e regras próprias e, por isso, flui independente do reconhecimento dos problemas ou do desenvolvimento de propostas de alternativas de políticas públicas. Nele, os protagonistas são os atores visíveis, como o presidente, os ministros, os membros do congresso e a mídia. Os fatores que afetam esse fluxo são o clima ou o humor nacional (*national mood*), a ação de grupos e forças políticas organizadas, a distribuição partidária ou ideológica do congresso e as mudanças no governo, principalmente as trazidas por novas eleições. A percepção do clima ou humor nacional a respeito de um tema não é constatada, necessariamente, por meio de pesquisas de opinião; ela pode ser percebida pelos políticos por meio de contato direto com o público, pela cobertura da mídia etc.

O fator de maior impacto nesse fluxo tem a ver com as mudanças de atores de destaque no governo, pois novos líderes trazem novas prioridades e abandonam outras. Essas mudanças envolvem a eleição de um novo governante e de novos membros do congresso, assim como a escolha de novos membros para exercer lideranças estratégicas. Além disso, o humor nacional é também considerado outro importante fator de mudança na agenda.

Dividimos a análise das ações que influenciaram o fluxo da política, fazendo ascender à agenda brasileira a questão do acesso a ARV em Moçambique, em dois grandes blocos: o primeiro considera as mudanças no governo; o segundo analisa o humor nacional. Embora existam outros possíveis fatores de influência no fluxo da política, estes foram os constatados como relevantes nesse processo, sendo também considerados como mais relevantes para Kingdon (1984) nesse fluxo.

3.1.2.1 Mudanças no governo

Para compreender como as mudanças no governo contribuíram para a formação da agenda diplomática brasileira com Moçambique no que tange ao acesso a ARV, precisamos analisar o perfil da política externa e da Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD) dos governos envolvidos nesse processo. Para isso, consideramos o Governo FHC (1995-2002) e o primeiro governo Lula (2003-2006), este responsável por consolidar a agenda em análise. Cabe destacar que o segundo mandato será considerado apenas em relação à seleção das alternativas.

Para Almeida (2004), a diplomacia do governo Lula foi marcada por um ativismo exemplar, exemplificado pelas centenas de viagens e visitas bilaterais realizadas por Lula ou por seu Chanceler no Brasil e ao exterior. No entanto, muitas dessas iniciativas seriam desdobramentos de ações iniciadas na administração do governo FHC. Mesmo nos casos em que tais iniciativas ganharam nova roupagem conceitual, elas estariam mais caracterizadas como de continuidade do que de ruptura. A diplomacia do governo FHC seria caracterizada por um multilateralismo moderado, em contraposição ao forte multilateralismo aplicado pelo governo Lula, pois enquanto FHC buscou o desenvolvimento de relações políticas com potências médias, Lula, além dessas, também perseguia alianças estratégicas com economias emergentes.

No que tange à busca por uma cadeira permanente no Conselho de Segurança das Nações Unidas (CSNU), o governo FHC mantinha uma diplomacia de candidato não insistente, enquanto o governo Lula priorizava essa conquista. Por isso, uma contrapartida obrigatória seria o país assumir novas e maiores responsabilidades com os países mais pobres, inclusive no que tange à cooperação para o desenvolvimento. Assim, a diplomacia de FHC parecia colocar as prioridades econômicas em primeiro lugar, enquanto a de Lula colocava as políticas. Para FHC, a posição brasileira de líder seria um resultado do gradual desenvolvimento econômico do país e tal liderança deveria estar geograficamente definida por conta dos limitados recursos do estado para ações externas, mas, para Lula, o alcance da liderança é um dos grandes objetivos políticos, não limitado apenas a nossa região, como se não existissem limitações financeiras e militares (ALMEIDA, 2004).

Em relação aos países africanos, em especial os lusófonos, FHC se limitava a um discurso de uma bem intencionada política de cooperação, enquanto Lula passou a proclamar uma ativa política de solidariedade com a África. Almeida (2004, p. 177) traduz a diplomacia

FHC em “aceitar o mundo como ele é” e a de Lula em “mudar o mundo”. De modo mais geral, o primeiro mantinha uma diplomacia tradicional, utilizada como acessória para o desenvolvimento do país, enquanto para o segundo a diplomacia possuía um importante papel para a concretização de um projeto nacional. Assim, a novidade do discurso diplomático do governo Lula é assegurar uma maior presença do Brasil no mundo (ALMEIDA, 2004).

Para Celso Lafer (2004), o governo FHC proporcionou ao Brasil um salto diplomático qualitativo, e essa elevação seria o resultado de significativas mudanças internas, como a estabilidade da moeda e a maior abertura da economia ao exterior. A partir desse patamar Lula conseguiu desenvolver sua política externa. Seria, portanto, legado do governo FHC o estreitamento das relações sul-sul do Brasil, em especial as relativas aos países da CPLP. Também seria destaque no governo FHC a participação do Brasil na Rodada de Doha, ocasião na qual o país defendeu a Declaração Ministerial sobre TRIPS e Saúde Pública, cuja aprovação sustentou políticas nacionais como as de acesso a antirretrovirais (LAFER, 2004).

De modo mais específico, consideramos as mudanças relativas à CTPD nos dois governos, no plano do discurso e prático, para que possamos identificar como tais mudanças influíram na formação e na intensificação da agenda em questão. Um estudo realizado por Puente (2010) revelou como a CTPD era tratada no discurso de política externa e na prática diplomática do Governo FHC e do primeiro governo Lula. No plano do discurso, durante o governo FHC (1995-2002) a CTPD era pouco citada tanto no discurso quanto nos documentos referentes à política externa. Nesses discursos e documentos, divulgados pelo próprio presidente e por seus chanceleres, Lampreia e Lafer, se fazia mais referência à cooperação em sentido explícito apenas no que se refere aos países africanos, aos CPLP e aos PALOP, com clara prioridade aos PALOP (PUENTE, 2010):

[...] a legítima prioridade de nosso próprio desenvolvimento nacional e a relativa escassez dos meios com que contamos limitam nossa capacidade de atuação e determinam a adoção de prioridades [...] se apresentam de modo natural: os países africanos de língua oficial portuguesa. [...] é imprescindível, entretanto, concentrar recursos escassos. (LAMPREIA, 1998 *apud* PUENTE, 2010, p. 228)

O combate ao HIV/Aids estava entre as três temáticas de CTPD mais recorrentes no discurso de política externa do governo FHC. Para Puente (2010), mesmo tendo havido crescimento das ações de CTPD durante o governo FHC, com aumento de escopo, amplitude geográfica e áreas temáticas, esse aumento não se refletiu no discurso, em decorrência de uma

percepção restrita acerca da instrumentalidade das ações de cooperação para a política externa do país (PUENTE, 2010).

Durante o primeiro mandato do governo Lula, a CTPD esteve mais presente no discurso de política externa, em comparação ao governo FHC, embora ainda sem presença muito expressiva. Houve também uma mudança no modo como esse tipo de ação passou a ser tratada no discurso, pois, no governo Lula, as ações de CTPD passaram a ser admitidas de modo mais claro como instrumentos de política externa. Tal posicionamento fica aparente no discurso de posse do Chanceler Celso Amorim, em 2003, quando ele declarou que “as políticas cultural, de cooperação técnica, científica e tecnológica serão elementos essenciais da política externa do governo Lula” (PUENTE, 2010, p. 234).

A CTPD do Brasil com a África manteve seu peso no discurso de Política Externa do governo Lula assim como no de FHC. No entanto, o governo Lula adicionou a esse discurso novas motivações solidárias e éticas de reparação pelo período de escravidão. Em pronunciamento feito pelo presidente Lula em visita a África do Sul em 2003, ele declarou: “O Brasil tem um dívida com a África. Uma dívida de reconhecimento pela contribuição, em condições de sofrimento e opressão, que milhões de africanos deram para a construção do Brasil” (BRASIL, 2007, p. 71). O discurso no governo Lula também ressalta a cooperação com países da CPLP, inclusive Moçambique, exemplificado por um trecho do discurso de posse de Celso Amorim, em 1º de janeiro de 2003: “Angola e Moçambique, que passaram por prolongados conflitos internos, receberão atenção especial. Valorizaremos a cooperação no âmbito da CPLP [...]” (BRASIL, 2007, p. 17).

O combate ao HIV/Aids no governo Lula, assim como no anterior, é uma dos temas que mais recebem prioridade no discurso referente à cooperação do governo, atrás apenas da luta internacional contra a fome e a pobreza. No entanto, o aumento do peso no discurso não se refletiu em ações concretas, pois mesmo com o aumento da demanda e do reforço orçamentário da Agência Brasileira de Cooperação (ABC) iniciada no último ano de mandato do FHC, as dificuldades institucionais da ABC, sobretudo no que se referem aos recursos humanos e operacionais, amenizados apenas em 2005, dificultaram o aumento dessas ações (PUENTE, 2010).

3.1.2.2 Humor nacional

De acordo com Lima (2005), no Brasil, o relativo desinteresse da opinião pública em geral, no que se refere a questões de política externa, assegura grande autonomia decisória ao Ministério das Relações Exteriores (MRE). A política externa também sofre insulamento no jogo legislativo por conta do princípio constitucional que dá ao Executivo a competência na condução da política externa. A escassa disputa entre forças partidárias pelo posto do Ministério das Relações Exteriores parece confirmar o dito popular de que política externa não rende votos.

Mas, para Puente (2010), o entrelaçamento das questões internas e externas, acelerado pela globalização, tem aumentado a presença das questões de política internacional na mídia e no debate popular. Ainda assim, para ele, por envolver recursos públicos destinados a outros países, seria importante que a CTPD contasse com mais participação e respaldo social. Em relação aos gastos com cooperação internacional, o ex-chanceler Lampreia, em uma época em que a capacidade do MRE de financiar ações de CTPD era menor, chegou a externar sua preocupação com o custo de ações externas por conta das carências internas. Todavia, durante o governo Lula, o chanceler Celso Amorim, em discurso na reunião de alto nível sobre o Haiti, em maio de 2006, declarou que o Brasil não precisa ser rico para ser solidário.

Mesmo não tendo sido identificados estudos a respeito da posição da opinião pública em geral acerca da cooperação internacional prestada pelo Brasil, há uma boa vontade do congresso em aprovar atos relacionados ao tema (PUENTE, 2010). Isso pode ser percebido na aprovação das legislações referentes à implantação da SMM e das legislações anteriores referentes ao tema com Moçambique.

Embora o poder legislativo tenha importante papel na seleção das alternativas por ter que ratificar tratados internacionais e legislações internas referentes a acordos internacionais, a formação da agenda diplomática se refere diretamente à condução da política externa que, de acordo com a Constituição de 1988, é atribuída ao poder Executivo. Essa característica diminui a possibilidade de o tema ser alvo de debate pelas forças políticas, grupos de pressão e debate popular.

Contudo, mesmo diante da estrutura brasileira de condução de política externa, ainda podemos considerar o “humor” de alguns personagens envolvidos nesse processo. Souza (2002) realizou, entre 2000 e 2001, uma pesquisa com 149 personalidades que formam a “comunidade brasileira de política externa” com questões sobre a agenda governamental de

política externa do Brasil. Essa “comunidade” incluía autoridades governamentais, congressistas, empresários, representantes de grupos de interesse, líderes de organizações não governamentais, acadêmicos e jornalistas.

Para 99% dos entrevistados, o Brasil deveria se envolver mais em questões internacionais, exercendo uma liderança que fosse compatível com seu grande território e tradição diplomática. Quando perguntada a opinião dos entrevistados sobre a concessão de ajuda econômica a países pobres, 80% dos entrevistados se mostraram favoráveis à iniciativa, mas, para a maioria deles, essa ajuda deve ser destinada aos países com os quais temos vínculos históricos ou de língua, o que colocaria Moçambique na lista de países cuja cooperação seria defendida por essa “comunidade”.

Essa pesquisa também refletiu a opinião dos entrevistados de que a agenda diplomática no Brasil é distante da sociedade, sendo restrita ao corpo diplomático e ao poder executivo e mantendo-se afastada do Congresso e de grupos sociais organizados. Portanto, embora a opinião pública não estivesse muito envolvida com a formação dessa agenda, podemos dizer, com base nessa pesquisa, que a opinião dos atores envolvidos com questões de política externa, no período, tendia a ser favorável a parcerias de cooperação com países africanos de idioma português, como é o caso de Moçambique. Veja no quadro a seguir os principais pontos relativos ao fluxo da política.

QUADRO 2 – Fluxo da Política.

Mudanças no governo	FHC: Multilateralismo moderado, prioridades econômicas e discurso mais moderado de cooperação com a África. LULA: Forte multilateralismo, prioridades políticas e discurso que proclamava uma ativa política de solidariedade com a África.
Humor nacional	A Comunidade brasileira de política externa se mostrava favorável a parcerias de cooperação do Brasil com países com os quais possui vínculos históricos ou de língua. Boa vontade do congresso em aprovar atos internacionais relativos à cooperação internacional.

Fonte: Elaboração própria.

Assim, consideramos que, no fluxo da política, a formação da agenda foi influenciada pela postura do governo FHC de aproximação com a África, em especial com os PALOP, e de cooperação em temas de HIV/Aids. Essa postura foi intensificada pelo governo Lula por meio de um forte multilateralismo e ativa política de solidariedade com o continente. Além disso, o humor nacional favorável garantiu um terreno plano para o desenvolvimento da agenda.

3.2 SELEÇÃO DAS ALTERNATIVAS: FLUXO DAS ALTERNATIVAS, PARTICIPANTES VISÍVEIS E EMPREENDEDORES POLÍTICOS

No fluxo das alternativas, Kingdon (1984) tenta responder como as alternativas de políticas públicas são filtradas até que se chegue àquelas que realmente recebem atenção. Para ele, essa questão possui duas possíveis respostas: a primeira diz que as alternativas são geradas e filtradas pela dinâmica própria das políticas públicas; a segunda trata da importância dos participantes invisíveis, ou especialistas.

Para Kingdon (1984), a seleção das ideias por meio da dinâmica das políticas públicas se dá pela imposição de certos critérios, que incluem a viabilidade técnica, a harmonia da política com os valores da comunidade de especialistas da área, a antecipação de possíveis restrições e a aceitabilidade do público e dos políticos. As alternativas que não satisfazem esses padrões têm menos chances de sobreviver. Nesse processo, a recombinação é mais importante do que a invenção, pois promove o amaciamento da política, envolvendo elementos já familiares.

Esse processo de amaciamento ocorreu no caso da SMM à medida que ela foi precedida por outras parcerias entre Brasil e Moçambique na área de saúde e HIV/Aids. O primeiro ato internacional firmado entre os dois países na área da saúde foi um protocolo de intenções de cooperação técnica na área da saúde, em julho de 2001, durante a visita do então presidente de Moçambique, Joaquim Chissano, ao Brasil. A assinatura desse protocolo foi precedida e balizada pelas negociações ocorridas com a visita da Vice-ministra da Saúde de Moçambique ao Brasil, em maio de 2001. Um dos temas englobados por esse protocolo de intenções foi a transferência de tecnologia no âmbito da produção de antirretrovirais (BRASIL; MOÇAMBIQUE, 2001a).

Na mesma data, Brasil e Moçambique também firmaram um acordo para a implementação do projeto “Apoio ao Programa Nacional de Controle as DST/SIDA”, primeiro acordo bilateral firmado entre os dois países para implantação de um projeto de cooperação relativo à doença. O objetivo da parceria era o de fortalecer a capacidade técnica e gerencial do programa de controle das DSTs e HIV/Aids de Moçambique (BRASIL; MOÇAMBIQUE, 2001b).

Em maio de 2003, foi firmado um memorando de entendimento entre os países para a implementação do “Projeto de Assistência de Prevenção ao HIV/Aids” no âmbito do “Programa de Cooperação Internacional para Ações de Controle e Prevenção do HIV para Países em Desenvolvimento”, o PCI brasileiro. Previa o apoio a um projeto piloto para o tratamento de cerca de cem pessoas com ARV genéricos produzidos no Brasil e fornecidos pelo Ministério da Saúde a Moçambique (BRASIL; MOÇAMBIQUE, 2003a). O objetivo da implantação desse projeto seria estimular Moçambique a adotar uma política de assistência aos pacientes de HIV/Aids, semelhante à aplicada no Brasil, promovendo o acesso a medicamentos (TORRONTEGUY, 2012).

Considerando essas ações como importantes no processo de amaciamento da política, os critérios de viabilidade começaram a ser aplicados em junho de 2003. Nesse período, a FIOCRUZ empreendeu uma visita a Moçambique a fim de analisar a situação do país para estabelecer uma proposta de cooperação. Em novembro de 2003, o processo de amaciamento construído a partir da visita da Vice-Ministra da Saúde de Moçambique ao Brasil em maio de 2001, dos primeiros acordos relativos ao HIV/Aids firmados entre os países em junho de 2001, e do estudo de viabilidade empreendido pela FIOCRUZ em junho de 2003, deu origem a um protocolo de intenções para cooperação científica e tecnológica na área da saúde. Por meio desse protocolo, foi firmada a intenção dos países de:

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 antiretrovirais genéricos, tendo em vista a intenção do Governo de Moçambique de instalar e gerenciar laboratório farmacêutico público para atender predominantemente as necessidades de saúde pública de Moçambique. (BRASIL; MOÇAMBIQUE, 2003b, p. 1)

Em princípio, o protocolo de intenções previa que ao Brasil caberia oferecer apenas a formação necessária para o pessoal técnico que trabalharia na produção dos medicamentos e no gerenciamento do laboratório, cuja instalação, de acordo com o documento, era responsabilidade de Moçambique. O Brasil também ajudaria Moçambique na identificação do local para a instalação da fábrica. A infraestrutura física deveria ser disponibilizada por Moçambique, mas os países se comprometeram a buscar em conjunto os recursos financeiros necessários para a instalação do laboratório (BRASIL; MOÇAMBIQUE 2003b). Portanto, inicialmente não estava previsto que o Brasil seria responsável pela doação dos equipamentos necessários à instalação da fábrica.

Na mesma data da assinatura do protocolo, Brasil e Moçambique firmaram um ajuste complementar ao Acordo Geral de Cooperação de 1981, para a implementação do Projeto PCI-Ntwanano em Moçambique. O projeto PCI-Ntwanano visava fortalecer a capacidade gerencial do “Projeto de Assistência de Prevenção do HIV/Aids” criado pelo memorando de 2 de maio de 2003, bem como fortalecer a cooperação técnica estabelecida entre Brasil e Moçambique na área de HIV/Aids. Conforme dispôs o ajuste, caberia ao Brasil, dentre outros, o envio de especialistas a Moçambique, a realização de treinamentos e o envio de medicamentos genéricos antirretrovirais. A gestão e a avaliação dos projetos seriam responsabilidade de ambos os países (BRASIL; MOÇAMBIQUE, 2003c).

Em visita do presidente Moçambicano Joaquim Alberto Chissano ao Brasil, entre os dias 31 de agosto e 3 de setembro de 2004, o presidente Lula assumiu o compromisso de ser o Brasil o responsável por arcar com todos os custos decorrentes do estudo de viabilidade para a implementação da fábrica. Em 15 de julho de 2005, foi firmado ajuste complementar entre os países para a implementação do projeto “Estudo de viabilidade técnico econômico para a instalação de fábrica de medicamentos em Moçambique para produção de medicamentos antirretrovirais e outros” (BRASIL; MOÇAMBIQUE, 2005).

Conjuntamente com a assinatura do ajuste, também foi assinado o projeto do estudo de viabilidade. O custo do projeto de viabilidade foi orçado em US\$ 455.400,00. O custo do estudo de viabilidade teria como fonte o governo brasileiro, por meio do orçamento da ABC (ABC, 2005). Com o término do projeto, esperava-se que o estudo pudesse indicar a necessidade, oportunidade e viabilidade da construção da fábrica. Caso positivo, o estudo deveria também apontar seus custos aproximados, as fontes de matéria-prima e os insumos e as fontes de recursos humanos. Caso não fosse determinada a viabilidade da fábrica, o estudo objetivava apontar alternativas para reduzir os fatores que provocam a demanda por medicamentos, promovendo, por exemplo, programas de prevenção (ABC, 2005).

O estudo de viabilidade foi dividido em três grandes fases: na primeira, seria realizado o levantamento das condições pré-existentes em Moçambique relativas à construção da fábrica e à capacidade de gastos do governo moçambicano em saúde, do quantitativo de pessoal envolvido no diagnóstico e tratamento do HIV/Aids, dos recursos físicos disponíveis para esse diagnóstico e tratamento, da realidade quantitativa e qualitativa da atual oferta de medicamentos e as fontes desse fornecimento.

Na segunda etapa seria avaliada a alternativa de produção local dos medicamentos. Nessa fase, seriam realizados estudos como os de alternativas de produção local, os de custo

de maquinário, de perfil e quantidade de pessoal necessário para fábrica, disponibilidade atual de pessoal qualificado para a fábrica, bem como a necessidade de capacitação. Na terceira e última fase seria realizada a análise geral da viabilidade econômica e discutidas com autoridades locais as alternativas estudadas (ABC, 2005).

O estudo apontou que a alternativa mais barata para a instalação da fábrica seria adaptar a única indústria farmacêutica existente em Moçambique, localizada em Matola. Essa indústria era uma produtora privada de soluções parenterais de grandes volumes (soros). O projeto custaria US\$ 9 milhões e levaria menos de um ano para ficar pronto. Por estar próxima à África do Sul, país que produz antirretrovirais, este não seria um bom mercado para a exportação do produto. No entanto, a fábrica também ficaria próxima de países como Zimbábue, Malawi e Zâmbia, países que possuem alta prevalência de soropositivos e nenhuma fábrica para produzi-los (AIDSPORTUGAL, 2007).

Em 22 de agosto de 2007, o porta-voz do governo moçambicano, Luís Covane, anunciou, em Maputo, que o governo havia aprovado a instalação da fábrica de antirretrovirais no país. De acordo com ele, o estudo de viabilidade realizado pelo Brasil indicava que Moçambique precisava da fábrica, tendo sido apresentado ao Ministro da Saúde de Moçambique, Ivo Garrido, em maio de 2007 (MACAUHUB, 2007). Em 2008, Moçambique adquiriu a única indústria farmacêutica ali existente, a fábrica de soros, para a instalação da SMM (FIOCRUZ, 2012).

Em referência à instalação da fábrica, a opinião do coordenador nacional do Movimento de Acesso ao Tratamento em Moçambique, César Mufanequiço, é a de que Moçambique precisava alcançar autonomia na produção de antirretrovirais (MUFANEQUIÇO, 2007). Para José Lima (2007), diretor nacional da Central Internacional para Cuidados e Tratamento do HIV/Aids da Universidade de Columbia, a construção da fábrica não traria muitos benefícios em curto prazo, já que o valor para a aquisição dos medicamentos fabricados na Índia é quase o mesmo valor da produção nacional, e, segundo o estudo brasileiro, a fábrica empregaria cerca de sessenta pessoas, ou seja, o aumento do número de vagas de emprego seria pequeno.

No entanto, Lima afirma que o investimento valeria a pena em longo prazo, uma vez que protegeria o tratamento contra possíveis oscilações nos preços dos medicamentos indianos e também incentivaria a produção nacional de medicamentos para outras enfermidades (LIMA, 2007). Além disso, com a construção da fábrica haveria a garantia de uma distribuição contínua dos medicamentos, já que a distribuição deles pelo Ministério da

Saúde moçambicano era financiada por doadores internacionais e não havia garantias da continuidade dessas doações (AIDSPORTUGAL, 2007).

Em 4 de setembro de 2008 foi firmado entre Brasil e Moçambique um ajuste complementar para “Capacitação em Produção de Medicamentos antirretrovirais e outros medicamentos”. O objetivo deste ajuste foi implementar um projeto de capacitação aos profissionais de Moçambique para atuarem na produção dos medicamentos da fábrica cuja análise de viabilidade já havia sido concluída. Essa capacitação envolveria não só a produção de medicamentos, mas também gestão e administração da indústria farmacêutica, garantia da qualidade e manutenção da indústria. Nesse processo, a ABC atuaria como instituição responsável pela coordenação, acompanhamento e avaliação do projeto e o Instituto de Tecnologia de Fármacos (Farmanguinhos) foi designado como instituição executora (BRASIL; MOÇAMBIQUE, 2008a).

Outro ajuste firmado em 4 de setembro de 2008 foi o “Fortalecimento institucional do Órgão Regulador de Medicamentos de Moçambique como agente regulador do setor farmacêutico”. Esse ajuste tinha por objetivo fortalecer o Órgão Regulador de Medicamentos de Moçambique, por meio de capacitação e troca de experiência com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A instituição brasileira responsável pela execução das atividades desse ajuste foi a Anvisa e, por parte de Moçambique, foi designado o Órgão Regulador de Medicamentos de Moçambique (BRASIL; MOÇAMBIQUE, 2008b).

Na mesma data dos ajustes foi assinado um acordo entre os governos para a instalação da sede do escritório regional da Fiocruz para a África. Este acordo previa a instalação do escritório da Fiocruz África em Maputo, Moçambique. O objetivo desse escritório seria o de coordenar, acompanhar e avaliar os programas de cooperação em saúde entre a Fiocruz e os países africanos, inclusive os estabelecidos com Moçambique para a construção da fábrica. Esse escritório, conforme prevê o acordo, gozaria de imunidade e inviolabilidade, possuindo personalidade jurídica internacional (BRASIL; MOÇAMBIQUE, 2008c).

Em 14 de dezembro de 2009, foi aprovada, no Brasil, a Lei nº 12.117, que autorizou o Poder Executivo brasileiro a doar recursos a Moçambique, no total de até R\$ 13.600.000,00, para apoiar a construção da primeira fase da fábrica de medicamentos. Essa doação foi feita com base no orçamento do Ministério da Saúde. O processo de aprovação dessa lei teve início, em 2008, com sua proposição pelo Poder Executivo (BRASIL, 2009). De acordo com a exposição de motivos do projeto de lei, apresentada em 1º de outubro de 2008, o recurso doado pretendia financiar a instalação da primeira fase da fábrica e seria destinado a obras de

instalação e para aquisição de equipamentos, utensílios e insumos para medicamentos. A doação seria justificada pela importância estratégica e humanitária dessa parceria para o Brasil.

Na exposição de motivos foi apresentado o perfil epidemiológico de Moçambique, onde, de acordo com o documento, 87% da população que necessitava de tratamento com antirretrovirais não tinha acesso aos medicamentos. A defesa da aprovação da doação também foi defendida com o objetivo de impedir a apropriação do projeto de construção da fábrica por outros países, o que, de acordo com o documento, representaria a perda de um valioso instrumento de cooperação e de afirmação dos interesses políticos brasileiros na África. Um dos impasses para a instalação da fábrica era que não estava prevista, na legislação brasileira, a doação de equipamentos, por isso o presidente Lula enviou ao congresso o projeto de Lei para a liberação dos R\$ 13,6 milhões destinados à aquisição do maquinário.

Entre 9 e 10 de novembro de 2010, o presidente Lula realizou sua terceira viagem a Moçambique, ocasião na qual inaugurou a primeira fase da fábrica de medicamentos. Por conta da dificuldade orçamentária de Moçambique para financiar as obras de adequação da fábrica que estavam sob sua responsabilidade, o presidente Lula solicitou a empresa Vale a doação de US\$ 4,5 milhões a Moçambique.

Em 22 de dezembro de 2011 foi assinado, em Maputo, pelo embaixador do Brasil em Maputo e pelo Ministro da Saúde de Moçambique, um ajuste complementar ao acordo geral de cooperação estabelecido entre os dois países em 1981 para o “Projeto de instalação da fábrica de antirretrovirais e outros medicamentos em Moçambique”. Seu objetivo seria o de implementar o projeto de instalação da fábrica por meio da transferência de conhecimentos, tecnologia e capacitação de recursos humanos moçambicanos. O documento considerou a conclusão da análise de viabilidade da fábrica, prevista no ajuste firmado em 15 de julho de 2005 (BRASIL; MOÇAMBIQUE, 2011).

O ajuste de 22 de dezembro de 2011 marca, para nossa pesquisa, o fim da fase de seleção de alternativas que deu origem à fábrica, uma vez que foi por meio desse documento que ficou oficializada a parceria dos países para a instalação da SMM, considerando, inclusive, a doação do maquinário necessário pelo Brasil.

Os equipamentos para a fábrica seriam adquiridos pelo Brasil por meio do Farmanguinhos/Fiocruz e doados ao Ministério da Saúde de Moçambique. A Moçambique também caberia, entre outros, a coordenação do projeto e a disponibilização e manutenção das instalações necessárias para a produção dos medicamentos, atendendo as normas estabelecidas pela Agência Reguladora Nacional e pelas Agências Internacionais (BRASIL;

MOÇAMBIQUE, 2011). Foi, portanto, apenas nesse novo ajuste complementar que foi prevista a doação do maquinário pelo Brasil, considerando a aprovação da Lei nº 12.117, de 14 de dezembro de 2009, que autorizou o Governo do Brasil a efetuar a doação dos recursos até o limite de R\$ 13.600.000,00 ao governo de Moçambique para a instalação da SMM. Conforme já visto, o protocolo de intenções firmado em 2003 previa apenas o apoio à capacitação.

De acordo com uma nota informativa publicada pela Fiocruz, a iniciativa de instalação da fábrica tinha por objetivo fundamental criar condições para que exista em Moçambique uma indústria farmacêutica pública, com capital 100% pertencente ao governo moçambicano, sustentável, capaz de produzir antirretrovirais e outros medicamentos voltados para a atenção básica à saúde, reduzindo a dependência de doações internacionais e criando em Moçambique competências tecnológicas e de gestão industrial farmacêutica. Para tanto, o Brasil realizaria a transferência de tecnologia de produção de 21 medicamentos, seis deles antirretrovirais. Também contribuiria com a elaboração da documentação necessária para a obtenção das certificações necessárias junto às autoridades reguladoras (FIOCRUZ, 2012).

No que diz respeito à importância da comunidade de especialistas, ou participantes invisíveis, como geradores e difusores de alternativas de políticas públicas, embora a política externa brasileira seja conduzida pelo executivo, diminuindo as possibilidades de debates públicos para sua definição, o poder executivo conta com um corpo diplomático, ou seja, uma comunidade de especialistas que apoia esse processo. No caso da SMM, os participantes invisíveis tiveram papel fundamental na dinâmica dessa política por meio da atuação dos técnicos da FIOCRUZ e da ABC na realização dos estudos de viabilidade. Foi com base nesses estudos que a escolha da política pública foi realizada pelos participantes visíveis.

As obras da fábrica foram concluídas em fevereiro de 2012 e a operação fabril teve início em 22 de julho do mesmo ano, sem que a totalidade da área de produção estivesse em operação. Nessa data teve início a embalagem do medicamento Nevirapina 200mg cpr, produzido pelo Brasil e enviado a Moçambique apenas para ser embalado (FIOCRUZ, 2012).

Entre julho e setembro de 2013, a fábrica produziu seus primeiros medicamentos, todos para hipertensão. Em agosto de 2013, produziu pela primeira vez um medicamento antirretroviral genérico, a Lamivudina e, em agosto de 2013, seu segundo antirretroviral, a Nevirapina. No entanto, os medicamentos ainda precisam obter o certificado de qualidade do órgão regulador de medicamentos de Moçambique, mas, enquanto isso, a fábrica começará a embalar um antibiótico e um antirretroviral enviados pelo Brasil para que as vendas já possam

começar. O projeto de implantação da fábrica é o mais longo e caro que o Brasil já estabeleceu com o continente africano. A Fiocruz estima que já foram gastos mais de US\$ 20 milhões. De acordo com a organização Médicos Sem Fronteiras, ainda é cedo para opinar se a fábrica trará ou não benefícios para a população de Moçambique (ROSSI, 2013).

Nesse cenário, o questionamento recorrente é se haverá orçamento para manter a fábrica em funcionamento. O projeto foi criado com a expectativa de que a produção excederia a necessidade de Moçambique e esse excesso poderia ser vendido a outros países do sul da África, e a renda dessas vendas manteria o funcionamento da fábrica. No entanto, não é possível prever se os medicamentos produzidos pela Sociedade Moçambicana de Medicamentos (SMM) terão preços competitivos o suficiente para concorrer com os atuais fornecedores de medicamentos do sul da África, entre eles a Índia, que, por seus baixos preços, é uma das principais fornecedoras de medicamentos do mundo. Veja no quadro a seguir os principais pontos identificados no fluxo das alternativas.

QUADRO 3 - Fluxo das Alternativas

Dinâmica das políticas públicas	Amaciamento da política por meio de parcerias entre Brasil e Moçambique relativas à saúde e HIV/AIDS anteriores a 2003. Avaliação inicial para o estabelecimento da proposta realizada pela FIOCRUZ em junho de 2003. Análise de viabilidade técnica desenvolvida pela ABC em 2005 e aprovada pelo governo de Moçambique em agosto de 2007.
Comunidade de especialistas como difusores da política pública?	A FIOCRUZ e a ABC exerceram papel de destaque na produção de alternativas por meio da realização de estudos de viabilidade, no entanto, a seleção das alternativas que seriam aplicadas foi realizada pelos participantes visíveis.

Fonte: Elaboração própria.

Vimos que as parcerias na área da saúde e HIV/Aids, estabelecidas entre Brasil e Moçambique anteriores a SMM, foram importantes, sob a perspectiva do modelo de Kingdon (1984), à medida que “amaciaram” o terreno para o surgimento da SMM. Além disso, a produção da alternativa da SMM também contou com o importante papel dos chamados “atores invisíveis” por meio das análises de viabilidade realizadas pela FIOCRUZ e pela ABC. Embora Kingdon (1984) trate os “atores invisíveis” organizados em comunidades de especialistas como importantes difusores de propostas de políticas públicas, no caso da SMM, a difusão também foi realizada, em grande parte, pelo então presidente Lula, considerado um “ator visível”, e por sua equipe diplomática, em consequência do modelo de condução da política externa brasileira.

3.3 JANELA DE OPORTUNIDADE

No que se refere à janela de oportunidade ou *policy window*, Kingdon (1984) trata da importância das propostas serem ouvidas no tempo certo e de elas já terem sido gestadas e amaciadas antes que surja o momento certo de serem apresentadas. Para ele, o fluxo dos problemas, da política e das alternativas possui “vida própria”, mas há momentos em que se unem. Um problema chama a atenção, uma proposta de política pública é associada a ele e oferece uma solução, ou então um evento político gera mudanças na direção. Quando as circunstâncias propiciam a convergência dos fluxos surge uma janela de oportunidade.

Diante das informações levantadas, é possível constatar que, em novembro de 2003, houve o encontro desses fluxos. A agenda foi estabelecida por meio da percepção brasileira de um problema que estava envolto em uma situação política favorável no Brasil e em Moçambique. As janelas podem ser abertas por meio do fluxo dos problemas ou das políticas, assim, há janelas de problemas e janelas de políticas.

No caso da SMM, podemos considerar que houve a abertura de uma janela política, pois foi com a mudança na administração do Brasil que os problemas enfrentados em Moçambique ganharam mais destaque. A mudança política em Moçambique com a aprovação de uma lei que permitiu a distribuição pública de antirretrovirais e a demanda do país pela cooperação brasileira na área de produção de medicamentos completam a abertura dessa janela política. A janela de oportunidade promoveu uma ligação completa entre os fluxos dos problemas, das alternativas e da política, o que fez com que o tema ascendesse à agenda de decisão.

Nesse processo também podemos identificar a ação dos empreendedores políticos, pessoas dispostas a investir seus recursos em troca de algum benefício político futuro, podendo ser políticos eleitos e motivados, dentre outros, pela promoção de seus valores políticos. A ação desses empreendedores busca levar à agenda os problemas que lhes preocupam e tentar tornar as soluções que defendem aplicáveis. O empreendedor político de mais destaque nesse processo foi o presidente Lula, que defendeu desde o início de seu mandato uma política mais ativa em relação à África, com base em valores solidários e de interesse de política externa. Assim, a parceria com Moçambique instrumentalizou os interesses e objetivos de política externa do presidente.

Nesse cenário, uma proposta de política pública foi difundida e, após passar por certos crivos, foi selecionada. Essa proposta já havia sido amaciada por suas antecessoras relativas a parcerias em saúde e HIV/Aids entre Brasil e Moçambique. A alternativa começou a ser confrontada com critérios próprios de sua seleção mesmo antes de seu lançamento, por meio de uma avaliação inicial realizada pela Fiocruz, em junho de 2003, para o estabelecimento da proposta. Assim, na visita do presidente Lula a Moçambique nesse ano, quando a proposta foi publicamente anunciada e o protocolo de intenções entre os países foi assinado, a janela de oportunidade estava claramente formada. A alternativa lançada por Lula ainda precisou de mais alguns passos. A ABC desenvolveu o estudo de viabilidade técnica, cuja aprovação foi anunciada, em 22 de agosto de 2007, pelo porta-voz do governo moçambicano, Luís Covane.

No processo de seleção dessa alternativa, o Brasil ainda precisou aprovar, em dezembro de 2009, a Lei nº 12.117, que autorizou o Poder Executivo brasileiro a doar recursos a Moçambique, no total de até R\$ 13.600.000,00, para apoiar a construção da primeira fase da fábrica de medicamentos. Por conta da dificuldade orçamentária enfrentada por Moçambique para financiar as obras de adequação da fábrica que estavam sob sua responsabilidade, o presidente Lula solicitou à empresa Vale a doação de US\$ 4,5 milhões a Moçambique, realizada em novembro de 2010.

Tendo em vista que a construção das políticas públicas não ocorre em sequência perfeita e que muitas vezes suas fases se sobrepõem uma sobre a outra, consideramos que o fim do processo de seleção de alternativas que deu origem a SMM aconteceu em 22 de dezembro de 2011. Nessa data foi assinado, em Maputo, um ajuste complementar ao acordo de cooperação estabelecido entre Brasil e Moçambique de 1981. Esse ajuste se referia ao “Projeto de instalação da fábrica de antirretrovirais e outros medicamentos em Moçambique”. Seu objetivo seria o de implementar o projeto de instalação da fábrica por meio da transferência de conhecimentos e tecnologia e da capacitação de recursos humanos moçambicanos.

Diante dos dados apresentados, podemos concluir que a janela de oportunidade que deu origem a SMM surgiu no governo Lula, embora as ações do governo FHC tenham sido importantes nesse processo. Outro ponto crucial para o entendimento dessa política foi a mudança que ocorreu em Moçambique, que só em dezembro de 2001 aprovou a distribuição de ARV como parte do programa nacional de combate ao HIV/Aids.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no modelo de Kingdon (1984) e no arcabouço teórico referente à cooperação internacional, identificamos os fluxos que deram origem à agenda e a alternativa de política pública para a participação do Brasil na instalação da Sociedade Moçambicana de Medicamentos (SMM). Constatamos que a agenda teve início efetivo no governo Lula, mas sua ascensão foi possível diante da condução da política externa do governo FHC. Com base na discussão empreendida no Capítulo 1 sobre o que leva os países a cooperarem, vimos que o Brasil tende a cooperar quando a demanda dos países receptores se relaciona com sua oferta, em geral ligada a áreas em que o Brasil possui experiência acumulada e até níveis de excelência. Esse foi o caso da SMM, relacionada à expertise do Brasil no combate e controle do HIV/Aids.

Do ponto de vista estratégico, a demanda tem um peso importante nas ações de Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD) do Brasil, revelando, assim, sua predisposição à horizontalidade; além disso, as circunstâncias da agenda diplomática são relevantes na definição das ações de cooperação. A visita de um presidente ou Chanceler a um país pode exercer grande influência na escolha de um receptor e da temática da cooperação. Embora a instrumentalidade política das ações de cooperação internacional do Brasil no governo Lula tenha sido abertamente declarada, o Brasil não induz a demanda dos países receptores com o objetivo de obter ganhos comerciais. Isso acontece devido à falta de coordenação entre as ações de CTPD e a política de promoção comercial do Itamaraty. Assim, quando ocorrem ganhos comerciais, eles são eventuais e não são frutos de planos preestabelecidos.

A demanda desempenhou papel importante na parceria para a instalação da SMM, uma vez que as solicitações de parceria partiram de Moçambique. No entanto, percebemos que a horizontalidade defendida pelo Brasil em suas parcerias de cooperação é difícil de ser efetivada em casos como o da SMM aonde há grande deficiência no país receptor. A falta de experiência de Moçambique no tema deixou a cargo do Brasil todo o processo de análises, estudos de viabilidade e produção de propostas. Portanto, embora no plano do discurso o Brasil defenda parcerias de cooperação construídas em bases de igualdade, Moçambique permaneceu passivo diante da construção das alternativas para a instalação da SMM. É evidente que essa passividade de Moçambique está diretamente ligada à falta de expertise do

país na área de HIV/Aids e com a histórica dependência externa do país, habituado a receber a cooperação de modo impositivo. A seleção da alternativa precisou passar pelo crivo moçambicano, pois carecia de sua aprovação; no entanto, as dificuldades institucionais do país ainda hoje provocam dificuldades no processo de implantação da fábrica.

Diante do exposto, podemos constatar que a parceria estabelecida entre Brasil e Moçambique para a instalação da SMM foi um parceria bilateral de CTPD, no campo do HIV/Aids. Esse tipo de prática de cooperação entre países faz parte de um fenômeno recente. As primeiras experiências cooperativas entre países datam do século XIX, mas a cooperação internacional com fins de alcançar o desenvolvimento do país receptor foi efetivamente inaugurada no pós-Segunda Guerra, no contexto da Guerra Fria. Contribuiu, para isso, o Plano Marshall.

Inicialmente, a cooperação se dava essencialmente entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Esse tipo de cooperação foi alvo de muitas críticas por seu padrão vertical e suas condicionalidades. Posteriormente, tem início um novo fenômeno da cooperação internacional entre países em desenvolvimento, a chamada cooperação Sul-Sul. Nessa categoria identificamos a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD).

O Brasil começou a prestar CTPD a partir dos anos 1970. Sua CTPD possui um discurso de cooperação horizontal, orientada para a demanda. A segunda principal área de CTPD do Brasil é a saúde e, nela, o país coopera também em HIV/Aids. Como vimos, para Puente (2010), a agenda para a CTPD brasileira é construída a partir da junção da oferta, demanda e agenda diplomática favorável.

Moçambique, de um lado, possui proximidade histórica e cultural com o Brasil e alta demanda por ações no campo do HIV/Aids, por ser um dos países com maiores índices epidemiológicos e mais dependência externa para o enfrentamento da doença. O Brasil, por outro lado, possui um elogiado programa de HIV/Aids. O Brasil começou a prestar cooperação no campo do HIV/Aids a partir do governo FHC e suas relações cooperativas e diplomáticas com a África cresceram a partir do governo Lula. No governo FHC, vimos as primeiras iniciativas brasileiras de CTPD em HIV/Aids, além de outras atuações brasileiras na defesa internacional por acesso a ARV.

Em 2001, o Brasil assinou com Moçambique os primeiros acordos de cooperação relativos à saúde e ao HIV/Aids, mas é em 2003 que são lançadas as bases para a instalação de uma fábrica pública de medicamentos em Moçambique, que posteriormente viria a ser

chamada de SMM. A formação da agenda para a instalação dessa fábrica, bem como a seleção das alternativas que deram origem a ela, foi o nosso objeto de estudo.

A partir do modelo dos fluxos múltiplos, pudemos analisar as variáveis envolvidas para que fosse possível compreender essa formação. Essa parceria poderia ser analisada sob a ótica de Puente (2010) de que a CTPD brasileira é formada pela junção de oferta, demanda e agenda diplomática favorável. Moçambique possui alta demanda por ARV e o Brasil um programa internacionalmente reconhecido em HIV/Aids, o que poderíamos considerar como oferta, e as visitas entre os países consistiram em uma agenda diplomática favorável. No entanto, a análise a partir do modelo de Kingdon nos permitiu considerar outras variáveis que garantem mais profundidade a nossa análise, considerando, inclusive outras questões nacionais dos países envolvidos, conforme defende Lancaster (2007).

Vimos um Brasil que começou a cooperar em HIV/Aids no governo FHC, mas que, oficialmente, não destacava a CTPD como um instrumento de política externa. Nesse mesmo período, vimos que Moçambique possuía altas taxas de infecção por HIV/Aids, com alta dependência externa para o tratamento da doença e sem nenhum programa público de distribuição de ARV. O governo Lula inaugurou uma política mais ativa em relação à África, admitidamente utilizada como instrumento de política externa, mas também justificada por motivações altruísticas e de proximidade histórica e cultural.

A situação de Moçambique foi percebida pelo Brasil como um problema através dos indicadores epidemiológicos e de tratamento em HIV/Aids de Moçambique e pelos *feedbacks* positivos das outras ações brasileiras relativas ao acesso a ARV, cuja importância já estava entre os valores defendidos pelo Brasil, tanto nacional quanto internacionalmente. Além disso, contribuiu para tal percepção a proximidade cultural existente e as visitas diplomáticas que promoveram maior aproximação entre os países, fatores que podem ser considerados, com base no modelo de Kingdon (1984), como símbolos poderosos e eventos de destaque. Depois de identificado o problema, os valores defendidos pelo Brasil, baseados em um discurso de reparação à África, mas com conhecimento da instrumentalidade das ações de cooperação internacional para Política Externa, estabeleceram as bases sob as quais o problema foi definido. Outro ponto importante para que essa agenda fosse formada foi o contexto da política ou o fluxo da política. Nesse sentido, analisamos o contexto político brasileiro, identificamos as mudanças de discurso e de ações do governo FHC e Lula, importantes para a formação dessa agenda, e o humor nacional brasileiro, favorável a esse tipo de iniciativa. Um fluxo político favorável, que no Brasil tinha um presidente que queria

uma política ativa em relação à África, em parte justificada por seus auspícios em política externa, garantiu que o tema ascendesse à agenda.

Contudo, depois de percebido o problema, o que deveria ser feito a respeito? A ideia da instalação da fábrica passou por uma série de crivos próprios do fluxo das alternativas, estudos e análises de viabilidade, aprovação do país receptor etc. As etapas das políticas públicas nem sempre acontecem em sequência perfeita. Assim, sabemos que muitas etapas envolvidas na seleção das alternativas acontecem concomitantemente à implantação do projeto. Consideramos o fim da seleção das alternativas em 2011, quando o acordo final de implantação da fábrica foi assinado.

Com base nesses fluxos, temos então a janela de oportunidade, quando há a junção dos três fluxos considerados: o fluxo dos problemas, da política e das alternativas. Consideramos que houve a abertura de uma janela política, uma vez que a mudança na administração do Brasil tornou o fluxo da política preponderante em relação aos demais. Temos uma agenda formada, ou seja, o governo brasileiro considera o problema de Moçambique, e uma alternativa, após passar pelos crivos próprios, foi selecionada. Assim, se formou a política em questão, alvo de inúmeros debates, mas cuja necessidade para muitos é incontestável.

Podemos considerar aqui o já referido problema de governança, pois a fábrica foi instalada em um país onde não havia e não há ainda nenhuma outra fábrica de medicamentos. Essa falta de *know how* dificultou o trabalho brasileiro. Além disso, ela foi instalada em um país com enorme dependência orçamentária de doações internacionais, o que também o deixa em situação de pouca autonomia em relação ao seu orçamento, não sabendo ainda se terá orçamento disponível para manter a fábrica.

REFERÊNCIAS

ABC 2005. Estudo de viabilidade técnico econômico para instalação de fábrica de medicamentos em Moçambique para produção de medicamentos anti-retrovirais e outros. Maputo, 2005. Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2005/b_115/>. Acesso em: nov. 2013

ABREU, Fernando J. M. A evolução da Cooperação Técnica Internacional no Brasil. **Mural Internacional**, v. 4, n. 2, jul.-dez. 2013.

AFONSO, Maria M. A cooperação para o desenvolvimento e as suas motivações. In: _____; Fernandes Ana P. **ABCD: Introdução à cooperação para o desenvolvimento**. Lisboa: Instituto Marquês de Valle Flôr, 2005.

AIDS PORTUGAL 2007. **Moçambique: Fábrica de antirretrovirais traria mais autonomia**. Disponível em: <www.aidsportugal.com/Modules/WebC_AIDS/Articles/ViewArticles.aspx?Mid=177&Aid=8004>. Acesso em: dez. 2013.

ALMEIDA, Paulo Roberto. Uma política externa engajada: a diplomacia do governo Lula. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v. 47, n. 1, p. 162-184, 2004.

AZEVEDO, Maria Gabriela. **Acesso gratuito a medicamentos Antirretrovirais: Contribuição do Legislativo para a Política de Combate à AIDS no Brasil**. 2010. 50f. Monografia (Especialização em Legislativo e Políticas Públicas) – Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados/Cefor, Brasília, 2010.

AYLLÓN, Bruno. O Sistema Internacional de Cooperação ao Desenvolvimento e seu estudo nas Relações Internacionais: a evolução histórica e as dimensões teóricas. **Revista de Economia e Relações Internacionais**, São Paulo, v. 5, n. 8, p. 5-23, jan. 2006.

BRASIL 2013. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p__51315.pdf>. Acesso em: nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim da atuação internacional brasileira em saúde**. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2011/Ago/23/boletim4_port_180811.pdf>. Acesso em: jul. 2013.

BRASIL. **Atuação brasileira no combate à Aids é referência para outros países, segundo ONU.** 2012b. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/imprensa/noticias-de-governo/atuacao-brasileira-de-combate-a-aids-e-referencia-para-outros-paises-segundo-a-onu-1>> Acesso em: abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de progresso da resposta brasileira ao HIV/AIDS (2010-2011).** Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/51906/ungass_2012_portugues_rev_08jun_pdf_51895.pdf. Acesso em: abr. 2013.

BRASIL. Congresso. Senado. Resolução nº 57, de 2005. Autoriza a União a contratar operações financeiras voltadas ao reescalonamento da dívida do Banco de Moçambique para com a República Federativa do Brasil, no montante equivalente a US\$ 331,686,015.65, de acordo com o Contrato de Reestruturação da Dívida firmado em 31 de agosto de 2004. **Diário Oficial da União**, 19 set. 2005. Seção 1, p. 2.

BRASIL. Lei nº 12.117 de 14 de dezembro de 2009. Autoriza a União a doar recursos a República de Moçambique para a primeira fase de instalação de fábrica de antirretrovirais e outros medicamentos. **Diário Oficial da União**, 15 dez. 2009. Seção 1, p.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aids no Brasil.** 2013. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>. Acesso em: abr. 2013.

BRASIL. **Boletim epidemiológico Aids.** 2003. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Boletim_Epidemiologico_AIDS_Ano_XVII_n_1_janeiro_dezembro_2003.pdf. Acesso em: maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. **Programa de Cooperação Internacional para Ações de Prevenção e Controle do HIV/Aids para outros Países em Desenvolvimento.** 2002.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **Política Externa Brasileira Vol. I: Discursos, artigos e entrevistas do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006).** 2007.

BRASIL. **Relatório do projeto de instalação da fábrica de antirretrovirais e outros medicamentos.** 2014. Disponível em: http://www.deivison.com.br/demos/smm/relatorio_SMM.pdf. Acesso em: maio 2014.

BRASIL; MOÇAMBIQUE. **Acordo entre a República Federativa do Brasil e o governo da República de Moçambique para instalação da sede do escritório regional da FIOCRUZ para a África.** Brasília, 2008c.

_____. **Acordo Geral de Cooperação entre a República Federativa do Brasil e a República Popular de Moçambique, 1981.**

_____. **Ajuste complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre o governo da República Federativa do Brasil e o governo da República de Moçambique para implementação do projeto “Apoio ao Programa Nacional de Controle às DST/SIDA”.** Brasília, 2001b.

_____. **Ajuste complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre o governo da República Federativa do Brasil e o governo da República de Moçambique para implementação do projeto PCI-NTWANANO no âmbito do Programa de Cooperação Internacional do Ministério da Saúde do Brasil.** Maputo, 2003c.

_____. **Ajuste complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre o governo da República Federativa do Brasil e o governo da República de Moçambique para implementação do projeto “Estudo de Viabilidade técnico econômico para a instalação de fábrica de medicamentos em Moçambique para produção de medicamentos antirretrovirais e outros”.** Maputo, 2005.

_____. **Ajuste complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre o governo da República Federativa do Brasil e o governo da República de Moçambique para implementação do projeto “Capacitação para produção de medicamentos antirretrovirais e outros medicamentos”.** Brasília, 2008a.

_____. **Ajuste complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre o governo da República Federativa do Brasil e o governo da República de Moçambique para implementação do projeto “Fortalecimento institucional do órgão regulador de medicamentos de Moçambique como agente regulador do setor farmacêutico”.** Brasília, 2008b.

_____. **Ajuste complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre o governo da República Federativa do Brasil e o governo da República de Moçambique para o projeto de instalação da fábrica de antirretrovirais e outros medicamentos em Moçambique.** Maputo, 2011.

_____. **Memorandum de entendimento entre o governo da República Federativa do Brasil e o governo da República de Moçambique no âmbito do Programa de Cooperação Internacional do Ministério da Saúde do Brasil.** Maputo, 2003a.

_____. **Protocolo Complementar ao Acordo de Cooperação Científica, Técnica e Tecnológica entre a República Federativa do Brasil e a República Popular de Moçambique**, 1989.

_____. **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, 2003b.

_____. **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, 2001a.

BROWNE, Stephen (Ed.). **The rise and fall of development aid**. Helsinki: Pikapaino Paatelainen - World Institute for Development Economics Research (ONU/WINDER), 1997.

BUSS, Paulo; FERREIRA, José. Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul saúde e o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 106-118, mar. 2010.

CABRAL, Otávio. Dilma perdoou dívida de países africanos de olho em 2014. **Veja Online**, maio 2013. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/blog/reinaldo/geral/dilma-perdoou-divida-de-paises-africanos-de-olho-em-2014/>>. Acesso em: jan. 2014.

CAPELLA, Cláudia Niedhardt. Formação da Agenda Governamental: perspectivas teóricas. In: XXIX Encontro Anual da ANPOCS, 2005, Caxambu, **Anais...** Caxambu: UNESP, 2005. p. 1-35.

CAU, Hilário Simões. **A construção do Estado de Moçambique e as relações com o Brasil**. 2011. 132f. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

CHILE, Agência de Cooperação Internacional do Chile. **Cooperação Sul-Sul**. 2013. Disponível em: <<http://www.agci.cl/portugues/index.php/cooperacion-sur-sur-y-triangular.>> Acesso em: jun. 2013.

CHISSANO, Joaquim. **Why we should “rethink” Aid**. Discurso realizado na conferência “New Directions in Development Assistance”. Oxford University College, 10 jun. 2007.

COHEN, M. D.; MARCH, J. G., OLSEN, J. P. A garbage can model of organizational choice. **Administrative Science Quarterly**, v. 17, n. 1, p. 1-25, mar. 1972.

CONSTANTINO, Luciana. Acordo reduz gastos com drogas anti-Aids. **Folha de São Paulo**, 2004. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1601200419.htm>. Acesso em: 13 abr. 2013.

CÔRREIA, Yolanda. **Cooperação técnica entre Brasil e os PALOP**. 1997. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) – Universidade de Brasília, Brasília, 1997.

DELEON, Peter. The historical roots of the field. In: MORAN, M.; REIN, M.; GOODIN, R. E. (Org.). **The Oxford Handbook of Public Policy**. New York: Oxford University Press, 2006. Cap. 2, p. 39-57.

DENGBOL, J.; ERBERG P. **Aid: Understanding International Development Cooperation**. New York: Zed Books, 2004.

DIAZ, José Alejandro. **Brasil, de receptor a doador? O caso da cooperação em HIV/Aids do Brasil em Moçambique**. 2013. 134f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

DYE, Thomas R. **Understanding public policy**. New Jersey: Pearson, 2008.

EDOMINGOS. **Bibliografia sobre Moçambique 2014**. Disponível em: <http://edomingos.tripod.com/> Acesso em: jun. 2014

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Nota informativa sobre a iniciativa de instalação da fábrica de antirretrovirais e outros medicamentos em Moçambique**. 09 de novembro de 2012.

FOLLÉR, Maj-Lis. Cooperação Sul-Sul: A parceria brasileira com Moçambique e a construção de uma fábrica de medicamentos de combate à AIDS. **Austral: Revista Brasileira de Estratégia e Relações Internacionais**, v. 2, n. 3, p. 181-207, jan.-jun. 2013.

GRANGEIRO, A. *et al.* Resposta à AIDS no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Revista Pan americana de Saúde Pública**, v. 26, n. 1, 2009.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. **Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional: 2005-2009**. Publicado em 2010. Disponível em:

<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/Book_Cooperacao_Brasileira.pdf>. Acesso em: jan. 2014.

KINGDON, J. **Agenda, alternatives and public policy**. Boston: Little Brown Publishing, 1984.

LAFER, Celso. A herança diplomática de FHC. **O Estado de São Paulo**, maio 2004. Disponível em: <<http://www.trela.com.br/arquivo/A-herana-diplomtica-de-FHC>>. Acesso em: jan. 2014.

LANCASTER, Carol. **Foreign aid: diplomacy, development, domestic politics**. Chicago: The University of Chicago Press, 2007.

LEITE, Iara. Cooperação Sul-Sul: conceito, história e marcos interpretativos. **Observatório Político Sul Americano**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 1-40, mar. 2012.

LEITE, Patrícia Soares. **O Brasil e a cooperação sul-sul em três momentos de política externa: os governos Jânio Quadros/João Goulart, Ernesto Geisel e Luiz Inácio Lula da Silva**. Brasília: Fundação Alexandre Gusmão, 2011.

LERNER, D.; LASSWELL, H. D. **The policy sciences: recent developments inscope and method**. Stanford: Stanford University Press, 1951.

LIMA, Thaísa; CAMPOS, Rodrigo. O perfil dos projetos de cooperação técnica brasileira em Aids no mundo: explorando potenciais hipóteses de estudo. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 119-133, mar. 2010.

LIMA 2007. Moçambique: Fábrica de antirretrovirais traria mais autonomia. **Aids Portugal**. Disponível em: <www.aidsportugal.com/Modules/WebC_AIDS/Articles/ViewArticles.aspx?Mid=177&Aid=8004>. Acesso em: fev. 2014.

LIMA, Maria Regina Soares. A política externa brasileira e os desafios da cooperação Sul-Sul. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v. 48, n. 1, p. 24-59, 2005.

LOPES, Roberta. **O governo brasileiro e a cooperação Sul-Sul com Moçambique no campo da saúde pública**. 2013. 203f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO), Rio de Janeiro, 2013.

LOPES, Luara L. A. **A Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD) da Agência Brasileira de Cooperação (ABC-MRE): o Brasil como doador.** 2008. 233f. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) – Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais San Tiago Dantas (UNESP, UNICAMP, PUC-SP), São Paulo, 2008.

MACAUHUB 2007. **Governo de Moçambique aprova eventual construção de uma fábrica de medicamentos.** Disponível em: <<http://www.macauhub.com.mo/pt/2007/08/22/3590/>>. Acesso em: jan. 2014.

MAGALHÃES, Thaís. **A cooperação técnica entre países em desenvolvimento na política externa do governo Lula (2003-2006): O Brasil e o continente africano.** 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Instituto de Relações Internacionais, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

MANJATE, Alfredo. Moçambique continua entre os países com mais infecções pelo HIV/Sida. 4 dez. 2013. Disponível em: <<http://www.verdade.co.mz/saude-e-bem-estar/42198-mocambique-continua-entre-os-paises-com-mais-infeccoes-pelo-hivsida>>. Acesso em: jun. 2014.

MANUEL, Sandra. Políticas de HIV e SIDA e Dinâmicas Socioculturais em Moçambique: notas para reflexão. In: BRITO, L. *et al.* (Org.). **Desafios para Moçambique, 2011.** Maputo: IESE, 2011. p. 333-352

MATSINHE, C. **Tábula rasa:** dinâmicas da resposta moçambicana ao HIV/SIDA. Maputo: Texto Editores, 2005.

MOÇAMBIQUE, **Portal do Governo de Moçambique.** Disponível em: <<http://www.portaldogoverno.gov.mz/Mozambique>>. 2014a. Acesso em: fev. 2014.

MOÇAMBIQUE, **Portal do Governo de Moçambique.** 2014b. Disponível em <<http://www.portaldogoverno.gov.mz/Mozambique/resHistorico>>. Acesso em: maio 2014.

MOÇAMBIQUE. **Inquérito Demográfico e de Saúde 2011.** Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI). Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI, 2013c.

MONASO 2008, Rede Moçambicana de Organizações contra a SIDA. **Análise da situação do HIV e SIDA e acesso ao TARV em Moçambique.** Relatório produzido para a 1ª Conferência da Sociedade Civil sobre HIV e SIDA em Moçambique. Maputo, abr. 2008.

MPD 2013, Ministério da Planificação e Desenvolvimento de Moçambique. **Coordenação e Eficácia da Ajuda em Moçambique**. 3. ed. Maputo: MPD, 2013.

MRE, Ministério das Relações Exteriores, 2014a. **Cooperação Técnica**. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/temas/cooperacao-tecnica>>. Acesso em: jun. 2014.

MRE, Ministério das Relações Exteriores do Brasil. **Moçambique, Comércio Exterior**. 2014b. Disponível em: <[http://www.brasilglobalnet.gov.br/ARQUIVOS/Indicadores Economicos/INDMocambique.pdf](http://www.brasilglobalnet.gov.br/ARQUIVOS/IndicadoresEconomicos/INDMocambique.pdf)>. Acesso em: jun. 2014.

MUFANEQUIÇO. **Moçambique**: Fábrica de antirretrovirais traria mais autonomia. Aids Portugal. 2007. Disponível em: <www.aidsportugal.com/Modules/WebC_AIDS/Articles/ViewArticles.aspx?Mid=177&Aid=8004>. Acesso em: dez. 2013.

NIPASSA, Orlando. **Ajuda externa e desenvolvimento em Moçambique**: uma perspectiva crítica. In: II Conferência do Instituto de Pesquisas Econômicas e Sociais (IESE), Dinâmicas da Pobreza e Padrões de Acumulação em Moçambique. 2009, Maputo, Anais... Maputo, 2009.

OLIVEIRA, Marcelo; MORENO, Fernanda. Negociações comerciais internacionais e democracia: o contencioso Brasil x EUA das patentes farmacêuticas na OMC. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 1, p. 189-220, 2007.

PATRIOTA, Antonio. Antonio de Aguiar Patriota Entrevista. **Boletim da atuação internacional brasileira em saúde**, Brasília, n. 5, p. 4-5, novembro de 2011.

PNUD, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Disponível em <<http://www.pnud.org.br/CooperacaoSulSul.aspx>>. Acesso em: jun. 2013.

PNUD, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Human development report**: The rise of the South: human progress in a diverse world. 2013. Disponível em: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/14/hdr2013_en_complete.pdf>. Acesso em: jan. 2014.

PNUD 2014, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Human Development Report**: Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience . Disponível em: <<http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/HDR/2014HDR/HDR-2014-English.pdf>>. Acesso em: jul. 2014.

PUENTE, Carlos Afonso. **A cooperação técnica horizontal brasileira como instrumento de política externa: a evolução da cooperação técnica com países em desenvolvimento – CTPD – no período 1995-2005.** Brasília: Fundação Alexandre Gusmão, 2010.

RANDALL, Rypley. (1985). Stages of the policy process. In: MACCOOL, Daniel. **Public policy theories, models, and concepts: an anthology.** Prentice Hall, 1995. p. 157-162.

RENZIO, P. *et al.* **O Brasil e a Cooperação Sul-Sul: como responder aos desafios correntes.** Brics Policy Center – Policy Brief, maio 2013. Disponível em: <<http://bricspolicycenter.org/homolog/uploads/trabalhos/5992/doc/1619030609.pdf>> Acesso em: jan. 2014.

RODRIGUES, M. M. A. **Políticas públicas.** São Paulo: Publifolha, 2010.

ROSSI, Amanda. Depois de 10 anos, fábrica de remédios contra Aids começa a produzir na África. **Estadão,** 2 nov. 2013. Disponível em: <<http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,depois-de-10-anos-fabrica-de-remedios-contra-aids-comeca-a-produzir-na-africa,1092215>>. Acesso em: jun. 2014.

ROSSI, Amanda. Brasil, um país doador. **Le monde Diplomatic Brasil,** abr. 2011. Disponível em: <<http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=910>>. Acesso em: jan. 2014.

SANCHES, Michelle R. *et al.* Política externa como política pública: uma análise pela regulamentação constitucional brasileira (1967-1988). **Revista de Sociologia Política,** Curitiba, v. 27, p. 125-143, nov. 2006.

SATO, Eiiti. Cooperação internacional: uma componente essencial das relações internacionais. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde,** Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 46-57, mar. 2010.

SECCHI, Leonardo. **Política públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos.** São Paulo: Ceangage Learning, 2012.

SILVA; Elaine; SPÉCIE, Priscila; VITALE, Denise. **Atual arranjo institucional da política externa brasileira.** IPEA Texto para Discussão n° 1489. Brasília, maio de 2010.

SILVESTRE, Rosa Maria. **A horizontalização da cooperação técnica internacional: o caso das funções essenciais de saúde pública no Brasil.** 2007. 132f. Dissertação (Mestrado de Estudos Comparados sobre as Américas) – Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

SOUSA, Adelaine *et al.* A política de AIDS no Brasil: uma revisão de literatura. **J Manag Prim Health Care**, v. 3, n. 1, p. 62-66, 2012.

SOUZA, Amaury. **A agenda internacional do Brasil**: um estudo sobre a comunidade brasileira de política externa. Centro Brasileiro de Estudos Internacionais (CEBRI), 2002.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, jul.-dez. 2006.

TORRONTÉGUY, Marco **O Direito Humano à Saúde no Direito Internacional**: Efetivação por meio da cooperação sanitária. 2010. 355f. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, 2010.

TRUMAN, D.B. **The governmental process**: political interests and public opinion. Nova York: Alfred A. Knopf, 1951.

UNDP. **Background**. 2014. Disponível em: <<http://ssc.undp.org/content/ssc/about/Background.html>> Acesso em: fev. 2014.

UNFPA, Fundo de populações das Nações Unidas (2013). Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/sobre-o-unfpa/cooperacao-sul-sul>>. Acesso em: jun. 2013.

UNAIDS (2010), Epidemia de VHI nos países de língua oficial portuguesa. Disponível em: http://www.unaids.org.br/biblioteca/links/UNAIDS/UNAIDS%207/UNAIDS%207_6.pdf. Acesso em: maio 2014.

UNAIDS 2013. **Global Report**: UNAIDS report on the global epidemic 2013. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/unaids_global_report_2013_en.pdf>. Acesso em: jan. 2014

VIZENTINI, Paulo Fagundes. **Relações internacionais do Brasil**. De Vargas a Lula. São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2005.

ANEXOS

ANEXO I – PORTFÓLIO DE TRANSFERÊNCIA DE TECNOLOGIA DO BRASIL PARA MOÇAMBIQUE

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Antibióticos	
Amoxicilina	500 mg cápsula
Amoxicilina + clavulanato de potássio	500 + 125 mg comprimido revestido
Antirretrovirais e Antivirais	
Lamivudina	150 mg comprimido revestido
Lamivudina + Zidovudina	150 + 300 mg comprimido revestido
Lamivudina + Zidovudina + Nevirapina	150 + 300 + 200 mg comprimido
Lamivudina + Zidovudina + Nevirapina	30 + 60 + 50 mg comprimido revestido
Nevirapina	200 mg comprimido
Ribavirina	250 mg cápsula
Antianêmico	
Ácido Fólico	5 mg comprimido
Antihipertensivo	
Captopril	25 mg comprimido
Propranolol cloridrato	40 mg comprimido
Anti-inflamatório	
Diclofenaco de potássio	50 mg comprimido revestido
Hipoglicemiante	
Glibenclamida	5 mg comprimido
Diurético	
Hidroclorotiazida	25 mg e 50 mg comprimido
Antiparasitário	
Metronidazol	250 mg comprimido
Corticosteróide	
Prednisona	20 mg comprimido

Fonte: Brasil, 2014.

ANEXO II – PRINCIPAIS EQUIPAMENTOS DOADOS PELO BRASIL A MOÇAMBIQUE*

EQUIPAMENTO	MARCA	MODELO
Sistema de granulação a seco	Fitzpatrick	IR520 M5A
Máquina contadora de comprimidos	IMA	Swiftpack
Revestidora de comprimidos	IMA	GS HT 300
Compressora rotativa	IMA	S 250 Plus 26 S 250 Plus 44
Encapsuladeira	IMA	ZIBO 40F
Rotuladora automática	Codatec	-
Cromatógrafo líquido	Waters	2695XC
Cromatógrafo gasoso	Agilent	7890 A
Câmaras climáticas	Vötsch	VP-600 VCL-010
Espectrofotômetro (UV/Visível)	Varian	-
Analizador de TOC e condutivímetro	Hach Company	PAT 700

Fonte: Brasil (2014).

*Além destes, outros equipamentos de produção, controle qualidade e informática integraram a doação do Brasil a Moçambique.

ANEXO III – CRONOGRAMA DE MACROATIVIDADES.

2003 - 2004	>> Negociações entre Brasil e Moçambique.
2005 - 2007	>> Estudos de Viabilidade Técnico-Econômica e outros.
2007 - 2010	>> Acordos, aquisição da fábrica Final Farmacêutica na Matola, realização do Projeto Executivo, planejamento para obras e compra de equipamentos.
2010 - 2011	>> Obras, instalação de equipamentos, elaboração de documentação, capacitação, qualificação e validação. >> Submissão de dossiê de registro dos medicamentos em Moçambique. >> Início da transferência de tecnologia e do processo de embalagem de medicamentos (2º semestre de 2011).
2012 - 2014	>> Início da produção de medicamentos (2012). >> Finalização da transferência de tecnologia. >> Certificação Internacional.

Fonte: Brasil, 2014.

ANEXO IV – INVESTIMENTOS.

INVESTIMENTOS	Valor em US\$
Governo Brasileiro	
Investimentos iniciais	
Estudos de viabilidade técnico-econômica e outros (2005 a 2007).	455,400.00 ¹
Capacitação técnica gerencial (2008-2012).	776,241.00 ²
Financiamento: Agência Brasileira de Cooperação/MRE.	1,231.641.00
Aquisição de Equipamentos	
Equipamentos fabris: produção, controle de qualidade e embalagem (2010).	5,000.000.00 ³
Outras Ações	
Transferências de tecnologias (21 medicamentos), validação e registros, estudos técnicos, projeto executivo para obras, gerenciamento do projeto e demais módulos de capacitação (2009-2014).	15,173.768.00 ³
Financiamento: Ministério da Saúde. Fonte: Ministério da Saúde, Mais Saúde, 4ª edição, 2010.	20,173.768.00
INVESTIMENTO TOTAL DO GOVERNO BRASILEIRO	21,405.409.00
Empresa Brasileira	
Obras Externas na SMM S.A. (2010).	110,000.00 ³
Financiamento: Vale S.A.	110,000.00
INVESTIMENTOS	
Governo Moçambicano	
Aquisição da fábrica de medicamentos SMM S.A. (2008).	
Manutenção da operação fabril para a produção de soluções parenterais de grandes volumes (a partir de 2009).	
Obras e instalações industriais para a produção de antirretrovirais e outros medicamentos (2010-2011).	
Operação da nova planta fabril (a partir de 2011).	

Fonte: Brasil, 2014.

ANEXO V – FOTOS DA FÁBRICA.

Fachada



Fonte: Lopes (2013).

Capacitação dos funcionários da fábrica



Fonte: Lopes (2013).

Interior da fábrica



Fonte: Lopes (2013).