



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares - CEAM  
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Sociedade e  
Cooperação Internacional - PPGDSCI

**EMERGÊNCIA GLOBAL: HIV, COOPERAÇÃO  
INTERNACIONAL E DIREITOS HUMANOS  
A Tessitura de um processo inacabado**

Ângela Pires Terto

Brasília – DF

Novembro de 2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares - CEAM  
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Sociedade e  
Cooperação Internacional - PPGDSCI

**EMERGÊNCIA GLOBAL: HIV, COOPERAÇÃO  
INTERNACIONAL E DIREITOS HUMANOS**  
**A Tessitura de um processo inacabado**

Ângela Pires Terto

Orientadora Prof. Dra. Ana Lúcia Eduardo Farah Valente

Brasília – DF

Novembro de 2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares - CEAM  
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Sociedade e  
Cooperação Internacional - PPGDSCI

**EMERGÊNCIA GLOBAL: HIV, COOPERAÇÃO  
INTERNACIONAL E DIREITOS HUMANOS**  
**A Tessitura de um processo inacabado**

Tese apresentada ao Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília como requisito final para obtenção do grau de Doutor em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional.

Data da defesa: 30 de novembro de 2016

Banca Examinadora:

**Ana Lúcia Eduardo Farah Valente. Titular** – Orientadora

Universidade de Brasília (UnB)

**Alejandra Leonor Pascual Prof. Dr.**

Universidade de Brasília (UnB)

**Umberto Euzébio Prof. Dr.**

Universidade de Brasília (UnB)

**Leides Moura Prof. Dra.**

Universidade de Brasília (UnB)

**Ximena Pamela Bermudez Profa. Dra.**

Universidade de Brasília (UnB)

**Renato Zerbini Leão Prof. Dr.**

UniCEUB

Brasília – DF

Novembro de 2016

## AGRADECIMENTOS

À ancestralidade, com todas aquelas que me antecederam pela coragem, persistência e resistência.

À minha família, em especial aos meus avós maternos Aloizio e Eloiza Pires, Ulisses Terto Neto e Átila, cujo exemplo e apoio incondicional foi essencial antes e durante a elaboração da tese.

À Prof. Dra. Alejandra Leonor Pascual pelo encorajamento e insistência.

À Prof. Dra. Ana Lúcia Eduardo Farah Valente pela confiança que possibilitou que eu buscasse meus caminhos e efetuasse minhas escolhas.

Ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde pelo apoio institucional que permitiu o acesso à vasta documentação.

Ao Sistema ONU no Brasil, em especial aos colegas do Escritório do Coordenador Residente e do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos, pela acolhida.

A todas colegas da Universidade de Brasília que me oportunizaram um constante diálogo acadêmico.

A todas as pessoas que colaboraram a partir das entrevistas, por sua disponibilidade e por permitirem que eu acessasse suas narrativas.

À CAPES, que viabilizou esta pesquisa, possibilitando o acesso às fontes de informação nos vários estados do país.

não atirem para o meu peito  
palavras sórdidas palavras velhas  
para o meu peito não atirem  
palavras velhas palavras sórdidas

inventarei as minhas  
no piso da cidade  
no chão do campo  
na escuridão da solidão

para o meu caminho não atirem  
palavras velhas palavras sórdidas  
irei à busca da palavra  
onde os homens desconhecem o grito  
irei à busca da palavra  
onde os homens cultivam no peito  
as palavras que hão-de ser ditas:  
ditas à janela da cidade  
irei à busca da palavra  
e direi o que se diz entre as paredes  
para que da palavra nasça a luz

não me atirem palavras sórdidas  
palavras velhas  
inventarei as minhas  
e serei um pedaço de palavra.

João Maimona, Luz, *Memória de sombra*

## RESUMO

TERTO, A.P. **Emergência global: HIV, Cooperação internacional e Direitos Humanos. A Tessitura de um processo inacabado.** 2016. 200 f. Tese (Doutorado) – Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

O estudo examina a cooperação internacional para o desenvolvimento sob a perspectiva dos direitos humanos com vistas a explorar as obrigações dos Estados neste contexto. A partir de pesquisa bibliográfica, documental e entrevistas com atores-chave, o estudo analisa como a abordagem de direitos humanos foi reproduzida na cooperação internacional em HIV/AIDS do Brasil junto a outros países em desenvolvimento, com ênfase na cooperação com países africanos. O estudo utiliza a Análise de Discurso Crítica para evidenciar as perspectivas dos diversos atores. A Aids é percebida ora como problema e responsabilidade global, ora como questão de segurança, de desenvolvimento e de saúde global. As obrigações de direitos humanos relacionadas à cooperação para o desenvolvimento, especialmente as obrigações extraterritoriais, que ainda carecem de consolidação, são examinadas a partir da teoria do direito internacional dos direitos humanos, que ficam evidenciadas a partir dos tratados internacionais e literatura acadêmica. O estudo também analisa a prática relatada pelos Estados no âmbito do Comitê da ONU sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que reconhece os direitos humanos ora como objetivos ora como obrigações, oferecendo mais um argumento à consolidação das obrigações dos Estados relacionadas à cooperação internacional. A cooperação brasileira em HIV/AIDS é estudada a partir dos princípios de direitos humanos da igualdade e não discriminação, da indivisibilidade e interdependência, da *accountability*, transparência, monitoramento e avaliação, coerência e coordenação. O estudo identifica a incorporação destes princípios nos instrumentos (acordos e projetos) da cooperação brasileira em HIV/AIDS. A prática, porém, sugere limitações. O estudo examina a parceria entre governo e sociedade civil, que é reconhecida como um dos destaques da resposta brasileira, também no âmbito da cooperação em HIV/Aids. O contraste com a participação social construída no âmbito do Sistema Único de Saúde e da resposta brasileira ao HIV/AIDS revela uma participação ainda restrita à implementação das atividades, carecendo do envolvimento da sociedade civil em todas as fases da iniciativa.

**Palavras-chave:** cooperação internacional, desenvolvimento, direitos humanos, HIV/AIDS, obrigações extraterritoriais

## ABSTRACT

TERTO, A.P. **Global emergency: HIV, international cooperation and human rights. The preparation of an unfinished work.** 2016. 200 f. PhD Thesis – Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

The study examines the international development cooperation from the perspective of human rights with a view to exploring the obligations of States in this context. From literature documentary research and interviews with key actors, the study examines how the human rights approach has been reproduced in international cooperation on HIV/AIDS Brazil with other developing countries, with emphasis on cooperation with African countries. The study uses the Critical Discourse Analysis to highlight the perspectives of different stakeholders. AIDS is perceived now as a problem and global responsibility, sometimes as a matter of security, development and overall health. Human rights obligations related to cooperation for development, especially the extraterritorial obligations, which still require consolidation, are examined from the theory of international human rights law, which are evident from the international treaties and academic literature. The study also analyzes the practice reported by States under the UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, which recognizes human rights either as objectives or as obligations, providing another argument for the consolidation of the obligations of States related to international cooperation. Brazilian cooperation in HIV/AIDS is studied from the human rights principles of equality and non-discrimination, indivisibility and interdependence, accountability, transparency, monitoring and evaluation, coherence and coordination. The study identifies the incorporation of these principles in the instruments (agreements and projects) of Brazilian cooperation in HIV / AIDS. The practice, however, suggests limitations. The study examines the partnership between government and civil society, which is recognized as one of the highlights of the Brazilian response, also in cooperation on HIV/AIDS. The contrast with the social participation built under the National Health System and the Brazilian response to HIV/AIDS reveals a still restricted participation to the implementation of activities, lacking the involvement of civil society in all phases of the initiative.

**Keywords:** international cooperation, development, human rights, HIV/AIDS, extraterritorial obligations

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABC - Agência Brasileira de Cooperação

ACNUDH – Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, na sigla em inglês

AISA - Assessoria Internacional em Saúde

BRICS – Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul

CADHP - Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos

CAMS – Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais

CARICOM – Comunidade do Caribe, na sigla em inglês

CDH – Conselho de Direitos Humanos

CDESC – Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais

CICT – Centro Internacional de Cooperação Técnico-Horizontal em HIV/AIDS

CID – Cooperação Internacional para o Desenvolvimento

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNAIDS – Comissão Nacional de Aids

CPLP - Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

CSSDCA - Conferência sobre a Segurança, Estabilidade, Desenvolvimento e Cooperação em África

CSS – Cooperação Sul-Sul

CTR – Cooperação trilateral

DESC – Direitos econômicos, sociais e culturais

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

DUDH - Declaração Universal dos Direitos Humanos

EBDH – Enfoque Baseado em Direitos Humanos

ECOSOC - Sigla em inglês do Conselho Econômico e Social da Organização das Nações Unidas

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

GCTH – Grupo de Cooperação Técnica em HIV/AIDS

GNP+ - Sigla em inglês da Rede Global de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS

HIV – Vírus da imunodeficiência humana, na sigla em inglês

IBAS – Índia, Brasil e África do Sul



LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

MERCOSUL - Mercado Comum do Sul

PCI - Programa de Cooperação Internacional

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

ODM – Objetivos do Desenvolvimento do Milênio

ODS - Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

OEA – Organização dos Estados Americanos

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONGs – Organizações não-governamentais

ONU – Organização das Nações Unidas

PAC – Plano de Aceleração do Crescimento

PEPFAR- Sigla em inglês do Plano Emergencial do Presidente dos Estados Unidos para Ajuda à AIDS

PIB – Produto Interno Bruto

PIDESC – Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

UNASUL - União das Nações Sul-Americanas

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

UNGASS – Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU sobre HIV/AIDS

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USAID – Sigla em inglês para Ajuda dos Estados Unidos

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Número de novas infecções por HIV e morte por AIDS (1990-2014/ 2000-2014)	P.31
Figura 2 - Porcentagem da população entre 15 e 49 anos vivendo com HIV/AIDS – 1995	P.32
Figura 3 - Porcentagem da população entre 15 e 49 anos vivendo com HIV/AIDS – 2011/2013	P.33
Figura 4 - Marcos da ONU sobre HIV/AIDS	P.36
Figura 5 - Interrelação entre HIV/AIDS e ODMs	P.44
Figura 6 - Total de financiamento e Momentos-Chave na resposta internacional à Aids	P.52
Figura 7 - Total de recursos para HIV/Aids em países de baixa e média renda (2000-2015)	P.52
Figura 8 - Porcentagem de dependência dos países de baixa e média renda de recursos da cooperação internacional para HIV/AIDS	P.53
Figura 9 - Gastos do governo em saúde (2001-2011)	P.56
Figura 10 - Tendências na expectativa de vida durante a epidemia de aids	P.58
Figura 11 - Mapa de países africanos e porcentagem de recursos recebidos de fontes internacionais	P.59
Figura 12 - Pessoas em tratamento antirretroviral (2001-2014)	P.60
Figura 13 - Figura 13. Elementos do Enfoque baseado em direitos humanos	P.66
Figura 14 - Tratados internacionais de proteção dos direitos humanos e data de entrada em vigor	P.67
Figura 15 - <i>Locus</i> de Análise do Enfoque Baseado em Direitos Humanos	P.70
Figura 16 - Tipologia das obrigações de direitos humanos	P.79
Figura 17 - Mapa de Estados partes do PIDESC	P.88
Figura 18 - Relatórios dos Estados ao CDESC por ano (2000-2015)	P.89
Figura 19 - Relatórios dos Estados ao CDESC e tipo de menção à cooperação (2000-2015)	P.93
Figura 20 - Dispendios do governo federal com a cooperação técnica (2005-2013)	P.111
Figura 21 - Dispendios do governo federal com a cooperação técnica internacional por órgãos federais (2005-2013)	P.112
Figura 22 - Carteira de projetos de cooperação técnica na África 2003-2010	P.113

Figura 23 - Cooperação estruturante em saúde	P.114
Figura 24 - Mapa dos países integrantes da Rede Laços Sul-Sul	P.120
Figura 25 - Atividades 2005-2010	P.121
Figura 26 - Mapa dos países africanos com projetos em HIV/Aids com o Brasil	P.128
Figura 27 - Distribuição das unidades de registro de acordo com os temas de cooperação internacional do Brasil em HIV/Aids (2002-2009)	P.132
Figura 28 - Projetos de cooperação em HIV/Aids e temas incluídos	P.162

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Porcentagem da população entre 15 e 49 anos vivendo com HIV/AIDS – 1995 e 2011/2013	P.33
Tabela 2: Metas, estratégias e indicadores relacionadas ao HIV/AIDS (ODM 6)	P.42
Tabela 3. Tratados internacionais de direitos humanos ratificados pelo Brasil	P.67
Tabela 4. Tratados ratificados pelo Brasil – Sistema Interamericano (OEA)	P.68
Tabela 5. Número de relatórios de Estado ao CDESC que mencionam cooperação (2000-2015)	P.89

## SUMÁRIO

<b>Introdução</b>	P. 15
Tecendo a tese	P. 17
O que foi tecido	P. 22
<b>Parte I – A epidemia de HIV/AIDS e a perspectiva de direitos humanos</b>	P. 24
1.1. A aids no Brasil e a relação com o exterior	P. 24
1.2. O discurso da Aids como problema e responsabilidade global	P. 31
1.3. O discurso da segurança	P. 36
1.4. O discurso do desenvolvimento	P. 40
1.5. O discurso da saúde global	P. 50
1.6. A reação do continente africano	P. 53
<b>Parte II - A abordagem de direitos humanos na cooperação para o desenvolvimento</b>	P. 62
2.1. O discurso dos direitos humanos na cooperação para o desenvolvimento	P. 62
2.2. O Enfoque baseado em direitos humanos	P. 65
2.3. O direito ao desenvolvimento	P. 71
2.3.1. Saúde e desenvolvimento	P. 76
2.4. Obrigações de direitos humanos no contexto da cooperação internacional	P. 78
2.5. A prática dos Estados junto ao Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais	P. 87
2.5.1. A cooperação recebida	P. 90
2.5.2. A cooperação prestada	P. 93
2.5.3. Cooperação Sul-Sul	P. 98
<b>Parte III – A abordagem de direitos humanos na cooperação brasileira em HIV/AIDS</b>	P. 106
3.1. A cooperação brasileira para o desenvolvimento	P. 106
3.2. A cooperação brasileira em HIV/AIDS	P. 119
3.3. A linguagem de direitos humanos na cooperação brasileira em HIV/AIDS	P. 130
3.3.1. Igualdade e não-discriminação	P. 135
3.3.2. Indivisibilidade e interdependência	P. 141
3.3.3. <i>Accountability</i> , transparência, monitoramento e avaliação	P. 142
3.3.4. Coerência e coordenação	P. 145

3.4. A parceria entre governo e sociedade civil na cooperação em HIV/AIDS	P. 150
3.4.1. Participação social no SUS	P. 153
3.4.2. Cooperação internacional em saúde e participação social no Brasil	P. 154
3.4.3. Participação da sociedade civil na cooperação em HIV/Aids	P. 159
<b>Conclusões</b>	P. 164
<b>Referências Bibliográficas</b>	P. 172
<b>Anexos</b>	P. 188
Anexo A - Roteiro de entrevista semi-estruturada	P. 188
Anexo B - Termo de consentimento livre e esclarecido	P. 189
Anexo C - Termo de responsabilidade pelo uso de informações e cópias de documentos para fins de pesquisa	P. 190
Anexo D - Aceite institucional	P. 191
Anexo E - Atos normativos internacionais bilaterais em HIV/AIDS	P. 192
Anexo F - Anexo F – Relatórios ao CDESC analisados (2000-2015)	P. 195

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a epidemia de HIV/AIDS atingiu de forma cruel populações que já eram estigmatizadas pela sociedade, tais como gays, pessoas que usam drogas e profissionais do sexo. Nesse contexto, desde o início, a resposta brasileira ao HIV/AIDS foi fortemente marcada pelos direitos humanos, de maneira a adotar abordagens que envolviam essas populações de uma forma ativa e que buscavam reduzir o estigma e discriminação às quais eram sujeitas (GALVÃO, 2002; TERTO JUNIOR, 1997). Tanto é que o Ministério da Saúde assumiu o discurso da universalidade e atuou de tal forma a ser o primeiro país em desenvolvimento a prover medicamentos antirretrovirais a todos aqueles que dele necessitassem. A resposta brasileira ganhou repercussão internacional e também passou a inspirar outros países em desenvolvimento, que buscavam conhecer a resposta brasileira e demandar o apoio do Brasil para, assim como ele, garantir o acesso universal a prevenção, assistência e tratamento do HIV/AIDS. Cumpre ressaltar que, desde o início da resposta brasileira, governo e sociedade civil empreenderam uma intensa colaboração, que levou à criação e implementação de diversas iniciativas por ambos atores, no que poderíamos entender como um estado ampliado (GRAMSCI, 2000; 1998).

Dentre os países em desenvolvimento, os países do continente africano sempre foram os mais impactados pela epidemia, com alguns países chegando a ter mais de 20% de sua população economicamente ativa vivendo com HIV/AIDS (UNAIDS, 2013). Com mais e mais países tendo que responder à epidemia de HIV/AIDS, a doença já não era uma questão local de saúde, mas preocupação global em termos de segurança e de promoção do desenvolvimento.

Problemas globais requerem ações também globais, portanto, a cooperação internacional surgiu como ferramenta importante para buscar frear e reverter a epidemia de HIV/AIDS. É nesse sentido que o Brasil, na medida em que vai consolidando sua resposta nacional, se abriu também à oferta de cooperação nesse campo no início dos anos 1990.

No período de 2005 a 2010, no contexto do incremento da Cooperação Sul-Sul impulsionada pelo Governo Lula (BUSS, 2011), o Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/AIDS conduzido pelo Brasil realizou cooperação com 39 países em desenvolvimento, promovendo um total de 134 atividades (ICTC, 2010). Se tomamos os projetos de cooperação e os instrumentos normativos de cooperação do mencionado período, nota-se a afirmação de uma resposta ao HIV/AIDS baseada nos direitos humanos e na participação social que servirá de base para o intercâmbio entre os países. Uma vez identificada a existência de referência

expressa nos textos dos projetos a uma base em direitos humanos, caberia identificar como ela é colocada em prática.

A cooperação brasileira em HIV/AIDS, portanto, constitui o tema deste estudo. Tendo os direitos humanos como um dos pilares da resposta brasileira, perguntamos **como a abordagem de direitos humanos foi reproduzida na cooperação do Brasil junto a outros países em desenvolvimento**. A abordagem de direitos humanos na resposta brasileira precede o conceito de enfoque baseado em direitos humanos, fundado nos anos 2000 pela Organização das Nações Unidas (UNITED NATIONS, 2003).

Em que pese às duras críticas que a cooperação internacional tem recebido, no sentido de questionar sua adequação ao contexto local ou mesmo sua habilidade em promover o efetivo desenvolvimento (DJANKOV ET AL, 2006; G77, 2008), a cooperação brasileira em HIV/AIDS nos oferece a oportunidade de discutir alguns desses elementos. Como os projetos de cooperação internacional em HIV/AIDS acomodaram a abordagem de direitos humanos adotada pela política pública nacional no desenho e implementação das iniciativas em território estrangeiro?

No contexto da CID, a abordagem do *enfoque baseado nos direitos humanos* (UNITED NATIONS, 2003) considera desenvolvimento e direitos humanos como elementos interdependentes e, a partir do arcabouço dos direitos humanos (normas, princípios etc.) busca conduzir os cooperantes na promoção de iniciativas que apoiem e fortaleçam o processo de desenvolvimento. A relação direitos humanos e desenvolvimento, portanto, traz alguns elementos relevantes à discussão, por exemplo, ressaltando as obrigações às quais estão sujeitos os Estados na luta contra a pobreza bem como a obrigação de assistência e cooperação daqueles Estados em condição de fazê-lo (RODRIGUES MANZANO, TEIJO GARCIA, 2009). Assim, alguns autores sugerem que o arcabouço de direitos humanos, incluindo os tratados internacionais, jurisprudência e interpretações emanadas dos órgãos de tratados, poderia orientar a cooperação para o desenvolvimento (SENGUPTA, 2001; SKOGLY, GIBNEY, 2002; SKOGLY, 2006; SALOMON, 2010; MESQUITA et al, 2010). Isto é dizer que as normas internacionais poderiam ser aplicadas às iniciativas de cooperação, de maneira a atribuir obrigações a ambos estados cooperantes. Apesar de certo apoio da Academia a esta argumentação, ainda faltam estudos sobre como operacionalizar tais obrigações de direitos humanos.

A literatura sobre o tema tem examinado os vários elementos que integram o enfoque baseado nos direitos humanos, que parte de certos pressupostos como a existência de sujeitos



de direitos e detentores de obrigações. Esta análise tem ocorrido especialmente no que tange as responsabilidades dos detentores de obrigações (*duty-bearers*) e na realização dos direitos pelos seus sujeitos, especialmente de um país para com seus cidadãos. No entanto, tais análises ignoram os atores estrangeiros (p. ex. o Estado cooperante) quanto às suas obrigações de direitos humanos no contexto da promoção do desenvolvimento. Em um momento no qual a comunidade internacional busca uma maior atuação dos Estados em apoio a outros Estados com menos recursos, torna-se importante identificar as responsabilidades quanto à atuação do Estado fora do seu território. A literatura acadêmica, portanto, ainda carece de **maior aprofundamento no campo das obrigações de direitos humanos oriundas da CID, especialmente quanto à cooperação prestada**, no que este estudo pretende oferecer sua contribuição.

Há relevante literatura sobre a cooperação brasileira em HIV/AIDS que analisa a influência brasileira na governança global em saúde (VON SOEST et al, 2006; WOGART et al, 2008), o posicionamento brasileiro enquanto ator da cooperação Sul-Sul, descrevendo cooperações específicas como a Brasil-Moçambique (BARRIOS, 2013; GOMES, 2013, FOLLÉR, 2013) e o perfil dos projetos de cooperação (LIMA e CAMPOS, 2010). No entanto, ainda não há estudo que se proponha a **examinar a cooperação brasileira em HIV/Aids sob a ótica dos direitos humanos**. Este estudo, portanto, propõe-se a fazê-lo a partir dos discursos e narrativas que apresentam as versões, sejam elas explícitas ou não, sobre a incorporação dos direitos humanos na cooperação brasileira junto a países africanos.

### **Tecendo a tese**

O que precede este estudo é uma atuação direta da pesquisadora na cooperação brasileira em HIV/AIDS, durante o período de 2006 a 2011, a partir de consultorias prestadas por meio de diversos organismos internacionais, junto ao Ministério da Saúde, especialmente na unidade de *articulação com a sociedade civil e direitos humanos* e, posteriormente, na assessoria de cooperação internacional, do que atualmente é chamado de Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Ter participado da resposta brasileira ao HIV/AIDS propiciou à pesquisadora uma série de vivências que a levaram a querer estudar com maior profundidade a iniciativa. O desafio era delimitar o objeto de estudo, de maneira a considerar a resposta brasileira ao HIV/AIDS tanto nacionalmente quanto a partir das demandas de cooperação internacional.

Durante essas vivências, duas palavras estiveram sempre presentes: **direitos humanos**. Se, por um lado, os direitos humanos estavam ameaçados pela epidemia, por outro, se mostravam essenciais à resposta ao HIV/AIDS e à Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID).

Uma vez amparada pelo Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares, a pesquisa se utiliza de diversas disciplinas, tais como a antropologia, sociologia, relações internacionais e direito. Em particular, a antropologia contribuiu com a abordagem etnográfica, fundada por Bronislaw Malinowski (1997), que propõe a observação completa do objeto de estudo. Tal abordagem implica em uma interação entre pesquisadora e objeto de estudo, em geral, envolvendo um número pequeno de informantes, de maneira a propiciar um contato pessoal e, portanto, o estudo da subjetividade (FONSECA, 1999, p. 63).

Presentemente, outros autores adotam como método o estudo de caso (ECKSTEIN, 1975; YIN, 2010). Para Robert Yin (2010, p. 39),

[...] o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo com profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes”. Assim, utiliza-se o estudo de caso quando pretende-se aprofundar o conhecimento sobre uma realidade que não seria possível a partir da utilização de um levantamento, por sua capacidade limitada em investigar (YIN, 2010, p.39).

Platt (2007, p.22), por sua vez, ressalta que estudos de caso possuem a habilidade de comprovar a plausibilidade de teorias para ver se elas merecem maior consideração, incluindo hipóteses adicionais. No mesmo sentido, Robert Yin (2010, p. 36) reconhece o potencial do estudo de caso e rebate as críticas que tendem a deslegitimar a faculdade de generalização desse método. Assim, o estudo de caso não se confunde com “amostragem”, visando “expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não enumerar frequências (generalização estatística)” (YIN, 2010, p. 36).

Para tal escolha, utilizou-se do exame proposto por Robert Yin (2010). Considerando que as perguntas da pesquisa proposta são do tipo “como”, segundo Yin (2010, p. 29), com base no tipo de pergunta, ela poderia utilizar três métodos: experimento, pesquisa histórica e estudo de caso. Além disso, Yin sugere mais dois exames: o do controle sobre os eventos e de enfoque. Quanto ao primeiro, revela-se que o projeto de pesquisa não exige o controle dos eventos comportamentais, como no caso de um experimento. Quanto ao último, verifica-se que o

enfoque se relaciona a eventos recentes, portanto, contemporâneos. Assim, cumpriria os três requisitos sugeridos para o estudo de caso (YIN, 2010, p.29).

Nesse sentido, a pesquisa se utiliza de um estudo de caso (LANDMAN, 2008, p. 86), tendo como foco o Brasil em suas relações com os outros países por meio da cooperação. Embora o estudo de caso provavelmente não prove definitivamente uma teoria, pode “dar base para a criação de hipóteses que são então testadas a partir de análises de um número maior de países, confirmando e inferindo teorias, e analisando casos ‘desviantes’ ou ‘discrepantes’ de análises quantitativas de grandes números<sup>1</sup>” (LANDMAN, 2016, p.10). Além disso, a pesquisa analisa a cooperação em saúde do Brasil, cuja abordagem é reconhecida – como já evocado anteriormente - pela sua linguagem de direitos humanos (GAURI, 2005, p. 66), mostrando-se, portanto, como uma experiência de destaque para os fins deste estudo.

Para melhor delimitar o estudo de caso, foi realizada pesquisa exploratória que considerou duas reuniões da cooperação brasileira em HIV/AIDS no ano de 2012:

1) Reunião da Rede Laços Sul-Sul, em Manágua, Nicarágua, em maio de 2012, onde reuniram-se representantes do Brasil, Bolívia, Paraguai, São Tomé e Príncipe, Cabo Verde, Guiné Bissau e Timor Leste para debater a cooperação em HIV/AIDS. Nessa ocasião, a iniciativa que vinha sendo empreendida ao redor do que o Brasil tinha a oferecer ganhou outra perspectiva, no sentido de que a maioria dos demais países, a partir do apoio recebido do Brasil, já se sentiam na capacidade de também ofertar cooperação entre eles. O Brasil foi tido como impulsionador do processo e colocado em igualdade de condições, no sentido de também poder beneficiar-se do intercâmbio. Naquela ocasião, notou-se, entretanto, ainda grande dependência dos países africanos da cooperação recebida, sendo que em alguns casos, a retirada do apoio brasileiro causaria impacto negativo direto na vida de centenas e milhares de pacientes que fazem uso da terapia antirretroviral.

2) Reunião de cooperação Brasil-África em assistência e tratamento, realizada em São Paulo, em agosto de 2012. Nesta ocasião, representantes de seis países realizaram intercâmbio no tema e evidenciou-se o avanço brasileiro face aos demais países pela adoção de uma perspectiva de saúde pública baseada nos direitos humanos.

---

<sup>1</sup>Original em inglês: “provide the basis for generating hypotheses that are then tested through the analysis of a larger number of countries, confirming and infirming theories, and analysing ‘deviant’ cases or ‘outliers’ from large-N quantitative analysis”

Aliando as atividades de cooperação brasileira observadas e o fato de que o sistema africano de proteção dos direitos humanos é ainda o único que reconhece o direito ao desenvolvimento, se observou um cenário favorável à análise proposta. Dessa forma, o estudo de caso tem como foco as relações do Brasil com países africanos, limitada aos projetos de cooperação vigentes no período de 2000-2015, considerando que foi este o período das metas dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), a grande agenda global do período.

Importante notar que, para a realização do estudo de caso, Yin (2010, p. 144) defende a utilização da triangulação (utilização de várias fontes de evidência), de forma a possibilitar maior grau de *validade do constructo*. Dessa forma, a coleta de dados foi realizada a partir de pesquisa bibliográfica, documental e entrevistas com roteiro semiestruturado.

A pesquisa bibliográfica possibilitou a revisão teórica a partir dos repositórios acadêmicos, especialmente o *Scielo*, Periódicos CAPES e JSTOR e Google Acadêmico, utilizando em português e inglês os termos-chave “cooperação internacional”, “desenvolvimento”, “direitos humanos”, “enfoque baseado nos direitos humanos”, “HIV/AIDS”, dentre outros termos específicos como “participação” e “participação em saúde”.

A pesquisa documental constituiu técnica importante para reunir a legislação, jurisprudência e acordos de cooperação aplicáveis ao Brasil, relatórios de atividades e pronunciamentos de altas autoridades e outros registros relevantes relacionados ao estudo. Para isso, foram acessadas as bases de dados do Ministério das Relações Exteriores do Brasil, Ministério da Saúde do Brasil, Palácio do Planalto e Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos na Internet. Além disso, o Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais disponibilizou uma série de documentos sobre as iniciativas.

A pesquisa documental teve também como objeto as atas de reuniões de espaços formais de participação em saúde, no âmbito da estrutura do Ministério da Saúde do Brasil, em especial, as atas do Conselho Nacional de Saúde, relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, da Comissão Nacional de Aids e da Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais durante o período de 2006 a 2012, disponíveis na página do Ministério da Saúde na Internet. Também foram acessados textos de acordos e projetos de cooperação bilateral prestada pelo Brasil no período de 2000 a 2015, disponibilizados pelo Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde do Brasil, os quais a pesquisadora teve acesso mediante a assinatura de um termo de responsabilidade (Anexo C).

Considerando o conjunto de dados que seria acessado pela parte empírica do estudo, especialmente o contato direto com profissionais de saúde e outros beneficiários diretos da cooperação em HIV/AIDS, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa

(CEP) do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, que aprovou os objetivos e os instrumentos propostos. Ainda que esta seja uma prática necessária para garantir que a coleta e análise dos dados não afetem negativamente os sujeitos da pesquisa, o demorado processo até a aprovação definitiva no CEP postergou o início do trabalho de campo, impactando o uso das técnicas de pesquisa planejadas. O início do trabalho de campo também coincidiu com o agravamento da crise econômica-político-institucional no governo federal, quando houve uma substantiva redução nas atividades de cooperação em HIV/AIDS. Os projetos com países africanos no segundo semestre de 2015 já se encontravam em sua reta final e várias iniciativas previstas foram adiadas ou canceladas. Dessa forma, a observação participante de atividades da cooperação brasileira em HIV/AIDS junto a países africanos que havia sido proposta inicialmente tornou-se inviável.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas junto a atores da cooperação em HIV/AIDS entre o Brasil e países africanos, de forma presencial, por telefone e utilizando a ferramenta *Skype*. Dentre os atores estavam pessoas responsáveis pelo desenho e implementação das iniciativas de cooperação bem como beneficiárias, incluindo gestoras e profissionais de saúde. As entrevistas buscaram preencher a lacuna entre o que está formalizado nos documentos oficiais e a prática da cooperação internacional. Um termo de consentimento livre e esclarecido foi elaborado com base na seção IV da Resolução CNS nº 466/2012 e resoluções complementares da Universidade de Brasília (Anexo B).

No total, foram entrevistadas 22 interlocutoras do Brasil, Botsuana, Guiné Bissau, Quênia, Zâmbia, bem como profissionais de organismos internacionais. A representatividade das pessoas entrevistadas foi buscada a partir da observação da cooperação brasileira. Utilizando a abordagem da antropologia clássica para a qual, “feita a observação, o pesquisador procura definir quais as generalizações possíveis”.<sup>2</sup>

Importante ressaltar que, diferentemente de outros estudos que utilizam entrevistas e distinguem muito bem seus atores, a partir de onde eles falam, neste estudo foi difícil fazê-lo. Muitas das pessoas com uma longa trajetória na resposta à epidemia no Brasil exerceram os mais diversos papéis. Isso é dizer que, em dado momento, esta pessoa integrou a sociedade civil organizada; em outro, atuou como governo ou mesmo organismo internacional.

---

<sup>2</sup> “Nas análises usuais destes, os “informantes” são cuidadosamente escolhidos conforme critérios (muitas vezes estatísticos) formulados de antemão; devem ser “representativos” das categorias analíticas (e/ou tipos ideais) usadas na formulação inicial do problema. O particular é usado para ilustrar ou testar alguma afirmação geral. Por outro lado, na antropologia clássica, o pesquisador escolhe primeiro seu “terreno” e só depois procura entender sua representatividade” (FONSECA, 1999, p.60).

Talvez esta seja das mais importantes características que se observa na resposta brasileira, um grande entrelaçamento de atores que atuam conjuntamente, com as vantagens e dificuldades que isso implica. O perfil das pessoas entrevistadas foi de profissionais de ambos sexos, com mais de dez anos de atuação na temática e vários deles abertamente vivendo com HIV/AIDS. Dessa forma, das pessoas entrevistadas, encontramos um perfil predominante de profissionais altamente comprometidos com a resposta ao HIV/AIDS, de maneira que as classificamos em duas categorias: informantes do Brasil, que compreendem todas pessoas que fazem ou fizeram parte do governo ou sociedade civil brasileira ou ambos, e informantes externos, que compreendem os profissionais de outros países bem como de organismos internacionais.

O anonimato das pessoas entrevistadas foi preservado por meio do uso de nome fictício, possibilitando uma conversa mais franca e a incorporação à análise de críticas diretamente trazidas por quem fez parte do processo de cooperação. Esta foi uma exigência do CEP e constituiu uma forma de dar segurança às interlocutoras da pesquisa, em um momento de fragilidade no qual o Brasil passava por uma crise político-institucional, que culminou no *impeachment* da Presidente da República, em agosto de 2016.

As entrevistas foram analisadas a partir do *software* NVivo, que possibilitou a rápida identificação das questões que se repetiram nos discursos das diversas interlocutoras, formando, assim, eixos de análise. Esses discursos foram reunidos a partir de entrevistas bem como de atas de reuniões transcritas *ipsis verbis* e explorados a partir da análise de discurso crítica (FAIRCLOUGH, 2003; RAMALHO, RESENDE, 2011), de maneira a discutir como suas representações sociais convergem ou não com os princípios de direitos humanos e com o tipo de cooperação internacional atribuída a si mesmo pelo governo brasileiro nos fóruns internacionais.

A análise das falas foi realizada a partir do significado representacional da linguagem, considerando as categorias evidenciadas no discurso, particularmente verbos, substantivos, advérbios e adjetivos utilizados, porque nos interessam particularmente como os atores sociais são categorizados e as ações a que lhes são atribuídas.

## **O que foi tecido**

O resultado do emprego dos métodos e técnicas escolhidos é oferecido a seguir, dividido em três partes. A primeira parte traz as falas sobre o que foi a epidemia de HIV/AIDS – seja para o contexto sócio-político do Brasil, do continente africano ou da comunidade internacional.

Nesta parte, ressaltamos como a luta contra a epidemia de HIV/AIDS impacta na visão de direitos humanos e de quem são os sujeitos de direitos. Os discursos foram categorizados na seguinte tipologia: o da Aids como problema e responsabilidade global, o da segurança, o do desenvolvimento e o da saúde global.

A segunda parte apresenta a abordagem dos direitos humanos na cooperação para o desenvolvimento, a partir da teoria do direito internacional dos direitos humanos e da prática relatada pelos Estados. O discurso dos direitos humanos na cooperação internacional é analisado a partir da literatura acadêmica no tema. Em seguida, a teoria do enfoque baseado nos direitos humanos é apresentada. A evolução do direito internacional para a adoção do direito ao desenvolvimento também é descrita na segunda parte, onde, em razão da temática deste estudo, é dada especial ênfase na inter-relação entre saúde e direitos humanos.

Na segunda parte também é analisado o arcabouço proporcionado pelo direito internacional dos direitos humanos para a atribuição de obrigações de direitos humanos aos estados no âmbito da cooperação internacional. Considerando a falta de literatura acadêmica no tema, foi realizado um extenso levantamento e análise quanto à prática dos Estados junto ao Comitê da ONU sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Dessa forma, foi possível identificar como os Estados reconhecem suas obrigações de direitos humanos no âmbito da cooperação, seja ela recebida ou prestada, incluindo na modalidade de Cooperação Sul-Sul.

A terceira parte traz os discursos orais e escritos quanto à adoção de uma abordagem de direitos humanos na cooperação Brasil-África em HIV/AIDS. A análise enfoca a atuação da CID brasileira no âmbito dos princípios de direitos humanos da igualdade e não discriminação, da indivisibilidade e interdependência, da *accountability*, transparência, monitoramento e avaliação. A atuação em parceria do governo e sociedade civil na cooperação em HIV/Aids foi assunto predominante durante a pesquisa de campo. Dessa forma, um capítulo inteiro é dedicado à participação, também princípio de direitos humanos.

Por fim, o estudo propõe uma reflexão sobre os limites e potencialidades do trabalho conjunto, a partir das iniciativas de cooperação internacional e da abordagem baseada nos direitos humanos.

## PARTE I – A EPIDEMIA DE HIV/AIDS e a perspectiva de direitos humanos

### 1.1.A aids no Brasil e a relação com o exterior

*“A luta contra a Aids no Brasil era uma luta da sociedade civil, ela nasceu como luta da sociedade civil (...) o governo se apropriou dessa luta e seguiu isso, inclusive nasceu como projeto de **cooperação** recebida no Brasil e agora já é uma política pública, né?!”,* descreve de maneira animada Leonardo<sup>3</sup>, gestor da cooperação brasileira, em seu escritório, dividindo-se entre a entrevista e o despacho de documentos.

A satisfação expressada e concomitante visível carga de trabalho do interlocutor refletem e coincidem com o volume de cooperação prestada pelo Brasil nos últimos anos. A cooperação técnica brasileira mobilizou bilhões de dólares por ano e abarcou várias áreas temáticas. Agricultura, saúde e educação foram as áreas com maior número de iniciativas.

Priorizando projetos estruturantes (ALMEIDA, 2010), em 2011, a cooperação brasileira envolveu 81 países em desenvolvimento, sendo 45% da América Latina e Caribe e 55% da África, Ásia e Oceania. A cooperação técnica em agricultura era a área de maior atuação brasileira, representando 21,86% das iniciativas (BRASIL, 2011). Em seguida, viria a área de saúde, onde está inserida a cooperação em HIV/AIDS. A fala do gestor sugere que o “nascimento” da política brasileira de HIV/AIDS, ainda nos anos 1980, já se apresentava muito marcado tanto pela articulação entre governo e sociedade civil, o que se corrobora com a literatura (GALVÃO, 2002; PARKER, 2003), quanto pela cooperação internacional.

Em 1981, quando o HIV foi clinicamente identificado nos Estados Unidos, os principais grupos afetados eram de pessoas que faziam uso de drogas injetáveis, gays e profissionais do sexo, o que gerou todo um processo de incremento da estigmatização dessas populações e à criação da expressão “peste gay”, em referência ao grande número de homossexuais masculinos infectados, ou mesmo da “doença dos 5 H”, em referência a esses grupos em suas iniciais em inglês (PARKER, 1994; CAMARGO, 2000).

No Brasil, apesar do primeiro caso ter sido identificado em 1980, em São Paulo, somente em 1982 ele foi classificado como Aids. O início dos anos 1980 foi, portanto, marcado por um processo de busca de conhecimento sobre o processo de infecção pelo HIV e sua transmissão (CAMARGO JR, 1999; GALVÃO, 2002).

---

<sup>3</sup> Nome fictício.



Ainda no início da comercialização dos primeiros testes de HIV e sem tratamento disponível à época, em 1985, em Atlanta, Estados Unidos, ocorreu a primeira Conferência Internacional de Aids e, portanto, a primeira mobilização internacional em torno do HIV/AIDS. No ano seguinte foi criada a Rede Global de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (GNP+, sigla em inglês), que passou a reunir ativistas soropositivos dos cinco continentes, aumentando a pressão sobre governos, institutos de pesquisa e laboratórios farmacêuticos para encontrar uma resposta à epidemia. Nasceram então as primeiras tentativas de trabalho transnacional no tema, a partir do que chamou-se de “socialização da soropositividade” ou de “mobilização associativa” (POLLAK In: BERMÚDEZ, SEFFNER, 2006).

*“Naquele momento inicial, acho que era bastante importante [a cooperação] porque acho que primeiro era uma questão mesmo do **empoderamento** das pessoas que vivem com HIV no mundo” (grifos nossos), salientou Bernardo<sup>4</sup> que, como vários atores que contribuíram para a resposta à Aids no Brasil, atuou sob os vários papéis - enquanto governo, enquanto sociedade civil.*

Aquele momento inicial ao qual ele se refere era o momento de descobrimento, de reivindicação e, sobretudo, de união de forças, ou seja, de cooperação entre os diversos atores. Nesse contexto, o papel desempenhado pelas pessoas vivendo com HIV/AIDS foi determinante para a construção da resposta à Aids.

De certa forma, inédito na história da saúde pública, a legitimação dos grupos de pessoas afetados pela epidemia tem um ponto decisivo numa reunião em Paris, em 1994, onde se assina uma declaração que reconhece a necessidade de “maior envolvimento de pessoas vivendo com HIV/aids” nas políticas nacionais e internacionais. De lá, até nossos dias, esse processo foi sendo ampliado e com menor ou maior complexidade, dependendo do lugar que se trate, pode ser observado como característica universal da aids (DÍAZ-BERMUDEZ, 2005, p.61).

*“Dessas **cooperações**, essas aproximações da rede global de pessoas vivendo, você conhecia outros ativistas, outras lideranças de outros lugares e poder promover aí uma busca do protagonismo e da autonomia, acima de tudo da autonomia, era fundamental” (grifos nossos), acrescenta Bernardo. Era a partir das Conferências Internacionais de Aids que surgiam os primeiros intercâmbios entre pessoas de diversos países que, de maneira muito informal, foram contribuindo para o que Bernardo atribui como “empoderamento” das pessoas vivendo com HIV/AIDS. Isso, conseqüentemente, contribuiu para o impulsionamento de uma série de ações na temática.*

---

<sup>4</sup> Nome fictício.

[...] pra gente enquanto Brasil, a gente também vivia um momento delicado que a gente tinha um protagonismo, mas tinha muita dificuldade pra que as políticas pudessem acontecer e que as novas medicações fossem incorporadas, então na realidade esse **intercâmbio** era uma via também de **mão dupla**, porque na medida que **você levava** essa *expertise* que você tinha e essa independência até um pouco mais de independência das ONGs e um espírito muito mais **coletivo**, colaborador entre as próprias pessoas que, com HIV, **você trazia** uma visibilidade internacional pra essa questão e pro Brasil pra trazer de volta pra cá, isso era importante” (Bernardo, grifos nossos).

Esses encontros eram, portanto, uma oportunidade para a cooperação. Era o momento de trocas de ideias, no qual um conhecia um pouco da realidade do outro. Nosso interlocutor não deixa dúvida. Era um intercâmbio de “mão dupla”, que “levava” e “trazia”, e onde o “coletivo” se sobrepunha.

Nos anos 1980, a Aids representou um desafio não apenas para a comunidade científica, mas um desafio para a sociedade de um modo geral. *“A Aids trazia uma série de reflexões pra sociedade de uma forma geral de coisas, de temas, tabus que estavam sendo trabalhados pelo Estado e que em nenhum outro lugar estava sendo tratado”*, lembrou Túlio<sup>5</sup>, funcionário do governo brasileiro que vivenciou mais de 20 anos da resposta ao HIV/AIDS. Para ilustrar, ele traz o exemplo das pessoas que usam drogas injetáveis, população que foi altamente afetada pelo HIV/AIDS ainda no começo da epidemia. Para ele, era inovador *“você pensar nessas pessoas como seres humanos que têm direitos e que precisam ter uma atenção e que se não tiver isso inclusive você vai ter impacto pra sociedade como um todo e não só pra esse grupo”* (Entrevista Túlio).

Nesse momento, os sujeitos são reconfigurados. A profissional do sexo, o homossexual, a travesti, o usuário de drogas são percebidos como sujeitos de direitos. Para Jane Galvão (2000, p.172):

Se as tendências indicam que o HIV não respeita fronteiras, menos ainda respeita as desigualdades sociais. Na década de 90, a pandemia de HIV/AIDS foi cada vez mais sendo vista como um problema que afeta as populações mais vulneráveis, seja por situação de pobreza, seja por outras formas de opressão social.

Foi nesse sentido que responder ao HIV/AIDS naquele momento significou buscar romper com paradigmas e buscar uma abordagem baseada nos direitos humanos que, por um lado se afastava da simplificação do conceito de risco<sup>6</sup>, e por outro precisava colocar a pessoa como centro da resposta. E essa pessoa que estava no centro da resposta era senão a própria

---

<sup>5</sup> Nome fictício.

<sup>6</sup> O conceito de risco é de origem biomédica e considera as probabilidades em função das características biológicas, por exemplo, o tipo e tempo de exposição aos fluidos corporais que possibilitam a transmissão do vírus.

pessoa vivendo com HIV/AIDS, inserida em um contexto complexo de vulnerabilidade individual, social e programática (AYRES, 1997), exigindo, portanto, respostas que abrangessem as várias facetas e dimensões.

No plano individual, a avaliação da vulnerabilidade ocupa-se, basicamente, dos **comportamentos** que criam a oportunidade de infectar-se e/ou adoecer, nas diversas situações já conhecidas de transmissão do HIV (relação sexual, uso de drogas injetáveis, transfusão sanguínea e transmissão vertical). Considera-se, entretanto, que os comportamentos associados à maior vulnerabilidade não podem ser entendidos como decorrência imediata da vontade dos indivíduos, mas relacionam-se ao **grau de consciência** que estes indivíduos têm dos possíveis danos decorrentes de tais comportamentos e ao **poder de transformação** efetiva de comportamentos a partir dessa consciência. O plano programático refere-se à existência de ações institucionais especificamente voltadas para o problema da Aids, e a vulnerabilidade é apreendida aqui por aspectos como a) compromisso das autoridades locais com o enfrentamento do problema; b) ações efetivamente propostas por estas autoridades; c) coalizão inter-institucional e intersetorial (saúde, educação, bem-estar social, trabalho, etc.) para atuação específica; d) planejamento das ações; e) gerenciamento dessas ações; f) capacidade de resposta das instituições envolvidas; g) financiamento adequado e estável dos programas propostos; h) continuidade dos programas; i) avaliação e retroalimentação dos programas, etc. Já no plano social, a vulnerabilidade vem sendo avaliada através de aspectos como: a) acesso à informação; b) quantidade de recursos destinados à saúde por parte das autoridades e legislação locais; c) acesso e qualidade dos serviços de saúde; d) comportamento de indicadores epidemiológicos, como o coeficiente de mortalidade infantil; e) aspectos sócio-políticos e culturais, como a situação da mulher (menores salários, ausência de legislações de proteção específica, exposição à violência, restrições de exercício de cidadania, etc.); f) grau de liberdade de pensamento e expressão, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade desses sujeitos fazerem-se ouvir nas diversas esferas decisórias; g) grau de prioridade política (e econômica, portanto) dada à saúde; h) condições de bem-estar social, como moradia, escolarização, acesso a bens de consumo, entre outros” (AYRES, 1997, p. 3-4, grifos nossos).

No âmbito das respostas à epidemia, o HIV/AIDS é ora abordado como doença, ora tido como “um fenômeno social amplo, envolvendo questões polêmicas e diferentes grupos sociais” (SEFFNER, sd). Nesse sentido, o contexto de vulnerabilidade ganha relevância. Ele considera as condições sociais nas quais a pessoa está inserida, em especial os diversos contextos de violência, seja ela a pobreza, o racismo, machismo, o desrespeito à identidade de gênero, o desrespeito à profissão escolhida e todos os processos de exclusão a que determinada pessoa ou grupo é submetido.

Associada a isso, a vulnerabilidade pragmática ou institucional busca dar conta do papel do Estado, que deve atentar para esses fatores estruturais e comportamentais, não podendo omitir-se, uma vez que a omissão pode configurar outra forma de violência que é a violência

institucional. Hoje se fala em racismo institucional<sup>7</sup> (CARMICHAEL e HAMILTON, 1967), homofobia institucional, que está inserido na reprodução das violências sociais no âmbito da estrutura do Estado.

Buscando dar conta destas questões, dessa diversidade que deve ser contemplada, dos vários fatores que envolvem a prevenção ao HIV/Aids, bem como o viver com HIV/Aids, é que foi construída a resposta brasileira ao HIV/AIDS. Essa resposta coincidiu com um intenso processo de mudanças provocados no âmbito da abertura democrática e da reforma sanitária.

[...] a própria reforma sanitária pode ser vista como um elemento novo no cenário político do país, um elemento instaurador de uma política de saúde institucionalmente inédita. Em outro sentido, o lema "Saúde, direito de cidadania, dever do Estado", implica uma visão desmedicalizada da saúde, na medida em que subentende uma definição afirmativa (positiva), diferente da visão tradicional, típica das instituições médicas, que identifica saúde com ausência relativa de doença (LUZ, 1991, p.88).

É no final dos anos 1980 que a saúde passa a ser entendida como um direito fundamental do ser humano, reconhecida pela Constituição Federal de 1988<sup>8</sup>. Posteriormente, a legislação que cria e regula o Sistema Único de Saúde adotado pelo Brasil tem o direito à saúde como seu elemento central para promover o acesso à saúde e enfrentar seus determinantes sociais.

Para Jane Galvão (2000, p.168-169), “a relação de direitos humanos com saúde (...) de certa forma, sempre esteve presente no Brasil”, sendo que os primeiros articuladores das respostas da sociedade civil ao HIV/AIDS, dentre eles Betinho e Herbert Daniel – figuras emblemáticas do movimento brasileiro em HIV/AIDS, lutaram contra o regime militar em organizações de esquerda no exílio e em seu retorno ao Brasil continuaram com essa militância. Para Marques (2002, p.49),

[...] A provável chegada do vírus da Aids no Brasil em meados da década de 1970, o fortalecimento e a intensificação de uma pressão social por mudanças políticas no país, representada no campo da saúde pelo movimento pela reforma sanitária, e as articulações de forças democráticas que ocuparam posteriormente importantes posições de poder, essenciais na configuração da mudança da assistência à saúde no Brasil, foram os fatores que, ao se articularem nesse período, estabeleceram o cenário inicial para a construção das respostas políticas à epidemia.

<sup>7</sup> Para os autores, o racismo institucional consiste na “falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica” (p.4, tradução nossa).

<sup>8</sup> O artigo 196 da Constituição Brasileira afirma que a “saúde é um direito de todos e um dever do Estado”.

Ainda nos anos 1980, o Brasil contou com a cooperação de vários países para a construção da sua resposta à Aids. A cooperação com a França<sup>9</sup> é a iniciativa mais antiga, datada de 1990, e tem possibilitado o intercâmbio de profissionais brasileiros em diversas áreas do conhecimento para seu aprimoramento profissional bem como tem proporcionado a realização de eventos científicos em temas de interesse de ambos os países.

A cooperação com organismos internacionais, por sua vez, mostrou-se essencial para a implementação da política de Aids no país. Apesar dos recursos financeiros de origem internacional serem de pequeno vulto face ao atual investimento governamental (BRASIL, 2010, p. 85), desde 1994, a partir do “Aids I”<sup>10</sup>, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde, é parceiro de agências das Nações Unidas para administração dos seus recursos oriundos de empréstimos junto ao Banco Mundial, bem como para colaborações técnicas no âmbito das várias estratégias adotadas.

O primeiro projeto com o Banco Mundial já trazia uma novidade: “foi a primeira vez que vários dos componentes do projeto foram elaborados por consultores pertencentes a organizações não governamentais brasileiras” (TEIXEIRA, 2015, p.9). Isso demonstra um modelo de governança mais aberto. Também foi possível que ONGs recebessem financiamento para executar projetos de prevenção e assistência em HIV/AIDS bem como assessoria jurídica (PARKER, 2003; GALVÃO, 2000). Para Ana Cláudia Chagas Teixeira (2013, p. 57), “a ação das agências internacionais não influenciou apenas a disposição dos governos no sentido da construção de políticas mais participativas, mas levou também a alteração no perfil de atuação das organizações não-governamentais”.

Da cooperação com o Banco Mundial foram realizados “treinamentos para equipes multidisciplinares, providenciando projetos aos Estados para se prepararem para a epidemia. Dentro dessa ótica, estava incluída a abertura de serviços alternativos, como Hospital-Dia e assistência domiciliar terapêutica” (DEL BIANCO, 2015, p. 8). O projeto “Aids I” (1994-1998) foi sucedido pelo projeto “Aids II” (1998-2003) e pelo “Aids SUS”, que também mobilizaram milhões de dólares em apoio às ações de prevenção, assistência e tratamento do HIV/AIDS.

É importante ressaltar que, em 30 anos de resposta à epidemia de HIV/AIDS no Brasil,

[...] Os momentos difíceis não foram poucos, tais como o corte de verbas do Ministério da Saúde, que comprometia a compra de medicamentos, e a burocracia nas compras e a demora na liberação de verbas, que levaram à falta do medicamento ddI (didanosina) em vários pontos do país, em 1994, o que gerou justos protestos por parte das ONG, com grande repercussão nos meios de comunicação (CASTILHO, 2015, p. 14).

<sup>9</sup> Para mais detalhes, ver: <http://www.Aids.gov.br/pagina/2010/43155>

<sup>10</sup> “Aids I” foi o nome dado ao primeiro projeto de cooperação do governo brasileiro com o Banco Mundial.

Outrossim, foram inúmeros os avanços. Com a introdução da terapia antirretroviral, o tempo médio de sobrevivência saltou de 5,1 meses no período de 1982 a 1989 para 58 meses nas pessoas vivendo com HIV/AIDS com diagnóstico em 1996. Em que pese as persistentes desigualdades sociais e problemas econômicos durante esse período, “ainda assim, contra todas as chances, o Brasil inventou uma maneira pública de tratar a AIDS” (BIEHL, 2011, p. 260).

Essa medida, ou política, que reconhecia o direito das pessoas afetadas de ter acesso aos recursos terapêuticos disponíveis nos países mais avançados, veio a contrariar as diretrizes adotadas pelos próprios organismos internacionais, como a OMS e OPS, de que nos países pobres os recursos disponíveis deveriam ser investidos em prevenção (TEIXEIRA, 1997, p. 64 In: GALVÃO, 2000, p.125)

Dessa forma, “*aos poucos o Brasil foi se emancipando nessa área. O componente da cooperação técnica com outros parceiros sempre estava presente*” (grifos nossos), conta Fabiana<sup>11</sup>, que teve sua carreira inteira dedicada à cooperação.

Durante sua resposta à epidemia de HIV/AIDS, o Brasil construiu uma complexa rede de atenção e tratamento do HIV/AIDS na estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) bem como fortaleceu a indústria nacional com a produção de medicamentos e preservativos. Com decisões estratégicas como a de fornecer, a partir dos serviços públicos de saúde, medicamentos antirretrovirais a todos que dele necessitassem, bem como a de produzir nacionalmente medicamentos antirretrovirais, o país dava mostras de que assumia um forte compromisso na luta contra a Aids. Um dos resultados da repercussão internacional quanto à adoção dessas estratégias pelo país foi a crescente demanda por cooperação do Brasil.

De acordo com Del Bianco (2015, p. 8-9), “as unidades do SUS e o tipo de atendimento prestado ajudaram o programa de Aids federal a demonstrar o atendimento localizado na periferia de grandes cidades e sua diversidade para outros países, tais como os africanos”. A médica Rosana Del Bianco assessora “Moçambique por mais de 10 anos, ajudando a implantar serviços e treinar todos os médicos do país, além ajudar no fortalecimento da cooperação Brasil-Moçambique”.

A cooperação, portanto, está presente, em seu sentido mais amplo, em diversos momentos evidenciados pelos atores que abordamos e também de diversas formas. A cooperação é o atuar em conjunto, envolvendo pessoas vivendo com HIV/AIDS que se uniram para demandar e colaborar para a construção de uma resposta efetiva; é a colaboração entre as

---

<sup>11</sup> Nome fictício.

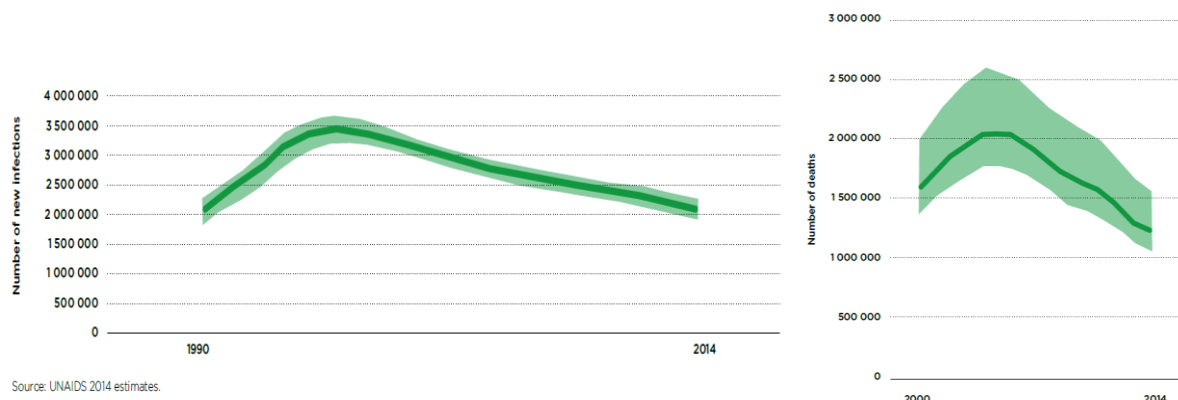
diversas instituições e profissionais que estruturaram serviços, fluxos e rotinas; é a solidariedade que aproxima atores para um fim comum.

Em que pese a disputa conceitual ainda existente sobre a cooperação internacional para o desenvolvimento (CORREA, 2010) – é dela que trataremos neste estudo vista por vezes como um jogo de poder ou interesses (SOTILLO, 2011). Nesta pesquisa, analisamos a cooperação técnica – modalidade dirigida a promover expertise, treinamento e conhecimento (OCDE, 2008), dando, portanto, ênfase aos discursos referentes ao intercâmbio de conhecimentos e práticas entre o Brasil e países africanos em HIV/AIDS.

Dessa forma, a resposta brasileira ao HIV/AIDS está inserida em um cenário de forte mobilização social e de afirmação de direitos, que foi diretamente refletido na política de saúde neste contexto. Em que medida isso também foi refletido nas iniciativas de cooperação do Brasil em HIV/AIDS é o que este estudo se propõe a analisar.

## 1.2. O discurso da Aids como problema e responsabilidade global

“A Aids é um problema do mundo. Ela não conhece fronteiras”, falou a representação dos Países Baixos na ONU.<sup>12</sup> O discurso da Aids como um problema global foi sendo construído no âmbito da comunidade internacional, a partir dos anos 1980, quando o vírus da Aids passou a desafiar a comunidade científica para sua prevenção, diagnóstico e tratamento, tendo causado milhões de mortes a cada ano (Figura 1).



**Figura 1.** Número de novas infecções por HIV e morte por AIDS (1990-2014/ 2000-2014)(UNAIDS, 2013)

<sup>12</sup> Original em inglês: “AIDS is a problem of the world. It doesn't know any boundaries. Every country is affected; also the Netherlands has its share in the grievance and loss AIDS brings. Since 1985 we fight a tenacious battle. Our weapons are openness, acknowledgement and information. Involvement of HIV-infected people, intravenous drugs users, homosexuals, sex workers and young people has proven to be key. Infection rates are on the decline for now; however complacency has been deleted from our word-stock”.

A chamada internacional em torno da resposta ao HIV/AIDS, pela sua complexidade, ao longo dos anos, vai assumir distintas abordagens, seja a de uma agenda de saúde global (FIDLER, 1996; KAUL, FAUST, 2011), seja de segurança humana (UNSC, 2000; 2011; EBOKO, NEMECKOVA, 2009) ou da promoção do desenvolvimento (NAÇÕES UNIDAS, 2000).

A epidemia atingiu todas as regiões do mundo e teve seu maior impacto no continente africano (Figuras 2 e 3, Tabela 1), onde a porcentagem de pessoas entre 15 e 49 anos vivendo com HIV/AIDS em alguns países atingiu o patamar de 20%.

Enquanto muitos países, dentre eles o Brasil, apresentaram desde o início epidemias concentradas em subpopulações – especialmente homossexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo, populações alvo de grave estigma e discriminação –, com a prevalência na população geral inferior a 1%, a epidemia nos países da África Subsaariana foi considerada generalizada, tendo como principal elemento a transmissão heterossexual e de mãe para filho (transmissão vertical).

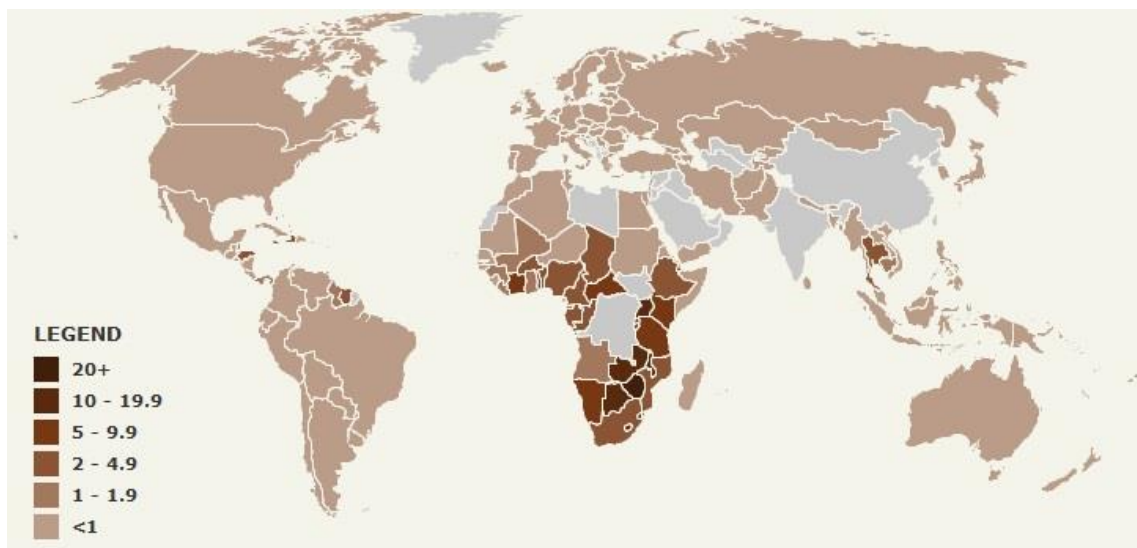


Figura 2: Porcentagem da população entre 15 e 49 anos vivendo com HIV/AIDS – 1995



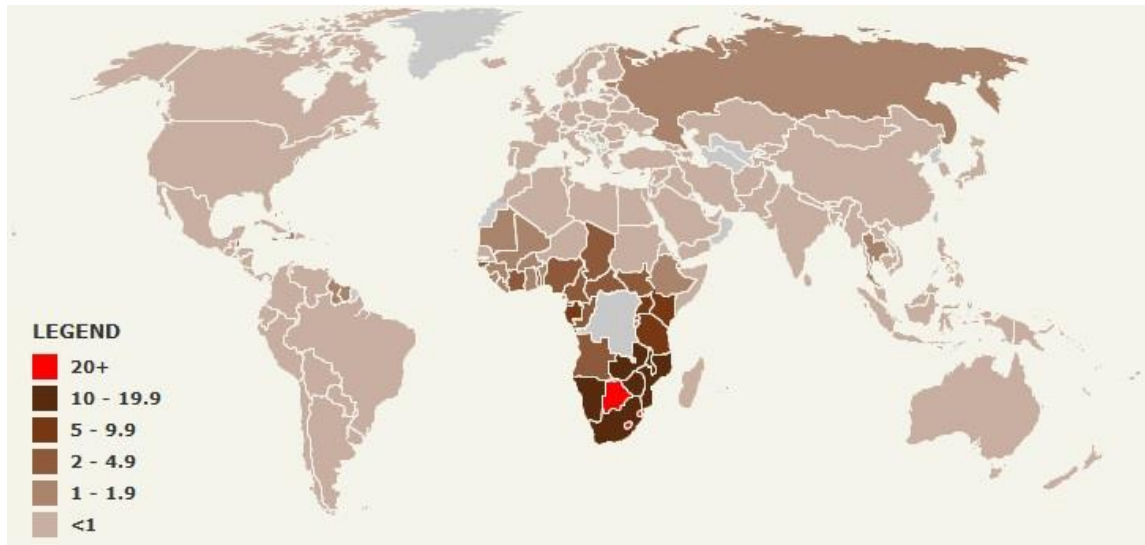


Figura 3: Porcentagem da população entre 15 e 49 anos vivendo com HIV/AIDS – 2011/2013

Tabela 1: Porcentagem da população entre 15 e 49 anos vivendo com HIV/AIDS – 1995 e 2011/2013

Region ▲	% Population Ages 15-49 ▲ with HIV/AIDS 1995	% Population Ages 15-49 ▲ with HIV/AIDS 2011/2013
World	1.0%	0.8%
<b>Africa</b>	<b>3.7%</b>	<b>3.6%</b>
Eastern Africa	7.2%	5.2%
Middle Africa	-	-
Northern Africa	0.1%	0.1%
Southern Africa	5.9%	16.5%
Sub-Saharan Africa	2.7%	4.9%
Western Africa	2.0%	2.5%
<b>Americas</b>	<b>0.5%</b>	<b>0.5%</b>
Caribbean	1.3%	0.9%
Central America	0.4%	0.3%
Latin America/Caribbean	0.4%	0.4%
Northern America	0.5%	0.6%
South America	0.4%	0.4%
<b>Asia</b>	<b>-</b>	<b>0.2%</b>
Asia (Exc. China)	-	0.3%
Central Asia	-	-
East Asia	-	0.0%
South Asia	-	0.4%
South Central Asia	-	0.4%
Southeast Asia	0.5%	0.3%
Western Asia	-	0.1%
<b>Europe</b>	<b>0.2%</b>	<b>0.4%</b>
Eastern Europe	0.1%	0.7%
European Union	0.2%	0.2%
Northern Europe	0.1%	0.3%
Southern Europe	-	0.3%
Western Europe	0.2%	0.2%
<b>Oceania</b>	<b>0.2%</b>	<b>0.3%</b>

Fonte: <http://www.prb.org/Publications/Datasheets/2013/2013-world-population-data-sheet/world-map.aspx#table/world/hiv/1995p>

Com serviços de saúde deficitários, os países em desenvolvimento, desde os anos 1980, contaram com o apoio da cooperação internacional para responder à epidemia. Vários deles são altamente dependentes da cooperação ainda nos dias atuais. No período de 1986 a 1999, por exemplo, o Banco Mundial, financiou 75 projetos em 41 países em desenvolvimento, somando 750 milhões de dólares. Os empréstimos do Banco Mundial representaram, nos anos 1990,

grande parte dos recursos internacionais para a Aids, que começaram a ser disponibilizados de forma muito lenta (UNAIDS, 1999).

O volume crescente de novas infecções pelo HIV e mortes por Aids acirrou a preocupação da comunidade internacional para responder à epidemia, tornando o tema da Aids objeto de discussão da Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU), sendo a primeira doença objeto de discussão nesta esfera.

Em 1987, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou à Assembleia Geral da ONU a Estratégia Global contra a Aids, que consistia em três objetivos simples: prevenir a transmissão do HIV, cuidar das pessoas infectadas e unificar os esforços nacionais e internacionais contra a Aids. Ela parte do pressuposto de que “a prevenção e controle da Aids irá requerer ambos programas nacionais de Aids e fortes liderança, coordenação e cooperação internacional” (WHO, 1987, tradução nossa)<sup>13</sup>. Ainda em 1988, a Organização Mundial da Saúde instituiu o primeiro de dezembro como dia internacional de luta contra a Aids, como parte de uma estratégia de mobilização, conscientização e prevenção em escala global<sup>14</sup>.

Alguns anos depois, considerando os esforços em curso por diversas agências e fundos das Nações Unidas que exigiam coordenação, o Conselho Econômico e Social da ONU (ECOSOC) estabeleceu a criação do que viria a ser a partir de 1995 o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) (ECOSOC, 1994).

O UNAIDS passou a ser um importante ator global para o fortalecimento das respostas à Aids, contribuindo para a promoção de um consenso global quanto à abordagem programática, mobilização de compromissos políticos e financeiros. Considerando a relevante atuação dos movimentos sociais e organizações da sociedade civil para os avanços na luta contra a Aids, o UNAIDS já nasceu tendo em sua composição a participação formal desses atores, que passam a integrar o comitê gestor (*Board*), ainda que sem poderes de negociação e voto.

Em 1996, o Grupo de Cooperação Técnica Horizontal sobre o HIV/AIDS da América Latina e Caribe foi criado e, em 1999, a Parceria Internacional contra a AIDS na África (IPAA). Foi também em 1996 que o governo brasileiro surpreendeu o mundo ao anunciar que proveria terapia antirretroviral para todos os pacientes que dele necessitassem, se tornando, assim, o primeiro país em desenvolvimento a tomar tal medida.

---

<sup>13</sup>Original em inglês: “AIDS prevention and control will require both national AIDS programmes and strong international leadership, coordination and cooperation”.

<sup>14</sup> História do Programa Nacional de DST e Aids. Disponível em: [www.Aids.gov.br](http://www.Aids.gov.br)

[...] Na medida em que organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Programa de AIDS das Nações Unidas (UNAIDS) mostravam-se reticentes em relação ao tratamento antirretroviral em países em desenvolvimento, ou mesmo diametralmente contrários, como era o caso do Banco Mundial, o Brasil tornou-se, involuntariamente, a referência mundial para aqueles que defendiam o acesso universal como um direito de todas as pessoas afetadas, independentemente de onde vivessem ou de sua inserção social e econômica (TEIXEIRA, 2015, p.10).

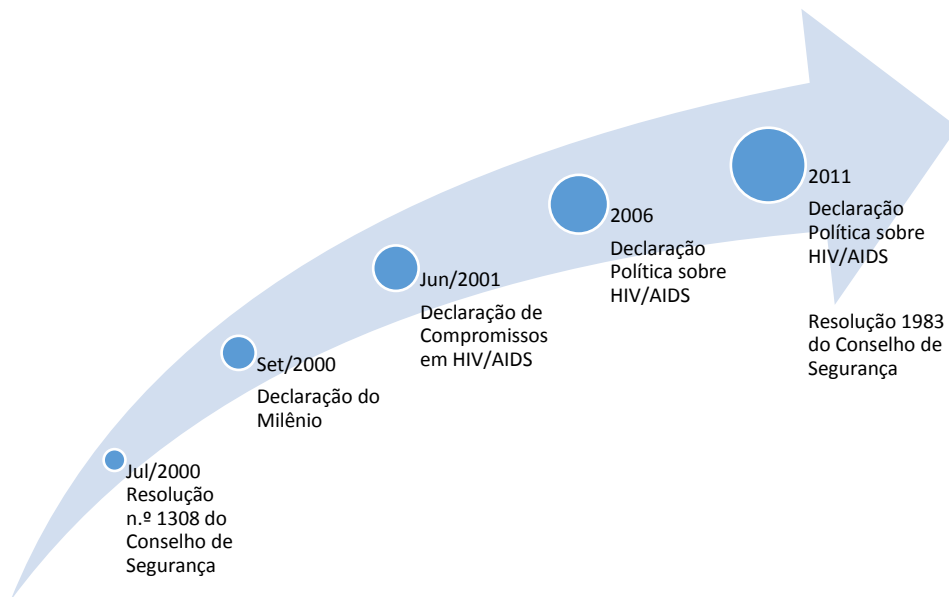
O quadro epidemiológico dos países – alguns com a epidemia concentrada nas populações marginalizadas como pessoas que usam drogas, gays e profissionais do sexo – e o aparato social e de saúde existentes geraram a preocupação com possíveis violações aos direitos humanos no contexto do HIV/AIDS. Nesse sentido, o resultado da sorologia positiva para o HIV consistia em uma ameaça direta à dignidade do indivíduo testado (CARNEIRO, PELLEGRINO, 2002, p. 18).

Se por um lado a soropositividade colocava em risco vários direitos como à saúde, à privacidade e a uma vida digna, por outro, a falta de garantia do exercício de determinados direitos tornava determinadas populações mais vulneráveis à epidemia, sendo que quanto menos direitos garantidos, maior desequilíbrio, conduzindo a maior vulnerabilidade ao HIV/AIDS.

Como resultado desse debate, em 1996, de uma reunião de especialistas foram adotadas as diretrizes do UNAIDS sobre direitos humanos e HIV/Aids. Essas diretrizes foram adotadas como documento de Recomendação das Nações Unidas (E/CN.4/1997/37), que passa a ser um dos marcos referenciais em direitos humanos em HIV/AIDS. Neste documento afirma-se, entre outras coisas, que nos vários documentos de direitos humanos que tratam da não discriminação, onde se lê "e outras formas de discriminação", a condição de pessoa vivendo com HIV/AIDS estaria incluída. Interpreta ainda disposições relacionadas ao direito ao sigilo, ao direito ao trabalho e ao tratamento digno.

A partir do ano 2000, as Nações Unidas intensificam a demonstração de que a Aids é uma preocupação global e que deve ser uma das prioridades da agenda da cooperação internacional. Para Attaran e Sachs (2001, p. 57), a razão para o ganho de atenção para o tema nesse momento era evidente: 35 milhões de pessoas infectadas e 95% delas vivendo em países em desenvolvimento; a expectativa de vida nos países afetados caiu em até 20 anos, a educação está comprometida, pois os professores estão morrendo de Aids; e até a paz é ameaçada uma vez que gerações inteiras de órfãos da Aids precisam lutar por recursos na África.

O resultado de tal preocupação foi a adoção de vários documentos, considerados marcos internacionais para a resposta à epidemia de HIV/AIDS (Figura 4) tais como a Declaração do Milênio (2000), a Declaração de Compromissos sobre HIV/AIDS (2001) e a Declaração Política sobre HIV/AIDS (2006 e 2011). Tais documentos têm orientado a agenda de cooperação neste tema.



**Figura 4. Marcos da ONU sobre HIV/AIDS**

### 1.3. O discurso da segurança

No ano 2000, o Conselho de Segurança da ONU se manifestou sobre o HIV/AIDS, a partir de subsídios recebidos em uma reunião prévia, que enfocou a situação do HIV/AIDS e a paz e segurança na África<sup>15</sup>. 26 representantes de Estados Membros da ONU participaram da reunião, sem direito a voto, incluído o Brasil (UNSC, 2000). Foi a primeira vez que o Conselho de Segurança debateu um assunto de saúde como uma ameaça à segurança. Nas palavras do Presidente do Conselho à época, Al Gore (Estados Unidos):

[...] Nós tendemos a pensar uma ameaça à segurança em termos de guerra e paz. No entanto, ninguém pode duvidar de que os **estragos** produzidos e o **custo** exigido pelo HIV/AIDS **ameaçam** a nossa segurança. O coração da agenda de segurança é **proteger** vidas, e agora sabemos que o número de pessoas que morrerão de Aids na primeira década do século XXI irá **rivalizar**

<sup>15</sup> 4087ª reunião do Conselho, realizada em 10 de Janeiro de 2000, seguida pela adoção da Resolução n.º 1308 no dia 17 de julho de 2000.

com o número de mortos em todas as guerras em todas as décadas do século XX (UNSC, 2000, P.1, grifos nossos).<sup>16</sup>

O discurso aproxima os efeitos da guerra com os efeitos da epidemia de Aids pelos “estragos” e “custo” que causam. Tais efeitos “ameaçam” e “rivalizam” com os efeitos da guerra, que havia sido o objeto de ação do Conselho de Segurança até aquele momento, colocando-se, portanto, como questão relevante da agenda.

Além das armas e inimigos de guerra, a nova agenda de segurança lidaria também com o medo, degradação e “perda da qualidade de vida” (UNSC, 2000, p. 3), elementos e alvos não-militares. Naquele ano, dos 48 países menos desenvolvidos no mundo, 33 eram africanos; metade dos conflitos armados estavam na África e a Aids havia matado dez vezes mais na África que os conflitos armados; o número de pessoas infectadas chegava aos 23.3 milhões (69% do total global) e mais de 10 milhões de crianças haviam se tornado órfãs em razão da Aids no continente (90% do total mundial), sendo o impacto da Aids no continente tão quanto ou ainda pior que a guerra. Para o Secretário-Geral da ONU à época, Kofi Annan,

O HIV/AIDS não é apenas um **problema** Africano. É **global** e deve ser reconhecido como tal. Mas dentro dessa **obrigação internacional**, a luta contra a AIDS na África é uma **prioridade imediata** que deve ser parte integrante do nosso trabalho pela paz e segurança no continente (UNSC, 2000, p. 5).<sup>17</sup>

O discurso coloca o HIV/AIDS como “problema” que não está restrito à atuação local dos estados, mas que, como problema “global”, deve integrar a agenda de trabalho da comunidade internacional. Importante notar que ele coloca a luta contra a Aids dentro de uma “obrigação internacional”, de “prioridade imediata”.

Durante o encontro, o administrador do PNUD à época, Mark Brown, lembrou que enquanto os Estados Unidos, que tinha 40.000 novos casos anuais gastava 10 bilhões de dólares por ano em prevenção, tratamento e pesquisa, a África, com 4 milhões de novos casos por ano gastava 165 milhões de dólares, sendo, portanto, imprescindível a mobilização de novos recursos (UNSC, 2000, p. 10).

---

<sup>16</sup> Original em inglês: “We tend to think of a threat to security in terms of war and peace. Yet no one can doubt that the havoc wreaked and the toll exacted by HIV/AIDS do threaten our security. The heart of the security agenda is protecting lives, and we now know that the number of people who will die of AIDS in the first decade of the twenty-first century will rival the number that died in all of the wars in all of the decades of the twentieth century”.

<sup>17</sup> Original em inglês: “HIV/AIDS is not only an African problem. It is global and must be recognized as such. But within that international obligation the fight against AIDS in Africa is an immediate priority which must be part and parcel of our work for peace and security in that continent.”

Para o Ministro da Saúde da Namíbia, Dr. Amathila,

[...] a **tragédia** da SIDA na África Austral **exige** uma resposta de emergência da comunidade internacional. O HIV / AIDS é um **problema de segurança e de desenvolvimento social e nacional**. Os governos africanos têm percebido a natureza **multidimensional** da HIV / AIDS e, portanto, deram início a um programa de resposta ampliada. Isto significa que o HIV / SIDA é um **assunto de todos** e não mais apenas o negócio dos ministérios da saúde e serviços sociais. No entanto, os Governos não podem efetivamente combater o HIV / AIDS, devido à falta de recursos e de drogas<sup>18</sup> (UNSC, 2000, p.14, grifos nossos).

A epidemia de HIV/AIDS era, portanto, ressaltada como uma “tragédia”, um “problema” e, ao mesmo tempo, um “assunto de todos”, ultrapassando as fronteiras de ação local. Ressalte-se ainda o verbo “exigir” (“*warrants*”, em inglês) utilizado pelo representante de governo, que também pode ser entendido como “justifica”, “autoriza” ou “fundamenta”. Ele coloca, portanto, na esfera da necessidade de ação por parte da comunidade internacional.

O discurso da securitização do HIV/AIDS, além da inovação da abordagem, trouxe um conjunto de prioridades para a resposta à epidemia (EBOKO; NEMECKOVA, 2009, p. 554). Foram várias as manifestações das delegações presentes quanto à seriedade do tema no sentido de obter um maior compromisso político bem como financeiro na luta contra a Aids, seja a partir da criação de um fundo, como propôs o representante da França, ou a partir do aumento de componentes específicos para atividades relacionadas ao HIV/AIDS na cooperação para o desenvolvimento já existente, como sugeriu o representante da Zâmbia.

O Brasil, por sua vez, destacou a necessidade de garantir o acesso universal à saúde – incluindo o tratamento da Aids - e de uma abordagem integral à epidemia - que deveria ir além dos assuntos de saúde bem como incluir ambas causas e consequências da Aids -, enfatizando a cooperação realizada com países africanos de língua portuguesa desde 1997.

Por fim, o Conselho de Segurança concluiu que a propagação do vírus era, portanto, diretamente aumentada pela violência e instabilidade da região<sup>19</sup>. Dessa forma, o Conselho de

<sup>18</sup> Original em inglês: “Let me emphasize that the tragedy of AIDS in southern Africa warrants an emergency response from the international community. HIV/AIDS is a developmental, social and national security issue. African Governments have realized the multidimensional nature of HIV/AIDS and have therefore embarked on a programme of expanded response. This means that HIV/AIDS is everybody's business and no longer just the business of ministries of health and social services. However, those Governments cannot effectively combat HIV/AIDS due to a lack of resources and drugs”.

<sup>19</sup>A preocupação com a Aids considera as “[...] condições de violência e instabilidade, que **umentam** o risco de exposição à doença por meio de grandes movimentos de pessoas, incerteza generalizada sobre as condições, e acesso reduzido à atenção médica” (UNSC, 2000, grifos nossos). Original em inglês: “given its possible growing impact on social instability and emergency situations, (...) is exacerbated by conditions of violence and instability, which increase the risk of exposure to the disease through large movements of people, widespread uncertainty over conditions, and reduced access to medical care”.

Segurança (1) expressou preocupação com o potencial impacto danoso na saúde do pessoal de operações de paz; (2) reconheceu os esforços para responder ao HIV/AIDS e encorajou o emprego de estratégias de longa duração para prevenção, educação, testagem e aconselhamento voluntário e confidencial bem como tratamento como parte das operações de paz; (3) requereu treinamento do pessoal de operações de paz para a prevenção do HIV/AIDS; (4) convocou os Estados-Membros a promover esforços coordenados e intensificados, a partir da cooperação internacional; (5) encorajou o UNAIDS a conformar os perfis dos países e identificar boas práticas para fortalecer o intercâmbio de experiências; (6) expressou o interesse na continuidade deste debate com vistas ao avanço na resposta à epidemia.

Ao retratar a Aids como uma ameaça à estabilidade e segurança internacional, a ONU buscava o compromisso dos governos na promoção de ações de enfrentamento à epidemia enquanto em território estrangeiro. Nesse sentido, Feldbaum e outros (2010) notam que questões de saúde quando consideradas ameaças à segurança deram causa a um incremento no financiamento das ações relacionadas a elas, como observou-se no caso do vírus 5N1, que ganhou um incremento de 2 bilhões de dólares, e do próprio HIV/AIDS.

A abordagem da segurança internacional tem impacto direto na coordenação da cooperação internacional (PETRIK, 2008). No entanto, ainda gera controvérsias e tensões, uma vez que geraria um apoio desproporcional de financiamento a países considerados de interesse estratégico para ações que, por sua vez, podem não coincidir com as necessidades da população (FELDBAUM et al., 2010, p. 7).

O HIV/AIDS, somado a outros elementos do contexto africano à época tornou-se um agravante ao desafiar o precário equilíbrio social e político e, portanto, constituir uma real ameaça à segurança da região (EBOKO; NEMECKOVA, 2009, p.555). A comunidade internacional, portanto, passou a mobilizar-se para responder ao HIV/AIDS internacionalmente. Em 2011, o Conselho de Segurança da ONU adotou nova resolução (UNSC, 2011) destacando o contexto do HIV/AIDS nas operações de paz e encorajando o fortalecimento dos esforços em resposta à epidemia, inclusive de cooperação.

#### 1.4. O discurso do desenvolvimento

O ano 2000 foi um ano intenso no que diz respeito à discussão sobre HIV/AIDS e a adoção de compromissos para responder à epidemia. Talvez o simbolismo da virada do milênio representasse um ponto crítico para uma virada em termos do enfrentamento ao vírus e à doença. À declaração do milênio precederam inúmeras reuniões no sentido de identificar os principais desafios que deveriam fazer parte da agenda global. A Aids, definitivamente, estava na agenda de promoção do desenvolvimento.

A promoção do desenvolvimento por muitos anos foi associada exclusivamente ao desenvolvimento econômico, com o incremento do Produto Interno Bruto (PIB), fortalecimento do setor industrial ou mesmo com a exploração dos recursos naturais como petróleo e a realização de grandes empreendimentos comerciais. A prática da promoção do desenvolvimento econômico, no entanto, foi revelando que suas ações poderiam impactar negativamente na vida de populações, afetando a realização dos direitos humanos, incluindo danos ao meio ambiente, evidenciando a necessidade de um debate sobre que tipo de desenvolvimento, afinal, a sociedade estaria buscando.

Naquele momento, buscando desvincular-se da mera associação ao Produto Interno Bruto (PIB) de um país, o desenvolvimento já assumia diversas perspectivas: econômica, social, cultural e política. Isto é dizer que, enquanto nos anos 1950/60 afirmava-se a prevalência dos interesses do Estado sobre a utilização dos seus recursos naturais<sup>20</sup>, a partir dos anos 1970 as discussões avançaram para o reconhecimento do direito ao desenvolvimento como fundamental para o bem-estar de todos os membros da população.

O conceito de desenvolvimento humano, portanto, vai além da perspectiva econômica, e passa a olhar outros aspectos da vida humana. Mais que uma abordagem econômica, a promoção do desenvolvimento requer a consideração de aspectos sociais, políticos, ambientais e culturais, de forma integrada (BRADLOW, 2005). É deste desenvolvimento que trataremos aqui: desenvolvimento humano, que compreende os vários aspectos da vida humana.

Nos dias 6 a 8 de setembro de 2000, a 55ª Assembleia Geral da ONU realizou a Cúpula do Milênio. O encontro resultou na adoção, por unanimidade, da Declaração do Milênio,

---

<sup>20</sup>Ver, por exemplo as Resoluções da Assembleia Geral das Nações Unidas n.º 1803, de 14 de dezembro de 1962 sobre a soberania sobre recursos naturais e a Resolução n.º 626, de 21 de dezembro de 1952 sobre o direito de explorar livremente os recursos naturais.



documento que afirma os valores, princípios e objetivos que devem reger a agenda internacional no século XXI, especialmente a importância da cooperação internacional (NAÇÕES UNIDAS, 2000, Para. 4). Dentre os valores afirmados como essenciais às relações internacionais do século XXI está o da solidariedade - pois “os que sofrem, ou os que beneficiam menos, merecem a **ajuda** dos que beneficiam mais” (NAÇÕES UNIDAS, 2000, Para. 6, grifos nossos). O tema HIV/AIDS foi refletido entre os objetivos estabelecidos pela Declaração do Milênio, como uma meta global de reverter o crescimento da epidemia de HIV/AIDS, e de uma meta específica de “ajuda” ao continente africano na resposta ao HIV/AIDS (NAÇÕES UNIDAS, 2000, Para.28, grifos nossos).

O tema HIV/AIDS, no entanto, não fez parte das discussões iniciais dos ODM. A atuação do UNAIDS, com apoio do PNUD e do Secretário-Geral da ONU, utilizando-se do seu relatório sobre a epidemia global, foi crucial para emplacar o tema, chamando a atenção dos governos e da comunidade internacional para a urgência de responder à epidemia (UNAIDS, 2015, p. 52).

Quando os ODM foram lançados, o mundo só tinha uma compreensão parcial da epidemia de Aids. Em grande parte, isso refletia a fraqueza dos sistemas de vigilância de saúde pública em muitos países com recursos limitados, bem como a realidade de que muitas pessoas que vivem com HIV permaneceu sem diagnóstico por anos e, portanto, não foram contados em registros oficiais de saúde (UNAIDS, 2015, p.52).<sup>21</sup>

A falta de dados precisos não propiciava a dimensão real da epidemia. Foi necessário um intenso *advocacy* para levar adiante a proposta de uma ação global, com um sério compromisso de toda a comunidade internacional.

Na sequência da Cúpula que estabeleceu os ODM, em dezembro de 2000, o UNAIDS adotou um marco global de estratégia em HIV/AIDS, baseado em vinte anos de experiência na resposta ao HIV/AIDS, que sugeria (1) liderança política em todos os níveis; (2) respostas que não fossem confinadas ao setor da saúde; (3) coordenação nacional, e (4) uma resposta centrada nas pessoas que vivem com HIV/AIDS e (5) enraizada nas comunidades (PIOT, SECK, 2001, p.1107).

Em setembro de 2001, o mapa de implementação da declaração do milênio incorporou algumas dessas estratégias, indicando duas metas e sete indicadores relacionados (Tabela 2).

---

<sup>21</sup> Original em inglês: “When the MDGs were launched, the world only had a partial understanding of the AIDS epidemic. In large part, this reflected the weakness of public health surveillance systems in many resource-limited countries, as well as the reality that many people living with HIV remained undiagnosed for years and therefore were uncounted in official health records.”

Tabela 2: Metas, estratégias e indicadores relacionadas ao HIV/AIDS (ODM 6)\*

Meta	Estratégias	Indicadores
Até 2015 ter detido a propagação do HIV/AIDS e começado a inverter a tendência atual	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alcançar uma meta de US \$ 7 a US \$ 10 bilhões em gastos totais com HIV / AIDS a partir de todas as fontes, incluindo os países afetados;</li> <li>Exortando a comunidade internacional a apoiar o Fundo Global para a AIDS e Saúde;</li> <li>Fortalecendo os sistemas de cuidados de saúde e abordar os fatores que afetam o fornecimento de medicamentos relacionados com o HIV, incluindo medicamentos antirretrovirais e sua acessibilidade e preço;</li> <li>Apoiar e incentivar o envolvimento das comunidades locais para sensibilização das pessoas quanto a essas doenças;</li> <li>Exortando os governos nacionais a dedicar uma maior proporção de recursos para os serviços sociais básicos nas áreas mais pobres uma vez que esta é fundamental para a prevenção de doenças; e</li> <li>Apoiar outras iniciativas baseadas em parcerias com o setor privado e outros parceiros no desenvolvimento.<sup>22</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pessoas de 15 a 49 anos vivendo com HIV/Aids, em porcentagem</li> <li>Uso de preservativo em práticas sexuais de alto risco (homens)</li> <li>Uso de preservativo em práticas sexuais de alto risco (mulheres)</li> <li>Porcentagem da população de 15 a 24 anos com conhecimento adequado e integral de HIV/Aids (homens)</li> <li>Porcentagem da população de 15 a 24 anos com conhecimento adequado e integral de HIV/Aids (mulheres)</li> <li>Relação entre matrícula de crianças órfãs e matrícula de crianças não-órfãs de 10 a 14 anos</li> </ul>
Alcançar, até 2010, o acesso universal ao tratamento de HIV/Aids para todas as pessoas que necessitem.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mobilização e fortalecimento de ações baseadas na comunidade e na família para apoiar crianças órfãs e vulneráveis;</li> <li>Garantir que os governos protejam as crianças da violência, abuso, exploração e discriminação;</li> <li>Garantir que os governos ofereçam serviços sociais essenciais de qualidade para as crianças e que os órfãos e crianças afetadas pelo HIV/AIDS são tratados em pé de igualdade com outras crianças;</li> <li>Expandindo o papel da escola como recurso da comunidade e centros de cuidados<sup>23</sup></li> </ul>	Proporção de portadores de HIV com infecção avançada que têm acesso a medicamentos antirretrovirais

\*Baseado no mapa de implementação da ONU sobre os ODM (UN Roadmap 2001).

Apesar de consistir em um objetivo específico, responder ao HIV/AIDS significava também responder aos demais objetivos, uma vez que,

<sup>22</sup> Original em inglês: “Achieving a target of \$7 to \$10 billion in total spending on HIV/AIDS from all sources, including affected countries; Urging the international community to support the Global AIDS and Health Fund; Strengthening health-care systems and addressing factors that affect the provision of HIV-related drugs, including antiretroviral drugs and their affordability and pricing; Supporting and encouraging the involvement of local communities in making people aware of such diseases; Urging national Governments to devote a higher proportion of resources to basic social services in poorer areas since this is crucial for preventing diseases; and Supporting other initiatives based on partnerships with the private sector and other partners in development.”

<sup>23</sup> Original em inglês: “Mobilizing and strengthening community and family-based actions to support orphaned and vulnerable children; Ensuring that Governments protect children from violence, abuse, exploitation and discrimination; Ensuring that Governments provide essential quality social services for children and that orphans and children affected by HIV/AIDS are treated on an equal basis with other children; Expanding the role of schools as community resource and care centres.”

[...] desde seus primeiros dias, a Aids foi entendida como uma doença que foi impulsionada por fatores sociais, tais como a desigualdade de gênero, direitos humanos, violações, a pobreza, a má informação e do estigma e da discriminação. Com o advento das intervenções, como testes e tratamento, o foco mudou para uma abordagem mais medicalizado à epidemia. Mas hoje, os mesmos drivers sociais persistem, alimentando a vulnerabilidade das pessoas ao HIV e exacerbando o seu impacto em toda uma gama de saúde, desenvolvimento e questões de direitos humanos (UNAIDS, 2011, P. 3, tradução nossa).

O desafio de fazer com que o vírus e a doença não atingissem um maior número de pessoas passaria então pelo desafio da redução das desigualdades sociais e do respeito aos direitos humanos. O desafio de fazer com que a pessoa que vive com HIV e Aids tenha o tratamento adequado passaria pelo desafio de que essa pessoa tivesse uma vida digna.

Como não poderia deixar de ser, o conceito de desenvolvimento e sua relação com a aids é visto de vários prismas. No entanto, parece existir um certo consenso em pensar que a aids está diretamente relacionada ao desenvolvimento como expressão dramática das desigualdades sociais. Nessa ótica, se depreende que a superação das condições estruturais que produzem e reproduzem as diferenças sociais, constitui fator fundamental para o controle da epidemia em particular e, de uma forma geral, para toda a agenda do campo da saúde (DÍAZ-BERMUDEZ, 2005, p.75).

Isto posto sob o discurso dos ODM quer dizer que:

(1) se por um lado o incremento da renda melhora o conhecimento sobre o HIV/AIDS e reduz a vulnerabilidade a ele bem como a melhoria em nutrição e acesso à alimentos colaboram para uma melhor resposta ao tratamento, a prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS reduzem a vulnerabilidade à pobreza (ODM1);

(2) se por um lado a melhoria da educação contribuiu para redução de comportamentos de risco ao HIV/AIDS, por outro, a atenção e tratamento de crianças, incluídas as órfãs em razão da Aids, conduzem a uma melhoria dos resultados relacionados à educação (ODM 2);

(3) se por um lado ações em HIV/AIDS voltadas ao fortalecimento de mulheres colaboram para o cumprimento do ODM 3, o empoderamento de mulheres contribui para que estejam menos vulneráveis ao HIV/AIDS; a melhoria dos serviços de saúde materna e infantil contribui para redução da transmissão do HIV e qualidade de vida de crianças e mulheres vivendo com HIV/AIDS, assim como a prevenção da transmissão vertical (de mãe para filho) e cuidado com as gestantes vivendo com HIV/AIDS contribuem para a redução da mortalidade infantil (ODM 4) e melhoria da saúde materna (ODM5); o tratamento de pessoas com

tuberculose contribui para a diminuição das mortes por Aids<sup>24</sup> e o diagnóstico de pessoas vivendo com HIV/AIDS com tuberculose contribui para a redução da incidência de tuberculose na população (ODM6); se por um lado a realização do ODM 8 (parceria mundial para o desenvolvimento) conduz ao acesso às novas tecnologias de prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS e a cooperação para a disponibilização de medicamentos antirretrovirais a preços acessíveis, colaborando para conter a epidemia, por outro, a redução de preços de antirretrovirais e tecnologias relacionadas ao HIV/AIDS impulsionam avanços nas políticas de indústrias farmacêuticas e desenvolvimento tecnológico (ODM8) (UNAIDS, 2011, p. 4). Essa relação de duas vias ou relação interdependente pode ser observada na figura abaixo.



**Figura 5: Interrelação entre HIV/AIDS e ODMs**

A ênfase ao HIV/Aids proporcionada pelos ODM possibilitou elevar o patamar de prioridade da resposta à epidemia, como observa uma das pessoas entrevistadas.

[...] a Aids está muito claramente como alguma coisa que tem que ser enfrentada e que tem que ter respostas globais. A negociação interna dentro

<sup>24</sup> A tuberculose tem sido uma das principais causas de morte de doentes de Aids.

da própria secretaria de vigilância e saúde, dentro do próprio Ministério da Saúde, pra obtenção de recurso, pra agilização de prazos, pra comprimento de metas é muito mais fácil você colocar na mesa de negociação porque isso é um objetivo do milênio, é pacto entre as nações, então não é de um departamento ou de uma área do governo, mas é de uma resposta do governo brasileiro, então é bem diferente, então tantos os objetivos do milênio como a próprias UNGASS, tiveram um peso enorme. Você precisa dar uma resposta a nível global, você tem que de fato gerar metas que sejam plausíveis e correr atrás pra que elas aconteçam (Entrevista).

Ao sair da esfera unicamente local, no âmbito dos países, para gerar compromissos globais, traz a capacidade de impulsionar toda uma agenda local, que antes competia com várias outras prioridades.

O ano que se seguiu à Declaração do Milênio foi também de grande mobilização em torno do HIV/AIDS. Da Cúpula sobre HIV/AIDS, Tuberculose, Malária e doenças relacionadas realizada em abril de 2001, em Abuja, Nigéria, foi acordada a criação do Fundo Global para o Combate à AIDS, Tuberculose e Malária, que inaugurou sua atuação em 2002.

No âmbito regional e sub-regional, vários mecanismos de cooperação no tema foram estabelecidos, dentre os quais destacam-se: o Consenso e Plano de Ação do Fórum para o Desenvolvimento Africano - CEPA: Liderança para Vencer o HIV/AIDS; a Declaração e o Quadro de Ação de Abuja para a Luta contra o HIV/AIDS, a Tuberculose e outras Doenças; a Parceria Pan-Caribenha contra o HIV/AIDS, do CARICOM; o Apelo Regional da CESPAP à Luta contra o HIV/AIDS na Ásia e no Pacífico; o Programa de Ação da União Europeia para acelerar a adoção de medidas contra o HIV/AIDS, a malária e a tuberculose, no contexto da redução da pobreza.

Precedida pelos encontros e mecanismos estabelecidos nas esferas regionais, entre 25 e 27 de junho de 2001, os estados-membros das Nações Unidas se reuniram na Assembleia Geral para uma sessão especial sobre HIV/AIDS (UNGASS). Para Bermúdez e Seffner (2006, p. 103), “É no âmbito da UNGASS que se reafirma a Aids como assunto de saúde pública, entendida como compromisso com o bem-estar humano, como espaço social e político das sociedades contemporâneas”.

Dos 69 discursos proferidos no primeiro dia da sessão, 22 foram de países africanos, que destacaram o grave impacto do HIV/AIDS sobre seus países. Discursos de várias delegações ressaltaram o impacto negativo do HIV/AIDS para o desenvolvimento dos países, como pode ser observado nas falas das representações de Botsuana, Nigéria, Japão, Bahamas e São Cristóvão e Neves, conforme abaixo.

[...] se a pandemia de HIV/AIDS não for contida, ela **acentuará** as disparidades nos padrões de vida entre países desenvolvidos e em desenvolvimento (Botsuana, tradução nossa)<sup>25</sup>.

É por essa razão que a Nigéria dá boas-vindas à organização desta Sessão Especial da ONU para definir a agenda para dar conta dos imensos desafios **colocados por** uma doença tão mortal que se tornou um dos maiores obstáculos ao desenvolvimento e segurança humana (Nigéria, tradução nossa)<sup>26</sup>.

A rápida propagação do HIV/AIDS representa uma ameaça para a segurança humana e **dificulta** muito os esforços dos países em desenvolvimento para reduzir a pobreza, promoção do desenvolvimento social e econômico, e ganhar estabilidade <sup>27</sup>(Japão, tradução nossa).

[...] Nenhum problema de saúde se compara à ameaça que o HIV/AIDS **coloca** para o contínuo desenvolvimento e progresso do meu país, Bahamas, ou minha região, o Caribe <sup>28</sup> (Bahamas).

Esta doença **representa** um perigo claro e presente para o desenvolvimento da segurança humana<sup>29</sup> (Saint Kitts and Nevis, tradução nossa).

Para os países, a Aids era (é e será) a causa para as disparidades regionais, para a manutenção da pobreza e não alcance do tão necessário desenvolvimento. A Aids era vista como mais um obstáculo que se colocava para os países.

Os desenvolvimentos nos planos regionais contribuíram fortemente para que as discussões dessa sessão especial refletissem uma agenda consistente que elevasse a resposta ao HIV/AIDS a um patamar de maior engajamento dos países, com a expectativa do emprego de maiores esforços por parte dos países desenvolvidos, como expressou o representante brasileiro (BRAZIL, 2001) e demais pronunciamentos feitos durante a sessão<sup>30</sup>. A sessão foi conduzida em matéria de urgência, presidida pela Finlândia e co-presidida pelos representantes da Austrália e Senegal, e iniciada já com acordo sobre o texto a ser adotado.

Na abertura da sessão, o Secretário-Geral da ONU, Sr. Kofi Annan, sobre os esforços necessários, destacou que “os países em desenvolvimento estão prontos para **fazer a parte deles** – como as lideranças Africanas se comprometeram na Cúpula de Abuja. Mas eles não

<sup>25</sup> Original em inglês: “[...] if the HIV/AIDS pandemic is not contained, it will accentuate disparities in living standards between developed and developing countries”.

<sup>26</sup> Original em inglês: “It is for this reason that Nigeria welcomes the convening of this UN Special Session to set the agenda for meeting the immense challenges posed by a disease so deadly that it has become one of the **greatest obstacles to human development and security**”

<sup>27</sup> Original em inglês: “The rapid spread of HIV/AIDS poses a threat to human security and greatly **hinders** the efforts of developing countries to reduce poverty, advance social and economic development, and gain stability”.

<sup>28</sup> Original em inglês: “No single health problem compares to the **threat** which HIV/AIDS holds for the continued development and progress of my country, The Bahamas, or my region, the Caribbean”.

<sup>29</sup> Original em inglês: “This disease **poses** a clear and present danger to the development of human security”.

<sup>30</sup> <http://www.un.org/ga/Aids/statements/25june.html>

podem fazer isso sozinhos” (ONU, 2001, tradução nossa, grifos nossos)<sup>31</sup>. Com “fazer a parte deles”, Annan sugere que os estados em desenvolvimento possuem um dever de fazer e que, no entanto, este dever não tem como ser satisfeito pela ação exclusiva destes Estados.

O principal chamado era por uma parceria global com engajamento não só a nível político mas também de recursos técnicos e financeiros. Os pronunciamentos das delegações, portanto, ressaltaram também a responsabilidade de todos para responder ao HIV/AIDS, com um chamado à “parceria”, à “solidariedade internacional”, a “agir em conjunto”, a “trabalhar em conjunto”, a uma “ação concertada”<sup>32</sup>.

Vários pronunciamentos utilizam as palavras “dever”, “ação global”, “responsabilidade”, “compromisso global”<sup>33</sup>. Nas palavras de Portugal, “ninguém tem o direito de ficar de lado a partir de tais fatos brutais. **Responsabilidade recai** sobre todos nós; todo o nosso empenho é necessário; cada medida é urgente; e o envolvimento de todos é bem-vindo” (tradução nossa, grifos nossos).<sup>34</sup>

O representante da África do Sul, um dos países mais afetados pela epidemia, por sua vez, sugeriu que a “generosidade” da comunidade internacional não deveria se ater à manifestações políticas, de processo, mas virem acompanhadas de contribuição financeira<sup>35</sup>.

Embora a maioria dos chamados à responsabilidade de todos foi feita pelos países em desenvolvimento, alguns países desenvolvidos não se furtaram a responsabilidade e aproveitaram o momento para divulgar contribuições ao recém criado Fundo Global de luta contra a Aids, Tuberculose e Malária.<sup>36</sup>

A representação de Moçambique, por sua vez, trouxe em seu pronunciamento uma questão importante em relação ao possível apoio via cooperação internacional, que é o fato da ajuda não estar restrita aos países desenvolvidos, mas “àqueles que conseguiram deter e reverter a propagação do HIV/AIDS, assim como aqueles em posição de fazê-lo”.

Além disso, inspirados pelo pronunciamento de abertura do Secretário-Geral da ONU, Kofi Annan, que ressaltou que “cada pessoa que é infectada – qualquer seja a razão – é um ser

<sup>31</sup> Original em inglês: “The developing countries themselves are ready to provide their share -- as African leaders pledged at the Abuja summit. But they cannot do it alone”.

<sup>32</sup> Notem-se, por exemplo, os discursos das delegações de Gana, Moçambique, Gabão, Saint Kitts e Nevis, dentre outros.

<sup>33</sup> Observem-se, por exemplo, os discursos do Japão, Nigéria, Mali.

<sup>34</sup> Original em inglês: “Nobody is entitled to stand aside from such brutal facts. **Responsibility lies with us all**; all our **commitment** is needed; every measure is urgent; and the involvement of all is welcome”

<sup>35</sup> Original em inglês: “Since it is not in our collective interest to have the **generosity** of the international community restrained by issues of process, we would lend our voice to calls for the Secretary General, Mr. Kofi Annan, to continue his leadership role and to assist us in navigating the final stages of this course. In the meantime, Chairperson, we would be quite content to hear from others that the cheque is in the mail”. (África do Sul)

<sup>36</sup> Observem-se, por exemplo, os discursos dos Estados Unidos, do Japão e dos Países Baixos.

humano, com direitos humanos e necessidades humanas”<sup>37</sup> (tradução nossa), mais da metade dos pronunciamentos mencionou os direitos humanos como elemento essencial da resposta ao HIV/AIDS. A Noruega, por exemplo afirmou a importância de adotar uma resposta fortemente baseada nos direitos humanos, especialmente no direito ao desenvolvimento, no direito à saúde e no direito à vida pois as pessoas que têm seus direitos violados estão mais vulneráveis ao HIV<sup>38</sup>.

Em seu pronunciamento, o Ministro da Saúde do Brasil à época, José Serra, por sua vez, destacou a política brasileira de resposta à Aids, resultado atribuído a uma grande parceria entre governo e sociedade civil, e conclamou os estados a adotarem uma abordagem que considerasse quatro elementos essenciais: prevenção, tratamento, direitos humanos e recursos. Além do acesso a medicamentos, o Ministro defendeu que:

Outro fator essencial na luta contra o HIV / AIDS é o estrito respeito aos direitos humanos. Esta abordagem deve ser dupla. Por um lado, temos de **combater** o estigma que, infelizmente, ainda é associado com HIV / AIDS e **eliminar** outras formas de discriminação que contribuem para a propagação da epidemia. Por outro lado, é preciso levar em conta que o acesso à medicação é um elemento fundamental para **alcançar** a plena realização do direito humano ao gozo do mais alto padrão de saúde física e mental (BRAZIL, 2001, tradução nossa, grifos nossos).<sup>39</sup>

O pronunciamento evidencia, como processo, que para “alcançar” a realização do direito à saúde e o respeito aos direitos humanos relacionados à epidemia de HIV/AIDS, é preciso “combater” o estigma, “eliminar” a discriminação, e promover o acesso à medicação. O pronunciamento apontou um roteiro do que precisaria ser feito e, especialmente, que o que quer que seja feito, deve respeitar os direitos humanos.

O encontro resultou na adoção da Declaração de Compromissos em HIV/AIDS “Crise Global – Ação Global”. Apesar de não ser um instrumento jurídico vinculante, que obriga legalmente os Estados, passou a ser um importante referencial para a atuação neste campo. O

---

<sup>37</sup> Original em inglês: “And let us remember that every person who is infected -- whatever the reason -- is a fellow human being, with human rights and human needs”.

<sup>38</sup> Original em inglês: “It will take a **response firmly based on the promotion and protection of human rights. The right to development. The right to health. The right to life.** Why? - Because people whose rights and dignity are violated become more vulnerable to HIV infection. Because discrimination of those infected also discourages testing and undermines effective prevention. Because the epidemic poses a new and grave challenge to the fulfillment of the right to health” (grifos nossos).

<sup>39</sup> Original em inglês: “Another essential factor in combating HIV/AIDS is the strict respect for human rights. This approach should be twofold. On the one hand, we must combat the stigma that unfortunately still is associated with HIV/AIDS and eliminate other forms of discrimination that contribute to the spread of the epidemic. On the other, we must take into account that access to medication is a fundamental element in achieving the full realization of the human right to the enjoyment of the highest standard of physical and mental health.”



documento estabeleceu compromissos em dez áreas: (1) liderança, (2) prevenção, (3) Cuidados, apoio e tratamento, (4) direitos humanos, (5) redução da vulnerabilidade, (6) crianças órfãs e vulneráveis ao VIH/AIDS, (7) impacto social e econômico, (8) Investigação e desenvolvimento, (9) regiões afetadas por conflitos e catástrofes naturais e (10) recursos, além de apontar ações de monitoramento desses compromissos (ONU, 2001).

A Declaração conclamava a uma nova liderança, que buscava o engajamento na construção de novas relações entre os diversos atores e dando novos significados às diversas dimensões da epidemia (BERMÚDEZ, SEFFNER, 2006, p. 103). Para Bermúdez e Seffner (2006, p. 103), “poderia ser dito que a Declaração exprime uma relação entre o conceito de poder e o conceito de direito que em muitas sociedades contemporâneas é ainda um processo em construção”.

Além disso, em cada uma das dez áreas, a cooperação é ressaltada como instrumento relevante para a realização dos compromissos. Observando os avanços científicos até aquele ano, a declaração é uma chamada a “traduzir o conhecimento em ação”<sup>40</sup>, considerando a realidade dos países em desenvolvimento.

A cooperação internacional, seja ela Norte-Sul, Sul-Sul ou triangular, foi afirmada como instrumento importante para o compartilhamento de experiências e incremento dos recursos humanos, financeiros e técnicos para o reforço das capacidades nacionais, regionais e sub-regionais para enfrentar e combater eficazmente o HIV/AIDS (ONU, 2001).

Em 2005, durante a Cúpula Mundial realizada em Nova Iorque, as lideranças globais acordaram em acelerar as ações de prevenção e tratamento do HIV/AIDS com vistas a atingir a meta de tratamento para todos que dele necessitassem até 2010.

Em junho de 2006, a Assembleia Geral da ONU adotou a Declaração Política sobre HIV/AIDS, que reiterou os compromissos estabelecidos anteriormente. Dentre os vários assuntos que ela aborda, a declaração reafirma que os direitos humanos constituem elemento essencial da resposta global ao HIV/AIDS; que o acesso a medicamentos é fundamental para atingir a progressiva realização do direito à saúde; que o HIV/AIDS é tanto causa como consequência da pobreza e que combater o HIV/AIDS é essencial para atingir os objetivos de desenvolvimento do milênio; a necessidade de fortalecimento dos esforços, liderados pelos países, do apoio, parceria e cooperação internacional para a implementação das respostas à Aids, inclusive com aumento de recursos financeiros domésticos e internacionais.

---

<sup>40</sup> Essa foi a expressão usada pelo representante da Sociedade Internacional de Aids (IAS, em inglês), uma das pessoas a dar destaque a esse ponto em seu discurso durante a sessão da Assembleia Geral (IAS, 2001).

No mesmo sentido, em junho de 2011, a Assembleia Geral da ONU adotou a Declaração Política sobre HIV/AIDS: Intensificando nossos Esforços para Eliminar o HIV/AIDS. O documento reconhece avanços e estabelece compromissos no campo da liderança, prevenção, tratamento, direitos humanos, recursos, fortalecimento de sistemas de saúde, pesquisa, coordenação e monitoramento das respostas nacionais. Ele ainda ressalta:

[...] a importância da cooperação internacional, incluindo o papel da cooperação Norte-Sul, Sul-Sul e triangular, na resposta global ao HIV e à AIDS, lembrando que a cooperação Sul-Sul não substitui e sim complementa a cooperação Norte-Sul, e (reconhece) as responsabilidades compartilhadas porém diferenciadas e respectivas capacidades dos governos e dos países doadores, bem como da sociedade civil, incluindo o setor privado, ao mesmo tempo em que observamos que a apropriação e a liderança nacionais são absolutamente indispensáveis a este respeito (ONU, 2011, Para.15).

A Declaração Política de 2011, apesar de continuar descrevendo a Aids como emergência global e catástrofe humana, foi inovadora ao fazer constar, pela primeira vez em uma declaração da ONU a menção a homossexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo, tidos como grupos desproporcionalmente afetados pela epidemia (NATTRASS, 2013 p.16).

Em setembro de 2015, uma nova agenda global para o desenvolvimento foi adotada pelos países membros das Nações Unidas. Nesta ocasião, as metas relacionadas ao HIV/Aids foram incluídas no Objetivo do Desenvolvimento Sustentável (ODS) n.3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.

### **1.5. O discurso da saúde global**

Segundo Fidler, “a afirmação de que um país não pode enfrentar doenças infecciosas emergentes, por si só demonstra que a política de saúde pública foi desnacionalizada” (1996, P.78, tradução nossa)<sup>41</sup>. O processo de globalização evidenciou de tal forma a existência de interdependências que a distinção entre assuntos domésticos e internacionais é difícil de ser feita (KAUL; FAUST, 2011, p. 869).

Para Kaul e Faust, “a porosidade das fronteiras tem globalizado nossas condições de saúde, e a cooperação internacional em saúde se tornou uma questão de interesse próprio e

---

<sup>41</sup>Original em inglês: “The assertion that a country cannot tackle emerging infectious diseases by itself demonstrates that public health policy has been denationalized”.

preocupação mútua”<sup>42</sup> (2011, p. 870-871, tradução nossa). É o que a cooperação internacional em HIV/AIDS demonstra.

Até meados de 2000 a resposta à Aids havia merecido poucos recursos tanto nacionais como oriundos da cooperação internacional, como indica o estudo de Attaran e Sachs (2001). Estima-se que apenas 170 milhões de dólares anuais eram proporcionados por fontes externas no período de 1996-1998, representando o valor de U\$ 3 por pessoa infectada na África Subsaariana em 1998 (ATTARAN, SACHS, 2001). A partir do ano 2001, os acordos bilaterais e multilaterais para cooperação em HIV/AIDS foram intensificados a partir da intensa agenda de estabelecimento de compromissos globais e regionais na temática.

Em 2003, os Estados Unidos lançaram o Plano Emergencial do Presidente para Ajuda à AIDS (PEPFAR, sigla em inglês), que inicialmente destinou 15 bilhões de dólares ao tema. Em 2012, o montante disponibilizado pelo governo americano correspondia a 73% do total de cooperação bilateral no tema e 48,7% do total de recursos da cooperação internacional em HIV/AIDS (UNAIDS, 2013, p. 70).

Em 2008, o montante estimado da cooperação internacional em HIV/AIDS foi de 8.9 bilhões de dólares, sendo que 67% desse valor foi disponibilizado diretamente por fontes bilaterais – de um país a outro -, 28% de fontes multilaterais e 5% de entidades filantrópicas (UNAIDS, 2013, p. 70).

Nesse sentido, Feldbaum e outros (2010) notam que o crescente financiamento de ações em HIV/AIDS faz parte de uma tendência da cooperação em saúde, que em geral segue as tendências da cooperação para o desenvolvimento. Enquanto em 1998, a cooperação em HIV/AIDS representava 5% da cooperação em saúde, em 2007, ela representava 47%. Por sua vez, a partir da figura abaixo, Nattrauss (2013, p.12) relaciona o financiamento de ações para responder ao HIV/AIDS com os momentos históricos chave da luta contra a epidemia, demonstrando o notável aumento de recursos como consequência direta de cada compromisso político estabelecido a nível global.

---

<sup>42</sup>Original em inglês: “The porousness of borders has globalized our health conditions, and international cooperation in health has become a matter of self-interest and mutual concern.”

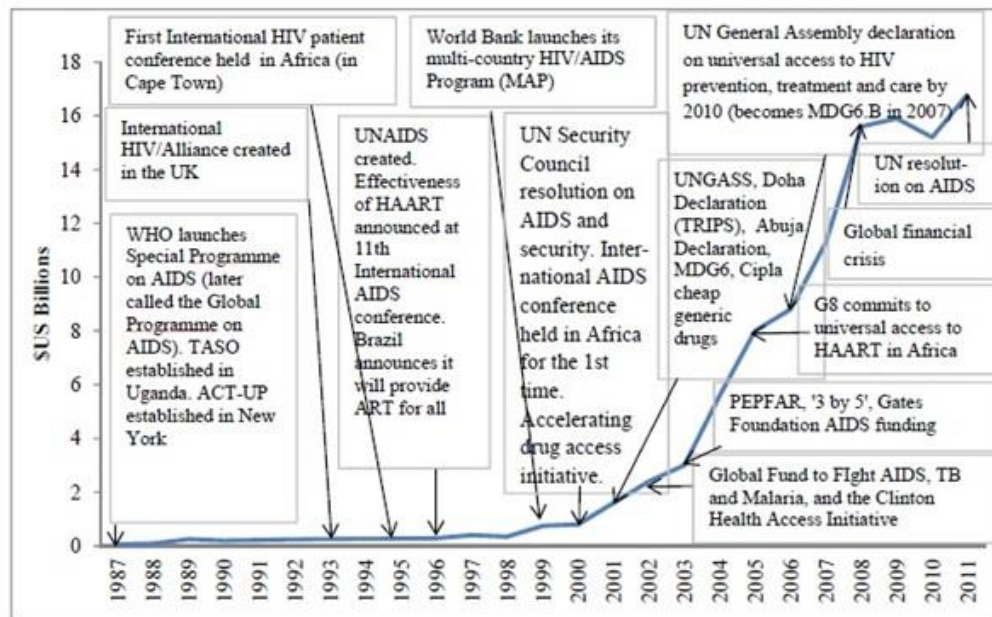
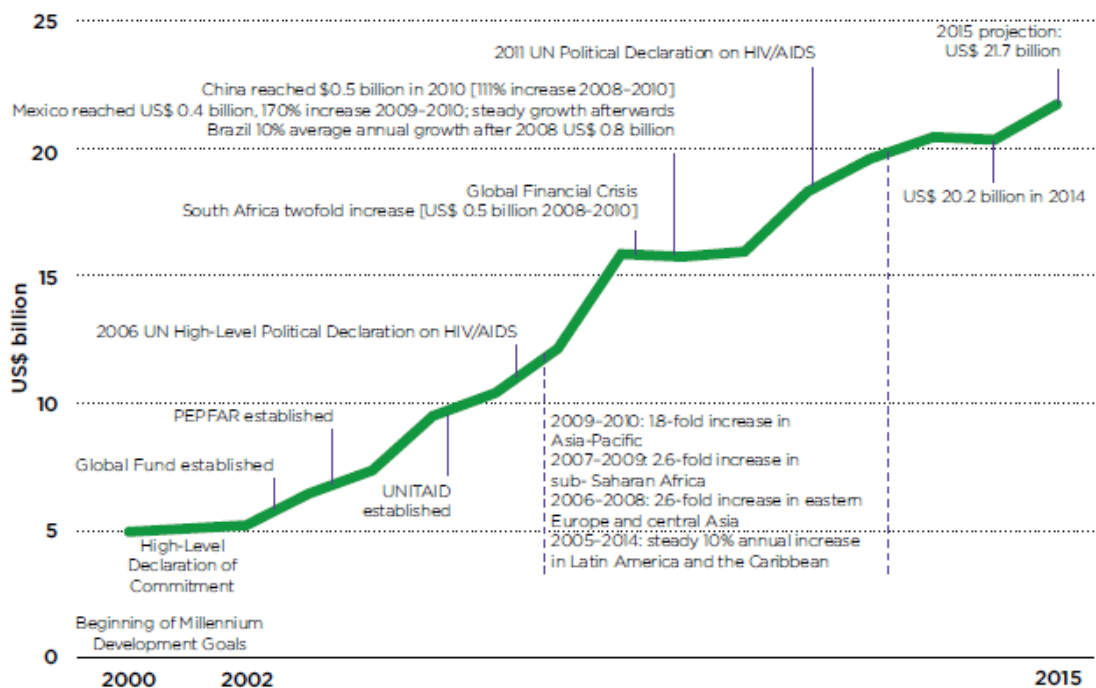


Figura 6. Total de Financiamento e Momentos-Chave na Resposta Internacional à Aids

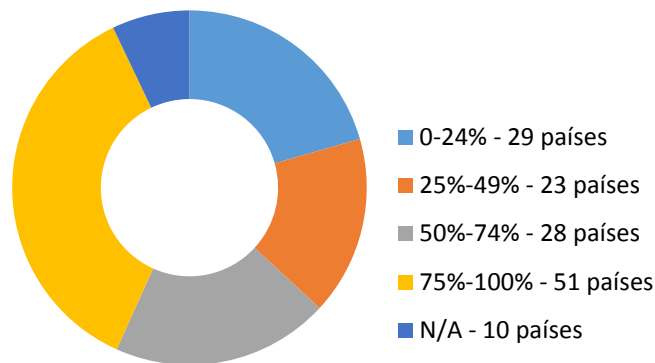
### Total resources for HIV/AIDS in low- and middle-income countries, 2000-2015



Source: UNAIDS estimates June 2015, based on UNAIDS-KFF reports on financing the response to AIDS in low- and middle-income countries until 2014; OECD CRS last accessed June 2015; UNGASS and GARPR reports; FCAA Report on Philanthropic funding Dec 2014.

Figura 7. Total de recursos para HIV/Aids em países de baixa e média renda (2000-2015)

Mas até que ponto os recursos da cooperação internacional deveriam ser responsáveis pela resposta à epidemia de HIV/AIDS? Apesar da cooperação internacional não pretender substituir as iniciativas de cunho puramente nacional, em 2012, 79 de 131 países de baixa e média renda possuíam pelo menos 50% de dependência de fontes internacionais para a resposta à AIDS (Figura 7); mais de 50 países ainda dependiam entre 75% e 100%, sendo que 29 deles estão no continente africano, conforme figura abaixo (UNAIDS, 2013, p. 73-74).



**Figura 8. Porcentagem de dependência dos países de baixa e média renda de recursos da cooperação internacional para HIV/AIDS**

Com a crise financeira global desencadeada nos últimos anos, doadores tradicionais têm diminuído seus aportes e a eles têm sido dirigidos apelos para que não abandonem o compromisso com o tema.

### **1.6. A reação do continente africano**

O início da epidemia de Aids nos anos 1980 no continente Africano coincide com um período de instabilidade política e econômica da região, onde a maioria dos Estados pós-coloniais era dominada por regimes autoritários, com fragilidade fiscal e limitado acesso aos serviços sociais e de infraestrutura pela população, características essas que condicionaram um emergente clientelismo nos anos que se seguiram à independência na região (VAN DE WALLE, 2002; 2009).

O processo de descolonização e bipolaridade mundial também foi acompanhado da crescente ajuda ao desenvolvimento da região, inaugurada com a primeira Convenção de Lomé sobre Comércio e Cooperação, em 1975.

O cenário da epidemia de Aids, especialmente na África Subsaariana, ainda nos primeiros anos da década de 1980 já era o prenúncio de uma catástrofe. Com serviços de saúde débeis, a epidemia de Aids representou a redução da força de trabalho, inclusive trabalhadores da saúde e da educação, e, portanto, impactos econômicos significativos, colocando em risco a estabilidade política da região. O impacto da epidemia de Aids no continente africano motivou a mobilização internacional de bilhões de dólares, dando origem a um dos maiores programas de promoção do desenvolvimento da história africana.

Em 1999, o Banco Mundial anunciou sua estratégia de apoio ao continente africano na luta contra a Aids, baseada em quatro pilares principais: (1) *advocacy* para posicionar a Aids como assunto central de desenvolvimento e manter uma resposta sustentada, (2) aumento de recursos para transversalizar as ações em HIV/AIDS em todos os setores, (3) esforços direcionados a ambos públicos geral e específicos e atividades para fortalecer o cuidado e tratamento do HIV/AIDS, e (4) expandir o conhecimento para apoiar os países no desenho e gestão da resposta a Aids (WORLD BANK, 1999, P.5-6).

Naquele momento o Banco Mundial já reconhecia que dado a escala da epidemia, ela não é mais apenas um problema de saúde pública. Ela é uma crise de desenvolvimento” (WORLD BANK, 1999, P.9, tradução nossa)<sup>43</sup>.

Foi também em 1999 que, a partir de um convite de Chefes de Estado Africanos à Organização da Unidade Africana, hoje União Africana, para um trabalho em parceria com o UNAIDS, foi criada a Parceria Internacional contra a Aids na África (em inglês, International Partnership against AIDS in Africa). Baseada no princípio de que a resposta ao HIV/AIDS não deveria consistir em ações isoladas, ela foi criada em Annapolis, Maryland, Estados Unidos, durante o encontro do UNAIDS de 19 a 20 de janeiro, com vistas a “urgentemente mobilizar nações e sociedades civis para redirecionar as políticas e recursos nacional e internacional e para responder à crescente epidemia de HIV/AIDS e suas muitas implicações”<sup>44</sup> (WORLD BANK, 1999, P.59, tradução nossa).

A parceria estabeleceu como valores comuns e princípios:

[...] Forte liderança Africana e compromisso político como a base para uma ação efetiva; foco e orientação no país para localmente estabelecer prioridades; instituições locais, incluindo os governos locais, ONGs e outras organizações de base comunitária, para ser atores principais pessoas vivendo com HIV /

<sup>43</sup> Original em inglês: “given the scale of the epidemic, it is no longer just a public health problem. It is a development crisis.”

<sup>44</sup> Original em inglês: urgently mobilize nations and civil societies to redirect national and international policies and resources so as to address the evolving HIV/AIDS epidemic and its many compelling implications”.

AIDS; abertura a todas as pessoas e instituições preparadas para aderir à Parceria e respeitar os seus valores ; um senso de responsabilidade compartilhada entre todos os parceiros; transparência de ação e responsabilidade pelos resultados; respeito pelos direitos humanos e compaixão por aqueles que sofrem de HIV/AIDS ; vontade da ONU e outras agências externas para agir de forma flexível e para complementar um ao outro com base em vantagens comparativas; máxima dependência das entidades organizacionais existentes, sem a criação de estruturas burocráticas adicionais (WORLD BANK, 1999, P. 60, tradução nossa)<sup>45</sup>.

Com três principais objetivos – reduzir a transmissão, reduzir o sofrimento e mitigar o impacto da Aids – a partir da nova parceria, 14 planos estratégicos nacionais foram criados; quinze meses após, 30 planos foram finalizados e outros 14 estavam sendo desenhados (UN Fact Sheet, 2001), representando um forte engajamento dos países africanos na identificação de ações.

A União Africana seguiu adotando uma série de compromissos no tema HIV/AIDS, que trataram de diversos assuntos, desde o acesso a medicamentos, combate à transmissão vertical e à discriminação baseada em gênero. A Declaração e o Quadro de Ação de Abuja para a Luta contra o HIV/AIDS, a Tuberculose e outras Doenças (2001), por exemplo, constituiu um marco na coordenação de esforços ao estabelecer uma meta de 15% dos orçamentos nacionais para responder à epidemia<sup>46</sup>. Poucos países, entretanto, atingiram essa meta, como pode ser observado na figura abaixo.

---

<sup>45</sup> Original em inglês: “strong African political leadership and commitment as the basis for effective action; country focus and orientation to locally-set priorities; local institutions, including local governments, NGOs and other community-based organizations, to be major actors participation of people living with HIV/AIDS; openness to all persons and institutions prepared to join the Partnership and respect its values; a sense of shared responsibility among all partners; transparency of action and accountability for results; respect for human rights and compassion for those suffering from HIV/AIDS; willingness by UN and other external agencies to act flexibly and to complement one another on the basis of comparative advantage; maximum reliance on existing organizational entities without the creation of additional bureaucratic structures.”

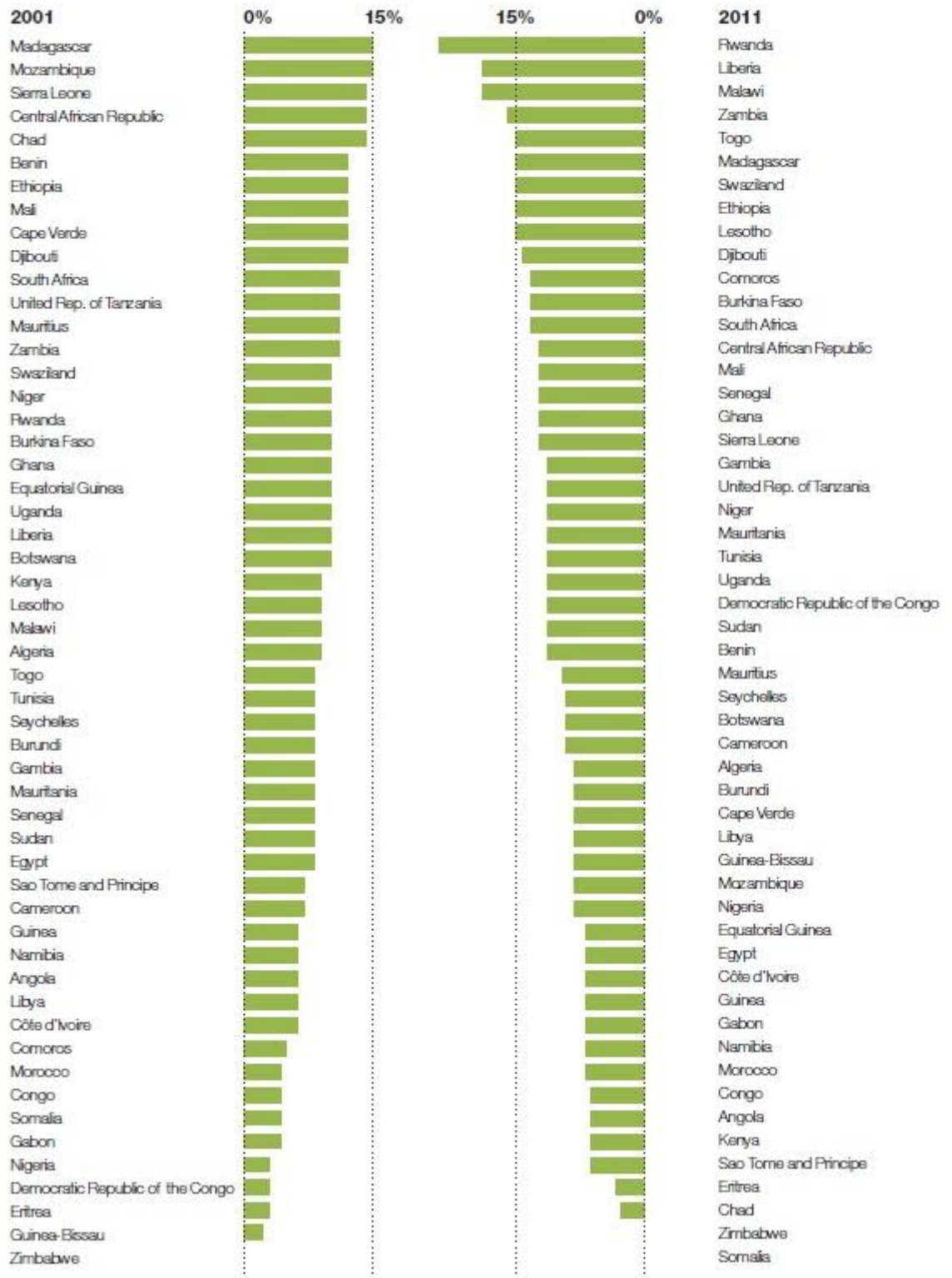
<sup>46</sup> Abuja Declaration. <http://www.oau-oua.org/afsummit/docs.htm>

Figure 5

**Abuja Declarations: Promises of commitment and solidarity**

Government health expenditure as a % of Government expenditure by country, 2001 to 2011

Sources: WHO Global health expenditure database



**Figura 9. Gastos do governo em saúde (2001-2011)**

Fonte: UNAIDS. Abuja +12. Shaping the future of health in Africa. 2013. P. 9.



Em 2003, a União Africana, reunida em Maputo, afirmou seu compromisso com a parceria entre governos, indústrias farmacêuticas e Nações Unidas para a aquisição de medicamentos a preços acessíveis. Em 2004, em Addis Ababa, comprometeu-se a acelerar os esforços para enfrentar a discriminação baseada em gênero, principalmente aquela que atinge mulheres vivendo com HIV/AIDS. Em 2005, em Gaborone, compromete-se com o acesso universal à prevenção e tratamento do HIV/AIDS, tuberculose e malária bem como convoca os Estados ao uso das flexibilidades do acordo de propriedade intelectual, as chamadas flexibilidades TRIPS.

Em 2006, a União Africana reafirmou seu compromisso em intensificar os esforços para responder à três doenças: HIV/AIDS, tuberculose e malária. Em 2010, no marco do debate pelo acesso universal à prevenção, diagnóstico e tratamento, a União Africana, em seu encontro em Kampala estendeu a chamada feita em Abuja para 2015 e conclamou os países a acelerarem a prevenção da transmissão vertical do HIV/AIDS e a melhoria da saúde das mulheres e crianças. Em 2012, em seu 19º encontro em Addis Ababa, a União Africana adotou um “mapa de aceleração do progresso em HIV, tuberculose e malária” baseado em três pilares: (1) modelos de financiamento mais diversificados, equilibrados e sustentáveis, (2) acesso a medicamentos e (3) liderança e governança para a sustentabilidade.

As várias manifestações de compromisso político, entretanto, por si só não dão conta da resposta à Aids na região. Os dados de progresso indicam que alguns países mantiveram as epidemias em altos níveis ou ainda tiveram um forte incremento de novos casos, como ocorreu na África do Sul, em Botsuana e em Moçambique (Figura 10), sem respectivo incremento de recursos financeiros do orçamento nacional (Figura 9). Em alguns casos, como de Moçambique, a porcentagem de recursos nacionais diminuiu. É nesse sentido que Michel Sidibé, Diretor Executivo do UNAIDS, preocupado com a dependência africana da ajuda internacional e a crise econômica global que diminui a disponibilidade de recursos para cooperação, destacou<sup>47</sup> os avanços ocorridos no continente e chamou os governos africanos ao compromisso com a resposta à epidemia:

[...] É hora de demonstrar que os países podem se unir com um único propósito: definição de um novo paradigma baseado em realidades sociais e progresso econômico. Um paradigma que gira em torno de valores comuns, responsabilidade compartilhada e responsabilidade mútua. Um paradigma que

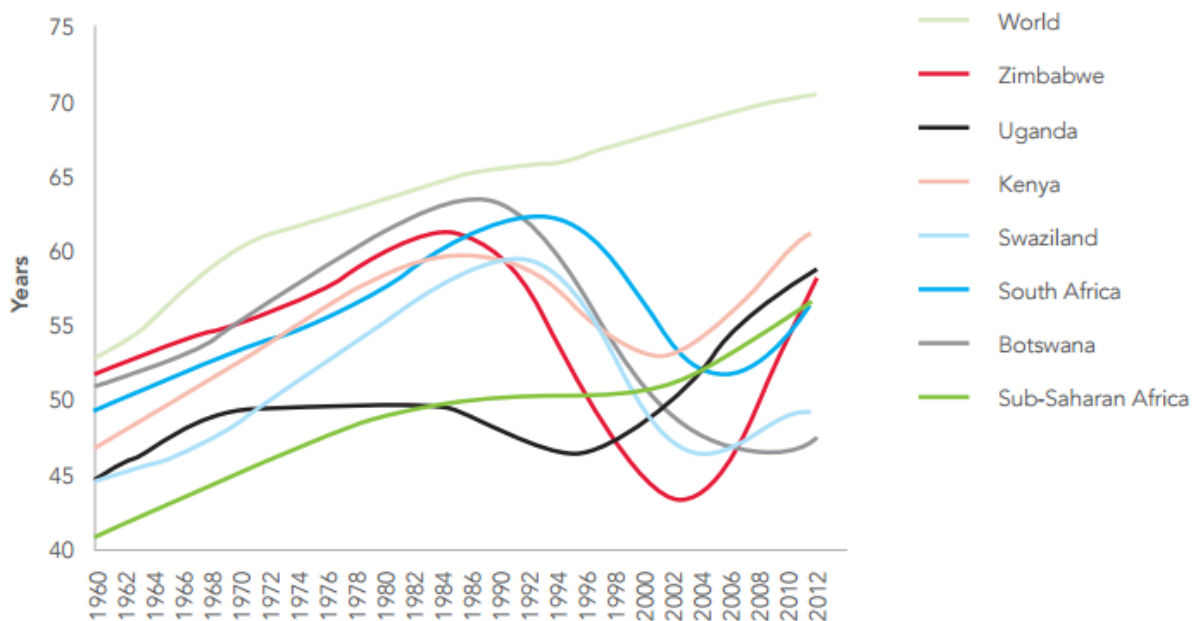
---

<sup>47</sup> Em discurso de 28 de janeiro de 2012 em Addis Ababa, Etiópia, durante o 26º encontro do NEPAD.

vai entregar uma nova agenda que é socialmente sustentável, que está escrita e apropriada pela África (UNAIDS, 2012, tradução nossa).<sup>48</sup>

Ao passo em que a expectativa de vida em países africanos caiu drasticamente no início dos anos 1980, coincidindo com o início da epidemia de Aids, por volta do início dos anos 2000 notamos uma evidente mudança na expectativa de vida, que coincide com a adoção do compromisso internacional em torno do tema (figura abaixo).

#### TRENDS IN LIFE EXPECTANCY DURING THE AIDS EPIDEMIC



Source: The World Bank life expectancy data. <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>. Accessed 15 September 2014.

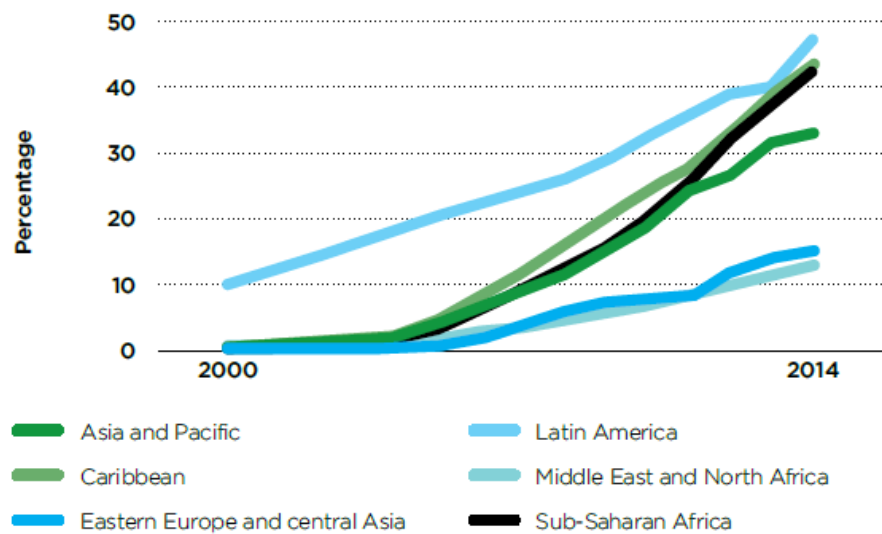
**Figura 10. Tendências na expectativa de vida durante a epidemia de aids**

Fonte: [http://www.UNAIDS.org/sites/default/files/media\\_asset/90-90-90\\_en\\_0.pdf](http://www.UNAIDS.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf)

A retomada no incremento da expectativa de vida no contexto da epidemia de Aids foi decorrente das inúmeras iniciativas empreendidas no continente, principalmente da cooperação internacional, responsável pelo financiamento de muitas ações, incluindo as ações de cuidado e tratamento.

<sup>48</sup> Original em inglês: "It is time to demonstrate that countries can come together with a single purpose: Defining a new paradigm based on social realities and economic progress. A paradigm that centres on shared values, shared responsibility, and mutual accountability. A paradigm that will deliver a new, socially sustainable agenda that is written and owned by Africa."





Source: UNAIDS 2014 estimates.

**Figura 12. Pessoas em tratamento antirretroviral (2001-2014)**

Os aumentos mais significativos ocorreram na América Latina e em regiões com maior prevalência: o Caribe e a África Subsaariana. Dessa forma, a meta de atingir 15 milhões em tratamento em 2015 foi ultrapassada naquele ano, trazendo otimismo à comunidade internacional quanto ao alcance das novas metas estabelecidas, tais como a meta 90-90-90 (UNAIDS, 2015).

Os avanços no continente africano, especialmente na África Subsaariana, não foram, entretanto, resultado de uma resposta simples ao HIV/AIDS. Eles foram fruto da combinação de uma complexa mistura de atores atuando por vezes de maneira coordenada. Isto é dizer que, além dos atores nacionais (governo, sociedade civil, incluindo setor empresarial, ONGs, comunidades de base e fé religiosa), os atores internacionais (entre agências governamentais de cooperação, iniciativas multilaterais, organismos e ONGs internacionais) em cena participaram ativamente na definição e implementação das estratégias de prevenção, assistência e tratamento do HIV/AIDS.

A dependência criada dos atores externos abriu porta para a sujeição a estratégias que não necessariamente coincidiam com as realidades culturais da região. É o caso da política do ABC (Abstinência, Fidelidade e Preservativo, do acrônimo em inglês), que foi implementada em vários países. Tal política se dirige ao comportamento individual, desconsiderando as vulnerabilidades sociais e programáticas às quais aquele indivíduo está submetido. A responsabilidade por infectar-se ou não pelo HIV recairia, portanto, somente nele. Ao contrário, a resposta ao HIV requer uma abordagem mais ampla do que a estratégia do ABC (VAN DONK,

2006), devendo as estratégias focarem além do comportamento individual (BARNETT, PARKHURST, 2005).

No contexto africano, pensar a resposta ao HIV/AIDS era considerar que muitas vezes a Aids era vista como uma mera manifestação de doenças antigas, como as doenças ‘Tswana’ em Botsuana (HEALD, 2002) ou castigo divino ou bruxaria. Era ter que considerar arranjos familiares que às vezes eram pautados na poligamia, contextos de pobreza e ausências dos diversos insumos e serviços, e as diversas formas de violência presentes, onde o ato meramente individual estava longe de representar de fato uma verdadeira escolha.

As interações no âmbito da cooperação internacional em HIV/Aids se deram das diversas formas, incluindo a cooperação tradicional, considerada *top-down*, a forma trilateral e também bilateral Sul-Sul, que reivindica uma nova forma de fazer cooperação<sup>49</sup>. Nesse contexto, Donald Kaberuka, Presidente do African Development Bank faz uma provocação aos países do sul global que ao longo dos anos surgiram como novos atores relevantes na cooperação com os países africanos:

Os líderes africanos devem estar em condições de definir claramente o que eles querem desta nova relação Sul-Sul. Certamente não pode ser uma réplica da relação Norte-Sul tradicional - e que é para líderes africanos para decidirem - não a China, Brasil, Índia ou Malásia. Os líderes africanos devem ter uma visão de longo prazo , que pode formar uma base para envolver os parceiros<sup>50</sup>(UNAIDS, 2012, p. 7, tradução nossa).

Dessa forma, após mais de 30 anos de luta contra a epidemia de HIV/Aids, os países africanos são demandados quanto à postura frente aos diversos atores, especialmente os internacionais, no sentido de estarem à frente, na liderança de suas respostas nacionais.

---

<sup>49</sup> Em abril de 2010, a Declaração de Brasília recordou cooperação Sul-Sul como "um instrumento essencial para o desenvolvimento", em que os países em desenvolvimento compartilham pontos de vista e os desafios comuns e com base em suas próprias capacidades. Ver IBSA. India-Brazil-South Africa Dialogue Forum. Fourth Summit of Heads of State/Government. Brasilia Declaration. 15 April 2010. Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/temas-mais-informacoes/saiba-mais-ibas/documentos-emitidos-pelos-chefes-de-estado-e-de/4th-ibsa-summit-declaration> Para.25. 'an essential instrument for development' in which developing countries share common views and challenges and it is 'based on their own capabilities'.

<sup>50</sup> Original em inglês: “Africa’s leaders must be in a position to define clearly what they want from this new South-South relationship. It certainly cannot be a replica of the traditional NorthSouth relationship – and that is for African leaders to decide- not China, Brazil, India or Malaysia. African leaders must take a long-term view, which can form a basis for engaging those partners”.

## PARTE II - A ABORDAGEM DE DIREITOS HUMANOS NA COOPERAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO

### 2.1. O discurso dos direitos humanos na cooperação para o desenvolvimento

“Não pode haver paz sem desenvolvimento, desenvolvimento sem paz, nem sem respeito pelos Direitos humanos.”

Cúpula Mundial ODM 2005<sup>51</sup>.

Por muito tempo a cooperação para o desenvolvimento e os direitos humanos percorreram caminhos paralelos e distintos (UVIN, 2002; TOMASEVSKI, 1993; SANO, 2000). Ainda que por algumas vezes reconhecessem um ao outro, a conexão entre eles não era óbvia e, portanto, não caminhavam juntos. Isto porque, apesar de, por um lado, a cooperação para o desenvolvimento por vezes tratar de assuntos de direitos humanos e, por outro, os direitos humanos reconhecerem o papel da cooperação para o desenvolvimento para sua realização, incluindo o direito ao desenvolvimento, a prática da cooperação internacional com uma abordagem de direitos humanos – produzida de maneira intencional e organizada - somente ocorre a partir da ONU nos anos 2000, como será detalhado na seção 2.2.

O isolamento entre direitos humanos e desenvolvimento começou a ser rompido ao final dos anos 1990. Peter Uvin (2007, p. 597, tradução nossa) aponta três razões principais para essa mudança.

A primeira foi o fim da Guerra Fria, que abriu a porta para um maior zelo missionário. A segunda foi a manifesta falha de programas de ajuste estrutural, que passou a ser vista como causada por uma falta de responsabilidade do governo e motivou um grande impulso para a boa governança e democracia. E em terceiro lugar, os pensadores do desenvolvimento sempre buscaram redefinir o desenvolvimento como sendo mais do que o crescimento econômico: falar de direitos humanos é uma maneira de construir uma definição mais holística.<sup>52</sup>

<sup>51</sup>Original em inglês: “There can be no peace without development, no development without peace, and neither without respect for human rights.” World Summit of 2005.

<sup>52</sup> Original em inglês: “The first was the end of the Cold War, which opened the door to greater missionary zeal. The second was the manifest failure of structural adjustment programmes, which came to be seen as caused by a lack of government accountability and prompted a major push for good governance and democracy. And thirdly, development thinkers always seek to redefine development as being about more than economic growth: talking about human rights is one way to construct a more holistic definition.”

Peter Uvin (2002) sugere que a inserção dos direitos humanos na agenda do desenvolvimento compreende três níveis. Em um primeiro nível, mais superficial, estaria a utilização da terminologia dos direitos humanos no discurso para o desenvolvimento. Para ele, “puramente retórico, o discurso tradicional não é desafiado. Pelo contrário, ele é validado por sua ocupação ainda em outro plano de superioridade moral”<sup>53</sup> (UVIN, 2002, p. 2). Em um segundo nível estaria a inclusão nos programas de objetivos de direitos humanos. Em um terceiro nível, o próprio mandato de desenvolvimento sendo redefinido a partir do “enfoque baseado em direitos humanos” (UVIN, 2002, p.2).

Diversas organizações passam a incluir a terminologia dos direitos humanos em suas iniciativas, o que, para Peter Uvin, consistiu em simplesmente embrulhar “velho vinho em novas garrafas” (2002, p. 2, tradução nossa).

Com uma crescente demanda por direitos econômicos e sociais como um elemento principal na assistência ao desenvolvimento, doadores tenderam a reformular sua terminologia. Começando com a manifestação do Banco Mundial na Conferência de 1993 sobre Direitos Humanos em Viena, seguida por assertivas frequentemente ouvidas de agências doadoras individuais, é pedido que toda assistência ao desenvolvimento contribua aos direitos econômicos e sociais. Assim, projetos de agricultura – qualquer a sua natureza – são ditos que contribuem diretamente à realização do direito à alimentação (FRANKOVITS, 1996, In: UVIN, 2002, p. 2, tradução nossa).<sup>54</sup>

Para Uvin, “essas afirmações colonizam o discurso dos direitos humanos, argumentando (...) que direitos humanos sempre foi o foco dessas agências de desenvolvimento” (UVIN, 2002, p. 2, tradução nossa). É certo que os discursos podem mudar impactar a realidade; este é de fato o argumento do direito internacional. O quanto esta retórica de fato impacta é questão de tempo (UVIN, 2002, p. 2-3).

Não obstante, a incorporação retórica dos direitos humanos no discurso da cooperação para o desenvolvimento tem gerado significados equivocados (UVIN, 2002, p. 3; DONELLY, 1999, p. 611). “Trabalhar a relação entre desenvolvimento e direitos humanos requer mais do que simplesmente afirmar que um implica automaticamente o outro, são iguais, ou subsume o

<sup>53</sup> Original em inglês: “purely rhetorical, the traditional discourse is not challenged at all. On the contrary, it is validated by its occupation of yet another plane of high moral ground”.

<sup>54</sup> Original em inglês: “With an increasing demand for economic and social rights to be a major factor in development assistance, donors have tended to reformulate their terminology. Beginning with the World Bank’s statement at the 1993 Conference on Human Rights in Vienna, followed by frequently heard assertions by individual donor agencies, the claim is made that all development assistance contributes to economic and social rights. Thus agricultural projects - whatever their nature - are claimed to contribute directly to the fulfillment of the right to food.”

outro” (DONELLY, 1999, p. 611, tradução nossa)<sup>55</sup>. Tal manipulação de palavras apenas mantém o *status quo*, agora sob nova roupagem. Vários documentos repetem que a contribuição chave dos direitos humanos à prática do desenvolvimento é a necessidade do engajamento e participação dos pobres nos processos que afetam suas vidas, ignorando que *practitioners* do desenvolvimento já o vem fazendo a tempos (UVIN, 2002, p. 4).

Hans Peter Schmitz (2002, p. 524), por sua vez, atribui tal mudança de discurso a uma série de outras mudanças que ocorreram como a percepção sobre a falência de programas de ajuda, no aumento do fluxo de ajuda às ONGs e à difusão de um discurso de direitos humanos entre as ONGs de desenvolvimento. Ao mesmo tempo, observou-se que ONGs tradicionais, como Anistia Internacional e Human Rights Watch, “que tinham amplamente ignorado direitos econômicos e sociais ao longo de muitas de suas atividades durante a Guerra Fria, agora começam a abraçar a indivisibilidade de todos direitos humanos com mais força” (SCHMITZ, 2002, p.524, tradução nossa)<sup>56</sup>.

A prática da cooperação para o desenvolvimento vem beneficiar-se da autoridade moral e apelo político do discurso dos direitos humanos (UVIN, 2002, p. 4). “À medida que a comunidade de desenvolvimento enfrenta uma profunda crise de legitimidade entre ambos *insiders* e *outsiders*, o ato de disfarçar-se no manto dos direitos humanos pode fazer sentido, especialmente se ele não força ninguém a pensar ou agir de maneira diferente”<sup>57</sup> (UVIN, 2002, p.4, tradução nossa). Em alguns momentos, ao invés de falar de direitos humanos, preferiu-se falar em boa governança, uma vez que governos mostram-se menos resistentes a tais eufemismos, embora não apresentem o mesmo arcabouço normativo dos direitos humanos (UVIN, 2002, p. 5).

Dessa forma, muitas iniciativas passam a afirmar que a realização dos direitos humanos ou da boa governança constituem seus principais objetivos. No entanto, para Peter Uvin (2002, p. 6), tal mudança teórica ou axiológica não implicou uma mudança de abordagem.

Nada mais mudou. É preciso mais do que alguns saltos ideológicos para ver como o fortalecimento de sistemas financeiros é uma atividade de direitos humanos. Certamente os autores da Declaração Universal e os dois Pactos não estavam pensando em apoiar exigências de reservas bancárias, melhorar os padrões de contabilidade, ou liberalização de contas correntes quando eles

---

<sup>55</sup> Original em inglês: “Working out the relationship between development and human rights requires more than simply stating that one automatically implies, equals, or subsumes the other”.

<sup>56</sup> “which had largely ignored economic and social rights throughout much of their activities during the Cold War, now began to embrace the indivisibility of all human rights more forcefully”

<sup>57</sup> Original em inglês: “As the development community faces a deep crisis of legitimacy among both insiders and outsiders, the act of cloaking itself in the human rights mantle may make sense, especially if it does not force anyone to think or act differently”



construíram o edifício original dos direitos humanos (UVIN, 2002, p. 6, tradução nossa).<sup>58</sup>

É nesse contexto que Amartya Sen (1999; 2010) vem trazer relevante contribuição para a discussão acerca do desenvolvimento ao caracterizar o desenvolvimento como processo de expansão da liberdade e, ainda, apontar os direitos humanos como sua parte integrante. Para Amartya Sen, as pessoas devem ter a possibilidade de expandir suas capacidades e liberdades que as levem ao tipo de vida que valorizam (SEN, 1999, p. 18). Nesta linha de raciocínio, o Programa Conjunto das Nações Unidas para o Desenvolvimento posiciona-se no sentido de que

[...] a ideia de desenvolvimento humano foca diretamente no progresso das vidas humanas e do bem-estar. Desde que o bem-estar inclua viver com liberdades substanciais, o desenvolvimento humano é também integralmente conectado com o aprimoramento de certas capacidades – a variedade de coisas que uma pessoa pode fazer e ser ao liderar uma vida. Nós valorizamos a liberdade de ser capaz de viver como nós gostaríamos e até mesmo a oportunidade de escolher nosso próprio destino (UNDP, 2000, p.19)

Para Uvin (2002, p. 9), entretanto, a nova abordagem seria tão-somente uma repetição do dogma liberal dos anos 1990 da “santidade do crescimento econômico combinada com uma medida de desenvolvimento de recursos humanos e declarações piedosas que os ministérios e empresas deveriam pensar sobre direitos humanos”. A questão é que, independentemente do real motivo, a incorporação dos direitos humanos no discurso da cooperação internacional evidencia a necessidade de mudança substantiva nas relações de poder que poderá conduzir à realização dos direitos humanos de populações em condições de maior vulnerabilidade e ao efetivo desenvolvimento.

## **2.2. O Enfoque baseado em direitos humanos**

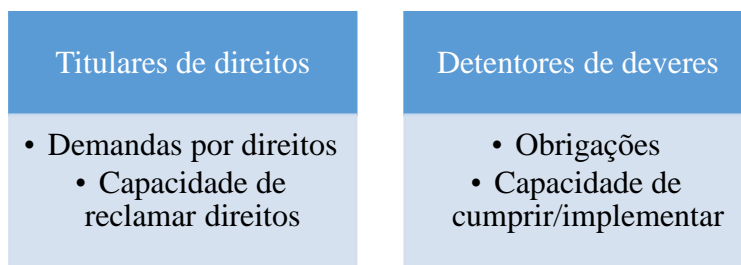
Em 2003, a ONU conduziu um workshop interagencial sobre o enfoque baseado em direitos humanos (EBDH), no sentido de uniformizar o entendimento no tema já desenvolvido pelas suas diversas agências para utilização no contexto da cooperação para o desenvolvimento.

---

<sup>58</sup> Original em inglês: “Nothing else has changed. It takes more than a few ideological leaps to see how strengthening financial systems is a human rights activity. Certainly the framers of the Universal Declaration and the two Covenants were not thinking of shoring up banking reserve requirements, improving accounting standards, or liberalizing current accounts when they constructed the original human rights edifice.”

O entendimento foi fixado sobre três premissas. A primeira é a de que todas as iniciativas de cooperação para o desenvolvimento devem promover a realização dos direitos humanos, conforme disposto na Declaração Universal dos Direitos Humanos e outros instrumentos internacionais. Segundo, que as normas de direitos humanos e princípios derivados delas devem orientar toda cooperação para o desenvolvimento, e, por último, que a cooperação para o desenvolvimento deve contribuir tanto para o desenvolvimento das capacidades dos responsáveis pelo cumprimento das obrigações quanto para que os detentores de direitos reclamem seu gozo (UNITED NATIONS, 2003). Este é considerado o marco do enfoque baseado em direitos humanos, apesar do UNICEF, já em 1997, e o PNUD, em 2000, oferecerem uma abordagem de direitos humanos. No entanto, é neste momento que há um consenso entre vários atores e um maior aprofundamento do tema.

A ONU aponta os elementos necessários para um enfoque baseado em direitos humanos orientar a programação de ações da organização. Primeiramente, faz-se necessário identificar as demandas de direitos humanos dos detentores de direitos e as correspondentes obrigações, assim como as causas estruturais da não realização destes direitos. É preciso analisar a capacidade dos detentores de direitos reclamarem esses direitos bem como dos detentores de obrigações cumprirem com elas. As iniciativas devem monitorar e avaliar tanto resultados como processos a partir das normas e princípios de direitos humanos. Além disso, as recomendações de direitos humanos emanadas pelos órgãos e mecanismos de direitos humanos devem informar as iniciativas. Outros elementos do EBDH incluem: as pessoas como atores-chave (e não meros recipientes passivos) do próprio desenvolvimento, participação como meio e fim, estratégias de empoderamento (e não o contrário), monitoramento de resultados e processos, enfoque em grupos mais marginalizados e excluídos, objetiva diminuir disparidades, produz sinergia entre abordagem “de cima pra baixo” e “debaixo pra cima” (UNDG, 2003).



**Figura 13. Elementos do Enfoque baseado em direitos humanos**

O enfoque baseado em direitos humanos enfatiza a importância de garantir os direitos humanos em todas as etapas do desenvolvimento. (FILMER-WILSON, 2007, p. 6) Aplicar o EBDH, portanto, implica promover a realização dos direitos humanos, nos termos dos vários instrumentos de proteção dos direitos humanos. Isto é dizer que, além do disposto na Declaração Universal dos Direitos Humanos, as iniciativas de cooperação devem ser orientadas pelo disposto nos tratados de direitos humanos. No âmbito da ONU, são nove os principais tratados de direitos humanos, conforme abaixo (Figura 14).

<b>CONVENÇÃO INTERNACIONAL SOBRE A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO</b> 1965	<b>PACTO INTERNACIONAL DOS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS</b> 1966	<b>PACTO INTERNACIONAL SOBRE DIREITOS CIVIS E POLÍTICOS</b> 1966 + OP-ICCPR (2009); OP2-ICCPR (2009)
<b>CONVENÇÃO PARA A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER</b> 1979	<b>CONVENÇÃO CONTRA A TORTURA E OUTROS TRATAMENTOS OU PENAS CRUÉIS, DESUMANOS OU DEGRADANTES</b> 1984 + OP-CAT (2007)	<b>CONVENÇÃO INTERNACIONAL PARA A PROTEÇÃO DOS DIREITOS DE TODOS OS TRABALHADORES MIGRANTES E SUAS FAMÍLIAS</b> (1990)
<b>CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA</b> 1989 + OP-AC (2004); OP-SC (2004)	<b>CONVENÇÃO INTERNACIONAL PARA A PROTEÇÃO DE TODAS AS PESSOAS CONTRA OS DESAPARECIMENTOS FORÇADOS</b> 2006	<b>CONVENÇÃO INTERNACIONAL SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA</b> 2006 + OPCRPD (2006)

**Figura 14. Tratados internacionais de proteção dos direitos humanos e data de entrada em vigor**

**Tabela 3. Tratados internacionais de direitos humanos ratificados pelo Brasil**

<b>SISTEMA INTERNACIONAL DE DIREITOS HUMANOS<sup>59</sup></b>		
<b>Documento</b>	<b>Ano de adoção pela ONU</b>	<b>Ratificação pelo Brasil</b>
Carta das Nações Unidas	1945	N/A
Declaração Universal dos Direitos Humanos	1948	N/A
Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial	1965	1968
Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos	1966	1992
Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – PIDESC	1966	1992
Convenção pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher – CEDAW	1979	1984
Convenção contra a Tortura e outros tratamentos cruéis, desumanos e degradantes	1984	1989

<sup>59</sup>O sistema internacional reúne os países membros da ONU. A vinculação aos tratados internacionais é feita mediante assinatura e ratificação do documento por cada país.

Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento	1986	N/A
Convenção sobre os Direitos da Criança	1989	1990
Convenção internacional para a proteção dos direitos de todos trabalhadores migrantes e suas famílias	1990	Não ratificada
Convenção internacional sobre os direitos da pessoa com deficiência	2006	2008
Convenção Internacional para a proteção de todas as pessoas contra os desaparecimentos forçados	2006	2010

Um conjunto de tratados em direitos humanos também foi adotado pelos sistemas regionais (Tabela 4) em diversos temas bem como mecanismos de supervisão que complementam o adotado pelo sistema internacional de proteção.

**Tabela 4. Tratados ratificados pelo Brasil – Sistema Interamericano OEA<sup>60</sup>**

Documento	Ano de adoção	Ratificação pelo Brasil
Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem	1948	---
Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de San José da Costa Rica)	1969	1992 Aceitação da Competência da Corte em 10.12.1998
Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura	1985	1989
Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Protocolo de San Salvador)	1988	1996
Protocolo à Convenção Americana sobre Direitos Humanos, referente à abolição da pena de morte	1990	1996
Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará	1994	1995
Convenção Interamericana sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Pessoas Portadoras de Deficiências	1999	2001
Convenção Interamericana Contra o Racismo, a Discriminação Racial e Formas Correlatas de Intolerância	2013 (não vigente)	Não ratificada
Convenção Interamericana Contra Toda Forma de Discriminação e Intolerância	2013 (não vigente)	Não ratificada

<sup>60</sup>O sistema interamericano reúne países que integram a Organização dos Estados da América - OEA. Alguns países, contudo, integram a OEA e não são parte da Convenção, p. ex. Cuba, outros são parte da Convenção, contudo, não aceitam a jurisdição da Corte Interamericana como os Estados Unidos da América.

Para Humberto Henderson, Representante Regional Adjunto do Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos para América do Sul,

A própria Carta das Nações Unidas, em seus artigos 1, 55, 56, inclui os direitos humanos como parte do trabalho fundacional das Nações Unidas. (...) É um marco conceitual que descansa em um conceito: “desenvolvimento para quem?”. Por baixo de cada ação que se implementa há pessoas. (...) As ações que têm que chegar a todas pessoas.<sup>61</sup>

Ao adotar uma abordagem baseada nos direitos humanos, a cooperação para o desenvolvimento deve abraçar um conjunto de elementos. Isto inclui, na relação entre um estado e seus cidadãos, trabalhar as responsabilidades envolvidas nesta relação, obrigações e direitos, que podem ser identificadas a partir das normas internacionalmente estabelecidas.

A abordagem baseada em direitos humanos para o desenvolvimento encoraja uma redefinição da natureza do problema e dos objetivos do negócio do desenvolvimento em demandas, deveres e mecanismos que podem promover respeito e adjudicar a violação de direitos.<sup>62</sup> (UVIN, 2007, p. 603, tradução nossa)

Para Filmer-Wilson,

[...] os direitos humanos determinam a relação entre indivíduos e grupos com demandas válidas (detentores de direitos) e atores estatais e não-estatais com obrigações correlatas (detentores de obrigações). Uma das principais causas prevenindo a realização dos direitos humanos é a falta de capacidade dos detentores de obrigações de preencherem suas obrigações e a capacidade dos detentores de direitos de reclamar e exercer seus direitos efetivamente. Desenvolvendo essas capacidades e melhorando a relação entre esses dois grupos é um elemento transversal e crucial em qualquer programa EBDH. Ele é tanto fim em si mesmo e meio ou processo para atingir os resultados esperados (2007, p.6, tradução nossa).<sup>63</sup>

Dessa forma, a cooperação para o desenvolvimento deve contribuir tanto para o desenvolvimento das capacidades dos responsáveis pelo cumprimento das obrigações quanto

---

<sup>61</sup> Entrevista realizada em Santiago do Chile, em 17 de fevereiro de 2016. O entrevistado concordou com menção expressa a autoria da entrevista.

<sup>62</sup> Original em inglês: “the rights-based approach to development encourages a redefinition of the nature of the problem and the aims of the development enterprise into claims, duties, and mechanisms that can promote respect and adjudicate the violation of rights.”

<sup>63</sup> Human rights determine the relationship between individuals and groups with valid claims (right-holders) and state and non-state actors with correlative obligations (duty-bearers). One of the main causes preventing the realisation of human rights is the lack of capacity of duty-bearers to fulfil their obligations and the capacity of right-holders to claim and exercise their rights effectively. Developing these capacities and improving the relationship between these two groups is a cross-cutting and crucial element in any HRBA programme. It is both an end in itself and the means or process to achieving expected results. (FILMER-WILSON, 2007, p. 6)

para que os detentores de direitos reclamem seu gozo. O enfoque baseado em direitos humanos, portanto, “transforma recipientes passivos de ajuda em detentores de direitos empoderados”. Ao mesmo tempo, “dá legitimidade para a comunidade de desenvolvimento colocar seus esforços em linha com as normas compartilhadas e reconhecidas universalmente (SCHMITZ, 2012, p.525)<sup>64</sup>.

A análise promovida pelo EBDH enfoca as obrigações e direitos estabelecidos no âmbito do arcabouço jurídico adotado pelo país receptor ou beneficiado diretamente pela cooperação. Isto é dizer que, a partir do EBDH, uma vez cooperando com países africanos, a cooperação brasileira deveria analisar as obrigações derivadas de instrumentos internacionais de direitos humanos do país africano com o qual coopera, identificar as capacidades do estado para cumpri-las e, ao mesmo tempo, identificar as demandas daquelas que detêm direitos e suas capacidades de reclamá-los. O *locus* de análise é, portanto, o país receptor da cooperação, conforme ilustra a figura abaixo.



**Figura 15. Locus de Análise do Enfoque Baseado em Direitos Humanos**

O que arguimos aqui é que o país que oferece a cooperação, no caso, o Brasil, também deve proceder uma análise de suas obrigações de direitos humanos com vistas a contribuir para a promoção do desenvolvimento sem, contudo, violar direitos. Neste caso, a promoção de

<sup>64</sup> “HRBAs seek to frame poverty in the language of international human rights standards and transform passive recipients of aid into empowered rights-holders. The human rights frame provides legitimacy to the development community by putting their efforts in line with universally shared and recognizable norms.”

direitos por parte do país que presta cooperação poderia ser considerada uma obrigação complementar às obrigações do estado que recebe a cooperação para com sua população. Não obstante, ainda que complementar, não exime ao prestador de cooperação da observância de todos elementos normativos dos direitos humanos na temática abordada, conforme será detalhado na seção 2.4.

### 2.3. O direito ao desenvolvimento

A discussão sobre desenvolvimento como um direito propriamente dito não foi imediata. Ela seguiu e segue um processo de construção que tem estabelecido os contornos das obrigações a ele vinculadas. Isto é dizer que, enquanto nos anos 1950/60 afirmava-se a prevalência dos interesses do Estado sobre a utilização dos seus recursos naturais<sup>65</sup>, a partir dos anos 1970 as discussões avançaram para o reconhecimento do direito ao desenvolvimento como fundamental para o bem-estar de todos os membros da população. Nesse sentido, em 1986, a Declaração da ONU sobre o Direito ao Desenvolvimento reconheceu que o

[...] desenvolvimento é um processo econômico, social, cultural e político abrangente, o qual visa ao constante incremento do bem-estar de toda a população e de todos os indivíduos com base em sua participação ativa, livre e significativa no desenvolvimento e na distribuição justa dos benefícios daí resultantes (preâmbulo, § 2).

O desenvolvimento, portanto, assume várias perspectivas: econômica, social, cultural e política. O direito ao desenvolvimento “visa ao constante incremento do bem-estar”, indicando, tal qual os direitos econômicos, sociais e culturais, uma certa “realização progressiva”, de forma que a realização do direito segue uma crescente. Além disso, requer uma participação que seja “ativa, livre e significativa”. Isto é dizer que a participação deve ser tal qual seja possível a expressão de opinião, estar presente, respeitando as diversas formas de organização da população, não-coercitiva, e que, de fato, tenha possibilidade de influir nas decisões a respeito do desenvolvimento. Dessa forma, “o processo deve ser transparente e *accountable*, indivíduos devem ter igual oportunidade de acessar os recursos para o desenvolvimento e receber

---

<sup>65</sup>Ver, por exemplo as Resoluções da Assembleia Geral das Nações Unidas n.º 1803, de 14 de dezembro de 1962 sobre a soberania sobre recursos naturais e a Resolução n.º 626, de 21 de dezembro de 1952 sobre o direito de explorar livremente os recursos naturais.

distribuição justa dos benefícios do desenvolvimento (e rendimento)<sup>66</sup> (SENGUPTA, 2001, p. 2529, tradução nossa).

É nesse sentido que, em 1986, a Declaração das Nações Unidas sobre o Direito ao Desenvolvimento reconheceu em seu artigo 1º que

**§1.** O direito ao desenvolvimento é um direito humano inalienável, em virtude do qual toda pessoa e todos os povos estão habilitados a participar do desenvolvimento econômico, social, cultural e político, para ele contribuir e dele desfrutar, no qual todos os direitos humanos e liberdades fundamentais possam ser plenamente realizados.

O artigo 1º da Declaração explicita, portanto, os princípios da *universalidade* - os detentores do direito ao desenvolvimento são todas as pessoas e todos os povos; da *indivisibilidade* – todos os direitos estão no mesmo patamar de importância e constam dos diversos instrumentos jurídicos internacionais tais como o PIDESC e PIDCP; e da *interdependência* – o desenvolvimento requer a realização completa de todos os direitos e liberdades, uma vez que um depende do outro. Além disso, ela destaca a importância da participação de todos no processo de desenvolvimento, ou seja, nas várias fases – tomada de decisão, desenho, implementação, monitoramento e avaliação. Nas palavras de Arjun Sengupta:

Primeiro, há um direito humano que se chama direito ao desenvolvimento, e esse direito é ‘inalienável’, significando que ele não pode ser barganhado. Então, há um processo de ‘desenvolvimento econômico, social, cultural e político’, que é reconhecido como um processo no qual ‘todos direitos humanos e liberdades fundamentais podem ser plenamente realizados’. O direito ao desenvolvimento é um direito humano, por virtude no qual ‘todo ser humano e todas pessoas têm o direito de participar, contribuir e gozar’ de processos de desenvolvimento. (SENGUPTA, 2001, p. 2528, tradução nossa)<sup>67</sup>

<sup>66</sup> Original em inglês: “Therefore, the process must be transparent and accountable, individuals must have equal opportunity of access to the resources for development and receive fair distribution of the benefits of development (and income).”

<sup>67</sup> Original em inglês: “First, there is a human right that is called the right to development, and this right is 'inalienable', meaning it cannot be bargained away. Then, there is a process of "economic, social, cultural, and political development", which is recognised as a process in which "all human rights and fundamental freedoms can be fully realised". The right to development is a human right, by virtue of which, "every human person and all peoples are entitled to "participate in, contribute to and enjoy" that processes of development.”



Os artigos 3º e 4º da Declaração dispõem sobre a responsabilidade quanto à promoção do desenvolvimento. Ao mesmo tempo no qual dispõe sobre a responsabilidade dos Estados, destaca o “dever” da cooperação internacional para o desenvolvimento.

**Artigo 3.º**

1. A responsabilidade primordial pela criação de condições nacionais e internacionais favoráveis à realização do direito ao desenvolvimento incumbe aos Estados.
2. A realização do direito ao desenvolvimento exige o pleno respeito dos princípios de direito internacional relativos às relações amistosas e à cooperação entre Estados em conformidade com a Carta das Nações Unidas.
3. Os Estados têm o dever de cooperar reciprocamente para assegurar o desenvolvimento e eliminar os obstáculos que se lhe colocam. Os Estados devem exercer os seus direitos e cumprir os seus deveres de forma a promover uma nova ordem econômica internacional baseada na igualdade soberana, na interdependência, no interesse mútuo e na cooperação entre todos os Estados, assim como a encorajar a observância e a realização dos direitos humanos.

**Artigo 4.º**

1. Os Estados têm o dever de tomar providências, individual e coletivamente, para a formulação de políticas internacionais de desenvolvimento destinadas a facilitar a plena realização do direito ao desenvolvimento.
2. é necessária uma ação sustentada para promover um mais rápido desenvolvimento dos países em vias de desenvolvimento. Como complemento dos esforços destes países, é essencial uma cooperação internacional efetiva para os dotar dos meios e instrumentos adequados para fomentar o seu desenvolvimento integral.

Em 1999, Arjun Sengupta tornou-se o Especialista Independente da ONU sobre o Direito ao Desenvolvimento. Além de inúmeros trabalhos acadêmicos, Sengupta produziu seis relatórios, no período de 1999 a 2006, que foram apresentados à ONU. Para ele, o direito ao desenvolvimento confere obrigação que recai sobre os indivíduos no âmbito da comunidade e aos Estados tanto no âmbito de sua atuação nacional quanto internacional (SENGUPTA, 2001, p. 2529).

O fato de a Declaração da ONU sobre o Direito ao Desenvolvimento não ser um instrumento jurídico vinculante, ou seja, não gera obrigações legais, levanta, portanto, o debate sobre o que se pode demandar do Estado na promoção do desenvolvimento. Haveriam obrigações jurídicas decorrentes das ações de promoção do desenvolvimento? Quem seriam os titulares das obrigações? Quem seriam os titulares dos direitos? Uma vez que os Estados possuem responsabilidades para a promoção e defesa dos direitos humanos em geral, a necessidade de uma abordagem com base nos direitos humanos tem sido defendida para a tomada de iniciativas de desenvolvimento. Dessa maneira, o PNUD, por exemplo, defende que essas iniciativas devem ser guiadas pelos princípios da universalidade e inalienabilidade;

interdependência e interrelação; equidade e não discriminação; participação e inclusão; responsabilidade e legalidade (UNDP, 2000, p. 2).

Para avançar neste debate, a ONU constituiu um grupo de trabalho sobre o Direito ao Desenvolvimento. No Relatório sobre a implementação das recomendações do Grupo de Trabalho sobre o Direito ao Desenvolvimento, Green e Randolph (2010) enfatizam três tipos de responsabilidades do Estado: proteger contra abusos de terceiros aos direitos humanos;

[...] respeitar (dando às empresas a responsabilidade de conduzir com devida diligência a fim de assegurar que suas atividades não constituam ou promovam violações dos direitos humanos); e reparar (um dever do Estado para assegurar meios efetivos de denúncia e reparação quando um negócio infrinja os direitos humanos) (GREEN, RANDOLPH, 2010, Tradução nossa, Para.140).

Arjun Sengupta (2001, p. 2527) ressalta o compromisso da comunidade internacional, a partir da cooperação, em realizar os direitos humanos bem como que o direito ao desenvolvimento “emergiu como um direito humano que integra direitos econômicos, sociais e culturais e direitos civis e políticos da maneira que foi previsto no começo do movimento de direitos humanos pós segunda guerra”. Considerando que tais direitos estão dispostos em vários instrumentos juridicamente vinculantes, as obrigações a eles relacionadas devem, portanto, ser observadas.

Quando o desenvolvimento é visto como um direito humano, que obriga as autoridades, tanto a nível nacional e internacional, para cumprir os seus deveres na entrega (ou na linguagem dos direitos humanos, promover, proteger e respeitar) que o direito de um país. A adoção de políticas apropriadas, resulta desta obrigação (SENGUPTA, 2001, p. 2530, tradução nossa)<sup>68</sup>.

No âmbito dos mecanismos regionais de proteção dos direitos humanos, o sistema africano é emblemático quanto ao reconhecimento do direito ao desenvolvimento. A Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, por várias oportunidades, analisou o direito à saúde (artigo 16) e o direito ao desenvolvimento (artigos 20, 22 e 24) estabelecidos pela Carta Africana.

No caso promovido pelo Centro de Ação em Direitos Sociais e Econômicos contra a Nigéria (ACHPR, 2001), referido adiante como caso *Ogoni*, examinou vários direitos que

---

<sup>68</sup> Original em inglês: “When development is seen as a human right, it obligates the authorities, both nationally and internationally, to fulfill their duties in delivering (or in human rights language, promoting, securing, and protecting) that right in a country. The adoption of appropriate policies follows from that obligation”.

estariam sendo vulnerados em nome de projetos em prol do desenvolvimento. O caso *Ogoni* refere-se às consequências para o povo indígena “Ogoni” das ações implementadas pela empresa de exploração petrolífera Shell em parceria com o governo nigeriano em suas reservas. As ações foram implementadas sem considerar os impactos para a saúde e meio ambiente, incorrendo no despejo de resíduos tóxicos na reserva, em locais próximos às aldeias, causando contaminação da água, solo e ar. As consequências para a saúde do Povo *Ogoni* foram sentidas a partir de manifestações de “infecções de pele, padecimentos gastrointestinais e respiratórios, aumento do risco de cancro e problemas neurológicos e reprodutivos” (ACHPR, 2001, Para.2).

O caso levado à Comissão Africana questionou a contribuição do Estado nigeriano para as violações aos direitos humanos do Povo *Ogoni*, em especial quanto aos artigos 16 (direito à saúde) e 24 (direito a um meio ambiente satisfatório, de um modo geral, e favorável ao seu desenvolvimento) da Carta Africana.

A Comissão Africana reafirmou as obrigações do Estado em respeitar, proteger e promover os direitos humanos, incluindo a obrigação de não tolerar, apoiar ou permitir que terceiros promovam atividades que violem direitos. Para a Comissão Africana, a Nigéria, ao colocar suas forças militares à disposição de companhias petrolíferas e não ter controlado suas operações (medidas de segurança) estaria incorrendo em violações aos direitos humanos daquela população.

Além disso, o governo nigeriano não procedeu a estudos de impacto socioambiental ou não permitiu que o Povo *Ogoni* o fizesse. O Povo *Ogoni* foi privado de informações e de participar nas decisões que os afetaram direta ou indiretamente. E para agravar ainda mais a situação, o Povo *Ogoni* foi atacado pelas forças militares, que queimaram e destruíram suas casas e aldeias, como resposta à oposição realizada. Tais ataques sequer haviam sido investigados pelo governo nigeriano.

Nesse sentido, a Comissão Africana foi assertiva ao afirmar a obrigação do Estado em promover a divulgação de informação quanto a atividades que impliquem prejuízos à saúde da população e a participação nas decisões relacionadas à projetos de desenvolvimento que as afetam (ACHPR, 2001, Para. 53). A Comissão Africana concluiu então pela condenação da Nigéria por violação aos artigos 2, 4, 14, 16, 18(1), 21 e 24 da Carta Africana, determinando a investigação dos fatos e devida compensação ao Povo *Ogoni*.

Promover a cooperação internacional para o desenvolvimento compreende, portanto, um conjunto de princípios e obrigações que devem ser observados. Ao reconhecer o direito ao

desenvolvimento como juridicamente vinculante, os países africanos estabelecem outro patamar de obrigações, o que implica também no dever dos estados africanos partes da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos em fornecer as informações pertinentes à cooperação internacional para sua população, e proteger sua população de abusos perpetrados por meio dela.

### **2.3.1. Saúde e desenvolvimento**

Stephen Marks (1999) é um dos autores que advoga a associação necessária entre saúde e desenvolvimento. Para ele, a definição estabelecida pela OMS em 1946 é tão ampla que “abraça virtualmente o mesmo conteúdo que desenvolvimento e direitos humanos” (MARKS, 1999, P.95). Garantir os direitos humanos também seria garantir condições favoráveis a uma vida digna, enquanto garantir o desenvolvimento seria garantir condições favoráveis ao desenvolvimento do potencial de cada ser humano.

Segundo o autor, saúde e desenvolvimento teriam em comum a promoção do bem-estar humano. Ao tempo que para garantir a saúde requer-se preencher requerimentos em dimensões físicas, mentais e sociais da existência humana, para Marks (1999, P.95-96), a promoção do desenvolvimento requer o foco em condições materiais que proporcionem que as pessoas beneficiem-se do progresso econômico que melhorem suas condições de vida.

Amartya Sen (1999), por sua vez, traz a saúde como uma das condições habilitadoras do desenvolvimento:

A ligação entre liberdade individual e realização de desenvolvimento social vai muito além da relação constitutiva – por mais importante que ela seja. O que as pessoas conseguem positivamente realizar é influenciado por oportunidades econômicas, liberdades políticas, poderes sociais e por condições habilitadoras como boa saúde, educação básica e incentivo e aperfeiçoamento de iniciativas (SEN, 1999, P.18).

Esta associação entre saúde e desenvolvimento é particularmente relevante quando se busca identificar um rol de obrigações jurídicas vinculantes que permita garantir direitos e evitar violações e, portanto, orientar o desenho e implementação de iniciativas.

Atualmente o direito à saúde está refletido em vários instrumentos internacionais. Após o estabelecimento da Organização Mundial de saúde (OMS) em 1946, que adotou o

entendimento de que saúde é 'um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade' (WHO, 1991), ele foi primeiramente expresso pela Declaração Universal de Direitos Humanos (1948). Em 1966, o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) reconheceu 'o direito de todas as pessoas de gozar do melhor estado de saúde física e mental possível de atingir' (Artigo 12(1)), estabelecendo, assim, obrigações legais ao Estado nesse âmbito. Posteriormente, outros instrumentos incluíram dispositivos semelhantes<sup>69</sup>. Por exemplo, entre os instrumentos regionais que também reconhecem o direito à saúde estão o Protocolo de "São Salvador"(1988), a Carta Africana de Direitos Humanos e dos Povos(1986) e a Carta Social Europeia (1961). No âmbito da legislação doméstica, o direito à saúde também atingiu o reconhecimento pela Constituição de muitos países, incluindo o Brasil<sup>70</sup>. Além disso, obrigações relacionadas à implementação dos dispositivos internacionais no âmbito doméstico têm sido reafirmadas por uma jurisprudência consistente<sup>71</sup>.

Todos os instrumentos mencionados trazem uma definição ampla de saúde. Muitos autores têm explorado essa conceitualização. Eide (1995), Freeman (2009), Hunt (1993, 2003), Mann, Gruskin and Grodin (1999), Toebes (1999) e Tomasevski (1995) são exemplos de autores renomados que provêm argumentos consistentes que sustentam a saúde como um direito humano. Nesse sentido, Tomasevski (1995, P.125) sugere que as disposições legais dos instrumentos internacionais não consideram o direito à saúde como o 'direito de ser saudável' mas, levando em conta sua complexidade, se referem ao 'mais alto estado de saúde possível'. Da mesma forma, Toebes (1999) reafirma que o direito à saúde não está restrito aos cuidados em saúde mas também inclui ações que atuem sobre os determinantes da saúde. Nesse sentido, devem também ser consideradas “as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem”(CSDH, 2008, P.1). Além disso, o direito à saúde compreende ambas liberdades e direitos, uma vez que ele contém, por exemplo, o direito de ser livre de tratamentos médicos e experimentações não-consensuais, assim como o direito ao gozo do melhor estado

<sup>69</sup>Ver, por exemplo, a Convenção dos Direitos da Criança, Artigos 3 (3), 17, 23, 25, 32 e 28; a Convenção Internacional para a Erradicação da Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) Artigos 11 (1) f, 12 e 14 (2) b; além de outros instrumentos.

<sup>70</sup>O artigo 196 da Constituição Federal Brasileira reconhece que a “saúde é um direito de todos e um dever do Estado”.

<sup>71</sup>Veja por exemplo *Grootboom v. Government of Republic of South Africa*. South African Constitutional Court. 2001(1) SA 46(CC), *Minister for Health et al v Treatment Action Campaign et al*, Constitutional Court of South Africa, Case CCT 8/02, Judgment of 5 July 2002; *López Ostra v. Spain*, ECtHR, 1994; *D v UK*, European Court of Human Rights, Application No. 30240/96, judgment of 2 May 1997. Reports of judgments and decisions 1997 - III; *Social and Economic Rights Action Centre (SERAC) and Another v Nigeria* (2001) AHRLR 60 (ACHPR 2001); *Cortez et al v El Salvador*, Admissibility decision of the Inter-American Commission on Human Rights, Case 12.249, Report No. 29/01, OEA/Ser.L/V/II.111 Doc. 20 rev. at 284 (2000). 7 March 2001.

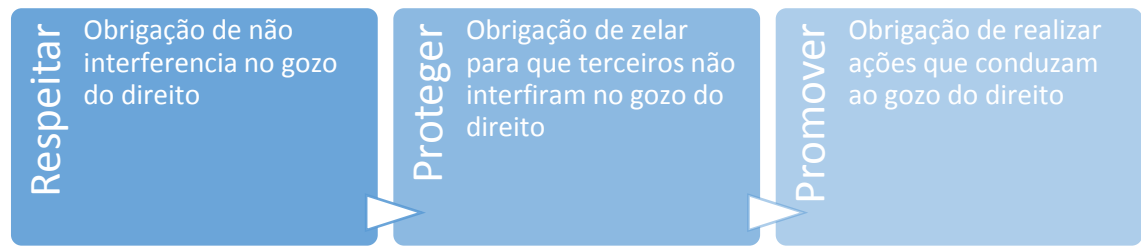
de saúde física e mental possível de atingir, a partir de uma base não discriminatória (CHR. E/CN.4/2003/58. Para.24.).

Enquanto interpretando o direito à saúde, as Nações Unidas (ONU), em seu Comitê sobre os direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Comitê DESC) concluiu que existem quatro elementos essenciais e interrelacionados com relação aos serviços, produtos e programas de saúde: *Disponibilidade* (eles devem ser disponíveis em quantidade suficiente), *Acessibilidade* (eles devem ser acessíveis – fisicamente e economicamente, sem discriminação e com toda informação pertinente para todos sob a jurisdição do Estado-Membro), *Aceitabilidade* (eles devem respeitar a ética médica e ser culturalmente apropriados, incluindo requisitos do ciclo de vida) e *Qualidade* (eles também devem ser de boa qualidade, p.ex. equipamento hospitalar cientificamente aprovado, água potável e saneamento adequado) (CESCR, 2000, Para.12).

#### **2.4. Obrigações de direitos humanos no contexto da cooperação internacional**

De um modo geral, a atuação dos Estados traz uma série de obrigações jurídicas vinculantes que impõem responsabilidades diversas para a garantia dos direitos humanos. Tais obrigações podem ensejar demandas de abstenção ou prestação, derivadas da dignidade humana e que carecem de proteção do Estado. Essas obrigações podem ser realizadas a partir de uma prestação negativa (um não-fazer) por parte do Estado – p.ex.: não efetuar prisões arbitrariamente, não torturar -, bem como de uma prestação positiva – p. ex.: fornecer medicamentos para tratamento da aids, implementar treinamentos aos funcionários da segurança pública para o uso correto e proporcional da força.

As obrigações do Estado frente aos direitos humanos podem ainda ser entendidas como de três tipos: de respeitar, de proteger e de promover (Figura 16). A obrigação de respeitar implica no estado não interferir direta ou indiretamente no gozo dos direitos humanos. Além disso, o Estado possui a obrigação de proteger que, por sua vez, consiste em prevenir que terceiros interfiram no gozo de determinado direito, bem como a obrigação de promover, que consiste em realizar ações que garantam o exercício de determinados direitos (E/C.12/2000/4. Paras. 30-33).



**Figura 16. Tipologia das obrigações de direitos humanos**

Tal tipologia, não obstante, deve ser entendida no contexto das prestações positivas e negativas. Os Estados devem, portanto, refrrear de produzir efeitos negativos no exercício dos direitos humanos mas também realizar suas obrigações positivas (SKOGLY, 2006, p. 57-58). Assim, ao mesmo tempo no qual refreiam-se em cometer uma violação, devem também tomar as atitudes necessárias para evitar violações, tais como implementando legislação e fiscalização de bens e serviços. Isso seria dizer que uma iniciativa que pretende melhorar a produção agrícola de determinado local (promover) deveria utilizar-se de ações que não reduzam o acesso da população atingida à água (respeitar), de forma que isso não implique em um impacto negativo na sua alimentação, afazeres domésticos e meio ambiente circundante. No âmbito da cooperação internacional, isto seria dizer que uma iniciativa com vistas ao desenvolvimento deveria ser realizada de forma a não violar os direitos humanos da população local? Quais as obrigações do Estado fora de seu território?

A discussão sobre cooperação internacional tem ocorrido principalmente no campo das relações internacionais. No campo do direito, particularmente no campo dos direitos humanos, esse interesse é recente. Não existe ainda um entendimento consolidado quanto às obrigações de direitos humanos no âmbito da cooperação internacional. Alguns acadêmicos têm construído o argumento de que a cooperação internacional pode ser entendida como uma obrigação internacional, uma vez prevista em vários tratados internacionais (SENGUPTA, 2001; SKOGLY, GIBNEY, 2002; SKOGLY, 2006; SALOMON, 2010; MESQUITA et al, 2010). Notem-se, por exemplo, a Carta das Nações Unidas, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a Convenção dos Direitos da Criança, a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, a Convenção Internacional para proteção de todas as pessoas contra o desaparecimento forçado, além de outros instrumentos juridicamente não vinculantes.

Sigrun Skogly e Mark Gibney (2002, p. 781) situam este debate no campo das obrigações transnacionais, sugerindo que os Estados possuem obrigações quanto aos efeitos de direitos humanos de suas atividades externas, tais como comércio, cooperação para o desenvolvimento, participação em organizações internacionais, e atividades na temática de segurança.

Em 1991, em sua interpretação do artigo 2 do PIDESC sobre a natureza das obrigações dos estados partes, o Comitê das Nações Unidas sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CDESC) afirmou a cooperação internacional como uma obrigação de todos os Estados. Para o CDESC, a própria Carta das Nações Unidas e o PIDESC trazem essa obrigação, tendo em vista os artigos 55 e 56 da Carta da ONU, princípios do direito internacional e as disposições do próprio Pacto (CESCR, 1991, Para.14). Os artigos 55 e 56 da Carta da ONU tratam da cooperação econômica e social:

**Artigo 55.** Com o fim de criar condições de estabilidade e bem estar, necessárias às relações pacíficas e amistosas entre as Nações, baseadas no respeito ao princípio da igualdade de direitos e da autodeterminação dos povos, **as Nações Unidas favorecerão:**

- a) níveis mais altos de vida, trabalho efetivo e condições de progresso e desenvolvimento econômico e social;
- b) a solução dos problemas internacionais econômicos, sociais, sanitários e conexos; **a cooperação internacional**, de caráter cultural e educacional; e
- c) o respeito universal e efetivo dos direitos humanos e das liberdades fundamentais para todos, sem distinção de raça, sexo, língua ou religião.

**Artigo 56.** Para a realização dos propósitos enumerados no Artigo 55, **todos os Membros da Organização se comprometem a agir em cooperação com esta, em conjunto ou separadamente.**

Para Arjun Sengupta, “porque a carta tem um estatuto especial como a base do atual sistema internacional, esta promessa é um compromisso com a cooperação internacional de todos os Estados no âmbito da ONU”<sup>72</sup> (SENGUPTA, 2001, P. 2529, tradução nossa). Skogly e Gibney (2002) salientam ainda que tais dispositivos devem ser interpretados em conjunto com o artigo 103 da Carta da ONU, que diz:

**Artigo 103.** No caso de conflito entre as obrigações dos Membros das Nações Unidas, em virtude da presente Carta e as obrigações resultantes de qualquer outro acordo internacional, prevalecerão as obrigações assumidas em virtude da presente Carta.

---

<sup>72</sup> Original em inglês: “Because the charter has a special status as the foundation of the present international system, this pledge is a commitment to international cooperation by all states within the UN.”



Dessa forma, as obrigações dispostas na Carta da ONU devem prevalecer perante qualquer outra obrigação e isto “implica que os Estados-membros da ONU estarão sob a obrigação de operar de acordo com o respeito pelos direitos humanos. Pela própria inclusão dos direitos humanos na Carta da ONU, que se tornou um assunto de preocupação internacional” (SKOGLY, GIBNEY, 2002, p. 786, tradução nossa)<sup>73</sup>.

Entender que a partir da Carta da ONU os Estados possuem obrigações de direitos humanos no contexto de suas atividades transacionais parece não ser suficiente, de forma que faz-se necessário revisar os desenvolvimentos do direito internacional neste campo, especialmente costumes, tratados e *soft law* (SKOGLY, GIBNEY, 2002, p. 786-787).

No âmbito do costume internacional, reconhece-se que as obrigações de direitos humanos carregam uma prestação negativa, no sentido do estado abster-se de violar direitos, como é o caso da proibição da tortura. Para Skogly e Gibney (2002, p. 788, tradução nossa),

[...] em termos de obrigações transnacionais baseadas no direito internacional consuetudinário, seria justo supor que o conteúdo da obrigação seria de natureza negativa - os Estados devem abster-se de ações em suas operações internacionais ou transnacionais que não respeitam os direitos humanos de as pessoas em outros estados. Para ilustrar, pode haver uma obrigação de não fornecer um estado estrangeiro com equipamentos de tortura. Há, no entanto, não é obrigada a enviar pessoal para treinar a polícia em práticas não-tortura, embora um Estado poderia fazê-lo legitimamente se o Estado estrangeiro acordado<sup>74</sup>.

Nesse sentido,

[...] o princípio seria que os Estados que têm o dever de agir em conformidade com o direito internacional consuetudinário dos direitos humanos em suas operações internacionais na medida em que as pessoas em um estado estrangeiro não sofram como resultado da ação do primeiro Estado (SKOGLY, GIBNEY, 2002, p. 789, tradução nossa)<sup>75</sup>.

---

<sup>73</sup> Original em inglês: “imply that member-states of the UN will be under an obligation to operate in accordance with respect for human rights. By the very inclusion of human rights in the UN Charter, they became a matter of international concern”.

<sup>74</sup> Original em inglês: “in terms of transnational obligations based on customary international law, it would be fair to assume that the content of the obligation would be of a negative nature - states should refrain from actions in their international or transnational operations that will fail to respect the human rights of people in other states. To illustrate, there may be an obligation not to supply a foreign state with torture equipment. There is, however, no obligation to send personnel to train the police in non-torturous practices, although a state could do so legitimately if the foreign state agreed”.

<sup>75</sup> Original em inglês: “in terms of transnational obligations, the principle would be that states would have a duty to act in accordance with customary international human rights law in their international operations to the extent that people in a foreign state do not suffer as a result of the first state's action”.

Em sua atuação nacional, o Estado possui responsabilidade primária na garantia dos direitos por ação própria ou em colaboração com outros, a partir de políticas apropriadas e utilizando todos seus recursos – físicos, financeiros e institucionais <sup>76</sup>.

Internacionalmente, os Estados outros que os Estados onde os demandantes de direitos residem, se eles são parte no acordo internacional que reconheça esses direitos também têm a obrigação de fazer todo o possível para ajudar na realização de tais direitos. A Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento e a Declaração de Viena anunciaram as obrigações internacionais de cooperar para a realização destes direitos humanos que pertencem a indivíduos como seres humanos, independentemente da sua residência, cidadania, nacionalidade ou religião. Mas mesmo sem essas declarações relativamente recentes, a Carta das Nações Unidas impõe sobre eles o dever de cooperar no cumprimento dos direitos humanos. Eles supostamente devem adotar políticas internacionais e reservar recursos para fins de realização destes direitos<sup>77</sup> (SENGUPTA, 2001, p. 2530, tradução nossa).

Apesar da sua natureza jurídica não vinculante, a Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento (1986) também reforça o dever dos Estados na promoção da cooperação internacional para a realização do desenvolvimento. Reconhecendo desenvolvimento como “o constante incremento do bem-estar de toda a população e de todos os indivíduos” (Preâmbulo, Para.2), a declaração enfatiza o dever do estado de “cooperar uns com os outros para assegurar o desenvolvimento e eliminar os obstáculos ao desenvolvimento” (Art 3(3)). Por fim, a Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento, para Arjun Sengupta:

[...] fala sobre a cooperação nos termos e lugares mais concreto diretamente sobre a comunidade internacional a obrigação de cooperar para garantir o êxito do processo de desenvolvimento em conjunto com as políticas e medidas adequadas adotadas pelos jogadores nacionais. Além disso, combinando a implementação do direito ao desenvolvimento com os outros direitos e uma maneira de exercê-lo o que é consistente com as liberdades fundamentais prevê uma abordagem ao desenvolvimento que eleva o processo de sua

---

<sup>76</sup> Original em inglês: “Nationally, the government must do everything, or must be seen as doing everything to fulfill the claims of a human right. If the right to food, education, and health are regarded as components of a human right to development, the state has to accept the primary responsibility of delivering the right either on its own or in collaboration with others. It has to adopt the appropriate policies and provide for the required resources to facilitate such delivery because meeting the obligation of human rights would have a primary claim on all its resources - physical, financial, or institutional - that it can command.”

<sup>77</sup> Original em inglês: “Internationally, the states other than where the rights - claimants reside if they are party to the international agreement recognising those rights would also have the obligation to do everything possible to help in delivering those rights. The Declaration on the Right to Development and the Vienna Declaration have spelt out the international obligations to cooperate for realising these human rights which belong to individuals as human beings irrespective of their residence, citizenship, nationality, or religion. But even without these relatively recent declarations, the charter of the UN enjoins upon them the duty to cooperate in fulfilling human rights. They are supposed to adopt international policies and set aside resources for the purpose of realising these rights”.

realização para o exercício de um direito humano (SENGUPTA, 2001, p. 2529, tradução nossa)<sup>78</sup>.

Fortalecendo esse ponto de vista, em 1978, a Declaração de Alma-Ata afirmou a importância da cooperação internacional para enfrentar as barreiras para a realização do direito à saúde. Ela foi acompanhada por várias outras declarações, incluindo a Declaração e Programa de Ação de Viena (1993), a Declaração do Cairo sobre População & Desenvolvimento (1994), a Declaração de Copenhague (1995) e a Declaração de Oslo sobre a Iniciativa de Política Externa e saúde Global (2007), que também são exemplos de compromissos dos Estados para fortalecer e intensificar a cooperação internacional no tema.

Os tratados internacionais de direitos humanos são instrumentos jurídicos vinculantes que dispõem sobre as obrigações dos Estados tanto no âmbito dos direitos civis e políticos quanto dos direitos econômicos, sociais e culturais, que integram o processo de desenvolvimento. Nesse sentido, o artigo 2.1 do PIDESC dispõe sobre a obrigação de promover os DESC por esforço próprio ou por meio da “assistência e cooperação internacional”:

1. Cada Estado Parte do presente Pacto compromete-se a adotar medidas, tanto por esforço próprio como pela **assistência e cooperação internacionais**, principalmente nos planos econômico e técnico, até o máximo de seus recursos disponíveis, que visem a assegurar, progressivamente, por todos os meios apropriados, o pleno exercício dos direitos reconhecidos no presente Pacto, incluindo, em particular, a adoção de medidas legislativas (grifos nossos).

O artigo 23 do PIDESC dispõe ainda que:

Os Estados Partes do presente Pacto concordam em que as medidas de ordem internacional destinada a tornar efetivos os direitos reconhecidos no referido Pacto incluem, sobretudo, a conclusão de convenções, a adoção de recomendações, a prestação de assistência técnica e a organização, em conjunto com os governos interessados, e no intuito de efetuar consultas e realizar estudos, de reuniões regionais e de reuniões técnicas.

---

<sup>78</sup> Original em inglês: “(...) talks about that cooperation in the most concrete terms and places squarely on the international community the obligation to cooperate to make a success of the process of development together with appropriate policies and measures adopted by the national players. Furthermore, combining the implementation of the right to development with the other rights and a manner of exercising it which is consistent with fundamental freedoms envisions an approach to development which elevates the process of its realisation to the exercise of a human right”.

Nesse sentido, no que diz respeito à implementação dos direitos econômicos, sociais e culturais, portanto, reconhece-se que quando um Estado não possui recursos suficientes, para garantir a realização integral dos direitos humanos, deve ser buscada cooperação técnica e/ou financeira<sup>79</sup>. O Comitê DESC (CESCR, GC 2) e outras iniciativas como os Princípios de Limburg (1987, Para.29-32) têm ressaltado a importância da CID com vistas à realização progressiva e integral dos direitos econômicos, sociais e culturais, conforme a seguir.

29. A cooperação e assistência internacional de acordo com a Carta das Nações Unidas (arts. 55 e 56) e o Pacto devem ter em vista como questão de prioridade a realização de todos direitos humanos e liberdades fundamentais, econômicos, sociais e culturais assim como civis e políticos.

30. A cooperação e assistência internacional deve ser dirigida ao estabelecimento de uma ordem social e internacional na qual os Direitos e liberdades dispostos no Pacto sejam plenamente realizados (cf. artigo 28 Declaração Universal dos Direitos Humanos).

31. Independente de diferenças nos sistemas político, econômico e social, os Estados devem cooperar um com o outro para promover a progresso social, econômico e cultural, em particular o crescimento econômico de países em desenvolvimento, livre de discriminação baseada nessas diferenças.

32. Os Estados Partes devem tomar medidas por meios internacionais para assistir e cooperar na realização dos Direitos reconhecidos pelo Pacto.

33. A cooperação e assistência internacional deve ser baseada na igualdade de soberania dos Estados e visar a realização dos Direitos contidos no Pacto.

34. Ao promover a cooperação e assistência internacional de acordo com o artigo 2(1) o papel das organizações internacionais e a contribuição de organizações não-governamentais deve ser tido em vista.<sup>80</sup>

---

<sup>79</sup>CESCR, Artigo 2(1), 22. Também “The Limburg Principles on the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights”. [UN doc. E/CN.4/1987/17, Annex; and *Human Rights Quarterly*, Vol. 9 (1987), pp. 122–135] Para.26.

<sup>80</sup> Original em inglês: “29. International co-operation and assistance pursuant to the Charter of the United Nations (arts. 55 and 56) and the Covenant shall have in view as a matter of priority the realization of all human rights and fundamental freedoms, economic, social and cultural as well as civil and political. 30. International co-operation and assistance must be directed towards the establishment of a social and international order in which the rights and freedoms set forth in the Covenant can be fully realized (cf. article 28 Universal Declaration of Human Rights). 31. Irrespective of differences in their political, economic and social systems, States shall co-operate with one another to promote international social, economic and cultural progress, in particular the economic growth of developing countries, free from discrimination based on such differences. 32. States parties shall take steps by international means to assist and co-operate in the realization of the rights recognized by the Covenant. 33. International co-operation and assistance shall be based on the sovereign equality of States and be aimed at the realization of the rights contained in the Covenant. 34. In undertaking international co-operation and assistance pursuant to article 2(1) the role of international organizations and the contribution of non-governmental organizations shall be kept in mind.”

No tocante à cooperação internacional em saúde, Mesquita, Hunt e Khosla (2010, p.114), por exemplo, enfatizam que a cooperação deve dar efeito aos elementos-chave do direito à saúde. Assim, é oferecido um conjunto de princípios que deveriam guiar as iniciativas, como não-discriminação (CESCR, GC14; SKOGLY, 2006, p. 70), interdependência (Vienna Declaration and Programme of Action, 1993, Para.5), participação (POTTS, 2008b), transparência, monitoramento (HUNT, LEADER, 2010; OECD, 2005; POTTS, 2008), coerência e coordenação (CESCR, GC14, Para.64). Nesse contexto, com relação ao direito à saúde, o CDESC afirmou que os estados “têm que respeitar o gozo do direito à saúde em outros países, e prevenir que terceiros violem o direito em outros países, se eles são capazes de influenciar esses terceiros por meios legais ou políticos”<sup>81</sup> (CESCR, 2000, Para.39). No mesmo sentido, Mesquita, Hunt e Khosla (2010, p.105) ressaltam que “os estados têm uma responsabilidade legal de assegurar que suas leis, políticas, e atividades apoiem, e não obstruam, o gozo do direito à saúde em outros países”<sup>82</sup>.

Neste contexto, outros tratados de direitos humanos também precisam ser citados. A Convenção dos Direitos da Criança, no artigo 4, dispõe que “com relação aos direitos econômicos, sociais e culturais, os Estados Partes adotarão essas medidas utilizando ao máximo os recursos disponíveis e, quando necessário, dentro de um quadro de **cooperação internacional**” (grifos nossos). Além disso, no artigo 24.4, que diz respeito ao direito à saúde, dispõe que:

[...] os Estados Partes se comprometem a promover e incentivar a cooperação internacional com vistas a lograr, progressivamente, a plena efetivação do direito reconhecido no presente artigo. Nesse sentido, será dada atenção especial às necessidades dos países em desenvolvimento.

A Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, por sua vez, dispõe no artigo 4.2:

2.Em relação aos direitos econômicos, sociais e culturais, cada Estado Parte se compromete a tomar medidas, tanto quanto permitirem os recursos disponíveis e, quando necessário, no âmbito da **cooperação internacional**, a fim de assegurar progressivamente o pleno exercício desses direitos, sem prejuízo das obrigações contidas na presente Convenção que forem imediatamente aplicáveis de acordo com o direito internacional.

O artigo 32 dispõe especificamente sobre a cooperação internacional no âmbito dos direitos da pessoa com deficiência:

Artigo 32. Cooperação internacional

<sup>81</sup> Original em inglês: “have to respect the enjoyment of the right to health in other countries, and to prevent third parties from violating the right in other countries, if they are able to influence these third parties by way of legal or political means”

<sup>82</sup> Original em inglês: “states have a legal responsibility to ensure that their laws, policies, and activities support, and do not obstruct, the enjoyment of the right to health in other countries”

1. Os Estados Partes reconhecem a importância da cooperação internacional e de sua promoção, em apoio aos esforços nacionais para a consecução do propósito e dos objetivos da presente Convenção e, sob este aspecto, adotarão medidas apropriadas e efetivas entre os Estados e, de maneira adequada, em parceria com organizações internacionais e regionais relevantes e com a sociedade civil e, em particular, com organizações de pessoas com deficiência. Estas medidas poderão incluir, entre outras:

- a) Assegurar que a cooperação internacional, incluindo os programas internacionais de desenvolvimento, sejam inclusivos e acessíveis para pessoas com deficiência;
- b) Facilitar e apoiar a capacitação, inclusive por meio do intercâmbio e compartilhamento de informações, experiências, programas de treinamento e melhores práticas;
- c) Facilitar a cooperação em pesquisa e o acesso a conhecimentos científicos e técnicos;
- d) Propiciar, de maneira apropriada, assistência técnica e financeira, inclusive mediante facilitação do acesso a tecnologias assistivas e acessíveis e seu compartilhamento, bem como por meio de transferência de tecnologias.

O artigo 32, além de afirmar que os Estados adotarão medidas para assegurar a cooperação internacional, inclusive técnica e financeira, estabelece medidas relacionadas à inclusão e acessibilidade. Da mesma forma, a Convenção artigo 15 dispõe que “os Estados Partes cooperarão entre si e prestarão a máxima assistência recíproca para assistir as vítimas de desaparecimento forçado (...)”.

No contexto da epidemia de HIV/AIDS, vários instrumentos não vinculantes afirmam a obrigação dos Estados de cooperação internacional. Por exemplo, em 2000, a Declaração do Milênio foi explícita sobre a responsabilidade dos Estados de reforçar e intensificar a cooperação para o combate ao HIV/AIDS, adotado posteriormente como ODM 6. A declaração também coloca os seguintes como valores fundamentais para as relações internacionais: liberdade, igualdade, solidariedade, tolerância, respeito pela natureza e responsabilidade partilhada (ONU, 2000, Para.6). Além disso, em 2001, a Declaração de Compromisso da ONU sobre HIV/AIDS pediu para a intensificação da cooperação regional, sub-regional e inter-regional e o reforço da cooperação internacional e regional (UNGASS, 2001, Paras.27 ; 73). Outras resoluções da ONU também seguem os mesmos argumentos.

Em que pese o fato de diversos textos normativos – *hard* e *soft law* – mencionarem a cooperação internacional, ainda há pouca discussão sobre como as obrigações dos Estados se aplicam neste âmbito, especialmente no que diz respeito à prestação da CID. Ou seja, ainda é preciso ampliar o debate sobre a aplicação das obrigações de direitos humanos de um Estado na atuação fora de seu território. Afinal, seria incoerente o direito internacional regular condutas dos Estados somente quando eles agem no seu próprio território. Ao contrário, o direito internacional tem demonstrado, que a conduta do Estado pode ser regulada por ele nas mais

diversas situações, inclusive quando produz efeitos transnacionais. No tocante a estas obrigações ou efeitos transnacionais ou extraterritoriais da CID, caberia, então, verificar como elas se dariam na prática, qual seu conteúdo normativo, quais seriam os detentores de obrigações e de direitos.

Skogly e Gibney (2002, p.795-796) sugerem que, no campo das obrigações, haveria ainda que diferenciar obrigações de conduta e obrigações de resultado, ou seja, haveriam obrigações relacionadas à conduta do Estado e também pelo resultado desta conduta. Para ilustrar tais obrigações, eles usam o exemplo da proibição de extradição de indivíduo à país onde ele poderia ser submetido à pena capital. “Nesse exemplo, a obrigação de conduta seria a obrigação de não extraditar (relativa à conduta do estado), enquanto a obrigação de resultado seria que nenhum indivíduo sob a jurisdição de um estado deveria ser sujeito a tortura, mesmo se a tortura for infligida por um país estrangeiro” (SKOGLY, GIBNEY, 2002, p. 796, tradução nossa).<sup>83</sup>

O argumento da existência de obrigações transnacionais ou extraterritoriais de direitos humanos ganha força quando analisamos os mecanismos de “reclamação” relacionados ao cumprimento (ou não) das obrigações convencionais. A maioria dos tratados internacionais de direitos humanos possuem procedimentos de comunicações que levam à análise de seus órgãos supostas violações das obrigações pelos Estados. Esses procedimentos podem ser individuais, submetidos geralmente pelas vítimas ou seus familiares, e também interestatal, ou seja, entre os próprios Estados-Partes, ainda que ele nunca tenha sido, até os dias atuais, utilizado no âmbito do sistema internacional de proteção dos direitos humanos da ONU.

## **2.5. A prática dos Estados junto ao Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**

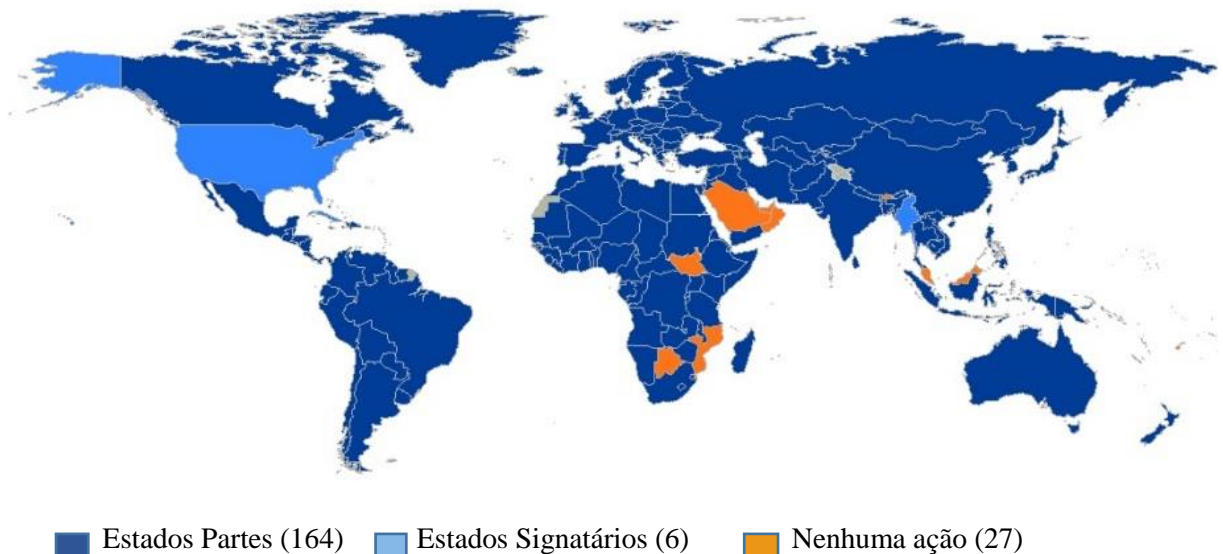
Uma forma de entender as obrigações de direitos humanos que podem ser atribuídas a um Estado em determinado tema é verificar como tem sido a prática. A atuação dos Estados nos dá pistas sobre o que tem sido aceito em termos de obrigações. No contexto das obrigações relacionadas à cooperação internacional, examinamos os relatórios periódicos submetidos ao Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CDESC) pelos países partes do PIDESC,

---

<sup>83</sup> Original em inglês: “In this example, the obligation of conduct would be the obligation not to extradite (relating to the state's conduct), while the obligation of result would be that no individual under a state's jurisdiction should be subject to torture, even if the torture would be inflicted in a foreign country”.

no sentido de conhecer como os Estados têm reportado este tema. Isto é dizer que, os relatórios são fonte importante de informação sobre como os estados têm implementado suas obrigações de direitos humanos e a existência ou não de informações sobre cooperação internacional no âmbito destes relatórios, a partir da metodologia de análise documental, pode nos ajudar a conhecer a percepção dos Estados sobre tais obrigações.

Estabelecido em 1985 pela Resolução 1985/17 do ECOSOC, o CDESC é composto por 18 membros que atuam em sua condição de especialistas independentes no monitoramento da implementação do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC). Atualmente são 164 Estados-Partes, dos 193 que compõem a ONU, sendo que a mais recente ratificação ocorreu em 2015 (África do Sul), conforme mapa abaixo. Os Estados-Partes são objeto de análise do CDESC, a partir do envio de relatórios periódicos que informam “sobre as medidas que tenham adotado e sobre o progresso realizado com o objetivo de assegurar a observância dos direitos reconhecidos no Pacto” (Art. 16, PIDESC). O CDESC, por sua vez, oferece, além de suas conclusões, uma série de recomendações visando orientar os Estados na realização dos direitos humanos.

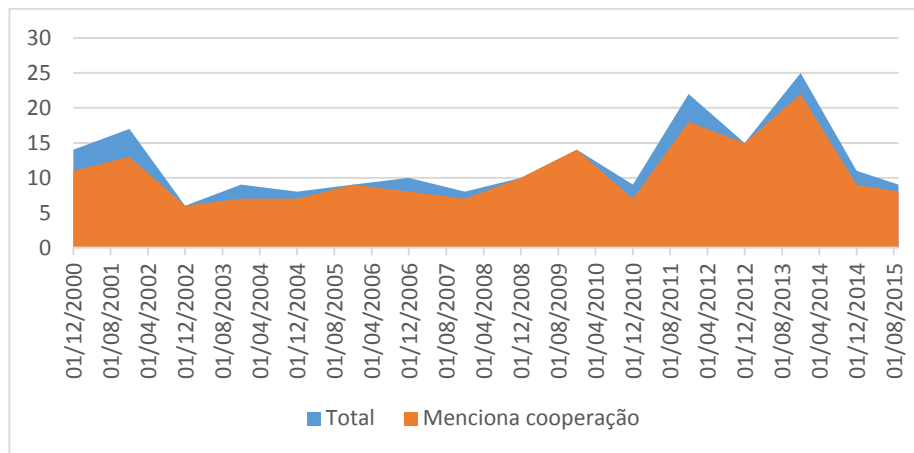


**Figura 17. Mapa de estados partes do PIDESC**

Fonte: OHCHR . [http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CESCR/OHCHR\\_Map\\_ICESCR.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CESCR/OHCHR_Map_ICESCR.pdf)



Desde o início do seu funcionamento até outubro de 2014, o CDESC havia recebido 367 relatórios de países<sup>84</sup>. Acessamos o texto completo dos relatórios publicados no repositório de documentos do ACNUDH na internet, no período 2000<sup>85</sup> até 19 de setembro de 2015 (Anexo F). Excluídos documentos de mera retificação de parágrafo ou adendo, isto totalizou um número de 196 relatórios analisados. Deste total, 171 relatórios fazem alguma menção à cooperação técnica internacional ou “ajuda ao desenvolvimento”, o que equivale a 87% dos informes. A cooperação mencionada pelos Estados inclui a cooperação bilateral e a feita a partir de contribuições financeiras às Nações Unidas. No gráfico abaixo é possível observar o número total de relatórios recebidos pelo CDESC, por ano, e aqueles que mencionam a cooperação internacional.



**Figura 18. Relatórios dos estados ao CDESC por ano (2000-2015)**

**Tabela 5: Número de relatórios de estado ao CDESC que mencionam cooperação (2000-2015)**

Data	Total	Menciona cooperação
31/12/2000	14	11
31/12/2001	17	13
31/12/2002	6	6
31/12/2003	9	7
31/12/2004	8	7
31/12/2005	9	9
31/12/2006	10	8
31/12/2007	8	7
31/12/2008	10	10
31/12/2009	14	14
31/12/2010	9	7
31/12/2011	22	18

<sup>84</sup> Conforme acesso à base de dados do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos em 19 de setembro de 2015.

<sup>85</sup> Marco temporal da presente pesquisa, considerando a adoção pela ONU, no ano 2000, da Declaração do Milênio.

31/12/2012	15	15
31/12/2013	25	22
31/12/2014	11	9
19/09/2015	9	8

Os relatórios não seguem um padrão, mas vários são divididos e subdivididos em seções relacionadas a artigos do PIDESC. Dessa forma, dos 171 relatórios que fazem menção à cooperação, somente 55 deles (32%) fazem menção explícita à cooperação no contexto da implementação do artigo 2 do PIDESC<sup>86</sup>, dispositivo que dispõe sobre o tema. A menção direta ao artigo 2 se dá, por um lado, no sentido do dever de buscar cooperação com vistas a garantir os direitos elencados no PIDESC, por outro, no sentido de contribuir para os esforços internacionais na promoção do desenvolvimento, conforme será explicitado a seguir.

### 2.5.1. A cooperação recebida

Para alguns países, a cooperação internacional é fundamental para levar adiante políticas públicas de garantia de direitos, de forma a conseguir implementar suas obrigações. É nesse sentido que o relatório de Uganda, em 2013 (E/C.12/UGA/1, para.18), destaca o recebimento da cooperação:

O Governo de Uganda, **em seus esforços de cumprir com suas obrigações** derivadas do Pacto **estabeleceu parcerias e iniciativas com seus parceiros de desenvolvimento** e ao fazê-lo recebeu apoio aos programas de Governo relacionados aos direitos do Pacto discutidos no corpo deste relatório. Apoio tem sido recebido de Agências Internacionais e Instituições Internacionais Financeiras, Governos Estrangeiros da América do Norte como Estados Unidos e Canadá, estados membros da União Europeia, estados da Ásia e Extremo Oriente assim como outros estados Africanos (grifos nossos).<sup>87</sup>

O relatório do Equador (2002), no mesmo sentido, ressalta a fragilidade de suas políticas de inovação tecnológica e que a “assistência internacional” visa fortalecer suas capacidades.

<sup>86</sup> “Cada Estado Parte do presente Pacto compromete-se a adotar medidas, tanto por esforço próprio como pela **assistência e cooperação internacionais**, principalmente nos planos econômico e técnico, até o máximo de seus recursos disponíveis, que visem a assegurar, progressivamente, por todos os meios apropriados, o pleno exercício dos direitos reconhecidos no presente Pacto, incluindo, em particular, a adoção de medidas legislativas” (grifos nossos).

<sup>87</sup> Original em inglês: “The Government of Uganda in its efforts **to meet her obligations** under the Covenant has established partnerships and initiatives with its development partners and in so doing received support towards Government programmes relating to the Covenant rights discussed in the body of this report. Support has been from International Agencies and International Financial Institutions, Foreign Governments from North America including the USA and Canada, the EU Member states, Asian and Far East states as well as other African states.”

A história das políticas governamentais de apoio à inovação tecnológica na comunidade nacional tem sido desigual. Tendo isso em mente, a **assistência internacional é orientada para o reforço das capacidades** do Equador para a inovação tecnológica, a fim de perceber as potencialidades de desenvolvimento econômico e social, com suporte para os setores produtivos nas áreas de recursos humanos, gestão da tecnologia, empreendedorismo e inovação científica financeira na agricultura, indústria e serviços, com vista a satisfazer as principais necessidades sociais do país e promover a transferência de conhecimentos e os resultados da investigação (Equador, 2002, E/1990/6/Add.36, para.615)<sup>88</sup>.

Da mesma forma, a Guiana (2014) reconhece a contribuição da comunidade internacional para a realização do desenvolvimento econômico, social e cultural:

Como país em desenvolvimento, o Governo da Guiana reconhece a **contribuição que a comunidade internacional tem feito** no apoio a programas de governo e, finalmente, **para a realização do desenvolvimento econômico, social e cultural e reforço nos direitos democráticos dos cidadãos**. Este foi realizado de acordo com a agenda nacional de desenvolvimento para a Guiana (E/C.12/GUY/2-4, para.77).<sup>89</sup>

Alguns relatórios trazem evidentes manifestações da necessidade de ampliação ou fortalecimento da cooperação internacional, como observa-se, nos relatórios da Etiópia (2011, E/C.12/ETH/1-3), do Nepal (2012, E/C.12/NPL/3) e de Chad (2009, E/C.12/TCD/3). Chad (2009, para. 36, 47), por exemplo, coloca a cooperação internacional como “esperança” e reforça o pedido de “ajuda” aos parceiros:

Geralmente, deve-se notar que os esforços do Estado para alcançar o pleno gozo dos seus direitos são prejudicados pela extrema pobreza do país. No entanto, Chad **espera** que, com o apoio e cooperação dos parceiros de desenvolvimento, um passo importante será feito. (...) No entanto, ainda existem muitas disparidades entre a população chadiana, relativa a determinados tipos de direitos econômicos, sociais e culturais. Isto é principalmente devido ao estado de pobreza. Ainda há muito a ser feito a este respeito, e o Governo do Chade **precisa** muito do apoio dos seus parceiros<sup>90</sup>.

<sup>88</sup> Original em inglês: “The history of government policies to support technological innovation in the national community has been uneven. Bearing this fact in mind, **international assistance is geared to strengthening Ecuador’s capacities** for technological innovation in order to realize the potentialities of economic and social development with support for the productive sectors in the areas of human resources, management of technology, entrepreneurial and financial scientific innovation in agriculture, industry and services, **with a view to meeting the country’s main social needs and promoting the transfer of knowledge and the results of research**” (grifos nossos).

<sup>89</sup> Original em inglês: “As a developing country, the GoG recognizes the input that the international community has made in supporting government programmes and ultimately towards the realization of economic, social and cultural development and strengthening the democratic rights of its citizens. This has been undertaken in accordance with the national development agenda for Guyana”.

<sup>90</sup> Original em inglês: “Generally, it should be noted that the State’s efforts to achieve the full enjoyment of its rights are hampered by the country’s extreme poverty. However, Chad **hopes** that with the support and cooperation of development partners, a major step forward will be made (...) 47. Nevertheless, there are still many disparities

O texto diz que o país “espera” e “precisa” do apoio e da cooperação.

Togo em 2011 (E/C.12/TGO/1), por sua vez, inclusive atribui a persistência da extrema pobreza à retração da cooperação. Já o posicionamento do Nepal é de existência de uma relação de dependência:

O Governo do Nepal acredita que a efetiva realização progressiva dos direitos econômicos, sociais e culturais é **dependente** da disponibilidade de recursos e desenvolvimento de infra-estruturas a nível nacional, bem como de uma cooperação e assistência técnica internacional positiva, previsível e sustentável. O Nepal se beneficiou da cooperação internacional e assistência para o seu desenvolvimento socio-econômico, no qual a realização dos direitos econômicos, sociais e culturais é essencialmente dependente (2012, E/C.12/NPL/3, para.141, 142)<sup>91</sup>.

Não somente o país “é dependente” da cooperação e assistência técnica internacional, mas o desenvolvimento no país também “é dependente” da realização dos DESC no país.

Na menção à cooperação internacional recebida, vários dos países fazem menção à cooperação no âmbito da ONU em seus países, especialmente com UNESCO, UNICEF, OIT, PNUD. OPAS, UNIFEM, UNIDO, ACNUR e ACNUDH também são citadas. Dos 109 relatórios que apresentam cooperação recebida, 85 (78%) deles mencionam a cooperação com a ONU.

Em alguns relatórios a cooperação internacional é mencionada mas não fica evidente se se trata de cooperação prestada ou recebida. O relatório do Reino Unido referente a Crown (E/C.12/GBR/5/Add.1), por exemplo, refere-se à cooperação, que não aos acordos recíprocos para preservação de benefícios de seguridade social, como “um assunto não relevante”:

Guernsey tem uma população migrante significativa fornecimento de trabalho em sectores-chave da economia, tais como finanças, saúde, educação, varejo, horticultura, turismo e hotelaria. Através da cooperação internacional, as autoridades insulares entraram em acordos de reciprocidade com os países listados abaixo para preservar os direitos de seguro social para os residentes locais que trabalham na comunidade internacional e vice-versa:

---

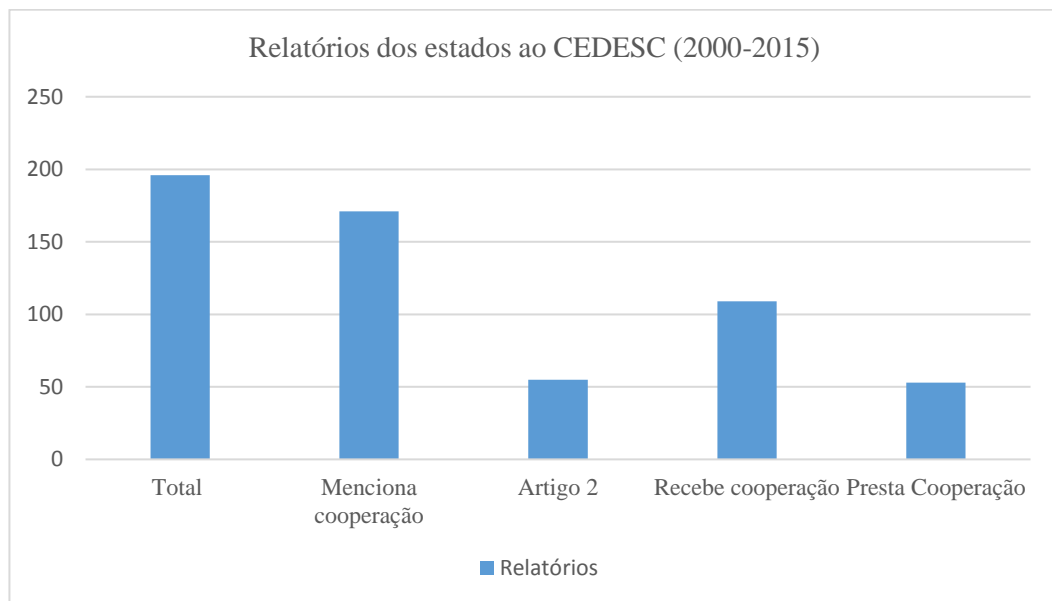
among the Chadian population concerning certain kinds of economic, social and cultural rights. This is largely due to the state of poverty. Much remains to be done in this respect, and the Chadian Government **greatly needs the support** of its partners” (grifos nossos).

<sup>91</sup> Original em inglês: “The GON believes that the effective progressive realization of economic, social and cultural rights **is dependent** on the availability of resources and development of infrastructures at the domestic level as well as on positive, predictable and sustained international cooperation and technical assistance. Nepal has availed international cooperation and assistance for its socio-economic development, on which the realization of economic, social and cultural rights **is essentially dependent**”.

Áustria, Barbados, Bermuda, Canadá, Chipre, França, Reino Unido, Ilha de Man e Jersey, Itália, Jamaica, Japão, Malta, Nova Zelândia, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça, Holanda, Estados Unidos da América.

129. **Para além da cooperação acima, a assistência internacional não é uma questão relevante.** (para. 128 e 129)<sup>92</sup>.

Do total de relatórios, 109 informam o recebimento de cooperação e 53 deles a prestação, conforme é observado no gráfico abaixo.



**Figura 19. Relatórios dos estados ao CEDESC e tipo de menção à cooperação (2000-2015)**

Apesar do grande número de relatórios com menções à cooperação internacional, menos de um terço relaciona a CID diretamente com as obrigações dispostas no artigo 2 do PIDESC.

### 2.5.2. A cooperação prestada

É interessante notar os posicionamentos dos Estados que prestam cooperação. São utilizadas diversas palavras para descrever essa prestação: “solidariedade”, “responsabilidade”,

<sup>92</sup> Original em inglês: “Guernsey has a significant migrant population providing labour in key sectors of the economy such as finance, health, education, retail, horticulture, tourism and hospitality. Through **international cooperation**, the insular authorities have entered into reciprocal agreements with the countries listed below **to preserve social insurance entitlements** for local residents working in the international community and vice versa: Austria, Barbados, Bermuda, Canada, Cyprus, France, United Kingdom, Isle of Man & Jersey, Italy, Jamaica, Japan, Malta, New Zealand, Portugal, Spain, Sweden, Switzerland, The Netherlands, United States of America. Beyond the above cooperation, international assistance **is not a relevant issue**” (grifos nossos).

“ajuda aos necessitados” ou mesmo esta prestação é enfatizada por meio do volume de recursos financeiros repassados.

O posicionamento da Noruega, em 2004 (E/C.12/4/Add.14), é da cooperação internacional como “meio” de “realização” dos objetivos do milênio. É uma cooperação com “foco” nos mais pobres.

A cooperação para o desenvolvimento Norueguesa visa promover melhorias duradouras da situação econômica, social e política da população dos países em desenvolvimento. O **foco** é sobre os membros mais pobres da população e na redução da pobreza. A cooperação para o desenvolvimento é um **meio** de promoção dos direitos econômicos, sociais e culturais, contribuindo para o aumento da renda e do bem-estar e elevar o nível de educação. O financiamento da cooperação norueguesa para o desenvolvimento destina-se a apoiar os esforços para concretizar os Objetivos do Milênio das Nações Unidas (2004, para. 14, tradução nossa).<sup>93</sup>

O discurso de Liechtenstein, em 2004 (E/1990/5/Add.66), é semelhante no que diz respeito ao foco nos mais pobres. Ele se sobressai ainda quanto a utilização da expressão “solidariedade” e da abordagem que propõe “ajudar a ajudar a si mesmo”, também apresentadas por San Marino, em 2007.

Liechtenstein assume a sua responsabilidade internacional humanitário seriamente. A solidariedade para com os países pobres ou com as pessoas afetadas por desastres e conflitos armados é um foco tradicional da política externa de Liechtenstein. Em 2003, o Liechtenstein passou mais de SwF 16 milhões para a cooperação internacional humanitária. Isso corresponde a 2 por cento do total do orçamento para 2003. (...) 10. Cooperação para o desenvolvimento constitui, de longe, a maior quota de IHC. Acompanha o desenvolvimento econômico, social e cultural e visa abolir a pobreza nos países em desenvolvimento de uma forma sustentável e elevar o padrão de vida da população. Ela é guiada pelo princípio de "ajudar a ajudar a si mesmo". Fundos estatais para cooperação para o desenvolvimento são administrados pelo Serviço de Liechtenstein de Desenvolvimento (LDS), uma fundação independente, cujo mandato é aprovado anualmente pelo Governo. No geral, LDS administra cerca de 60 projetos de desenvolvimento e programas em seus tradicionais países-alvo Bolívia, Peru e Nicarágua, Mali (2004, para. 9 e 10).<sup>94</sup>

---

<sup>93</sup> Original em inglês: “Norwegian development cooperation aims at promoting lasting improvements in the economic, social and political situation of the population of developing countries. The **focus** is on the **poorest** members of the population and on reducing poverty. Development cooperation is a **means** of promoting economic, social and cultural rights by contributing towards increasing incomes and welfare and raising the level of education. Norwegian-financed development cooperation is intended to **support efforts to realize** the UN Millennium Goals”(grifos nossos).

<sup>94</sup> Original em inglês: “Liechtenstein takes its international humanitarian **responsibility** seriously. **Solidarity** with poor countries or with those affected by disasters and armed conflict is a traditional **focus** of Liechtenstein foreign policy. In 2003, Liechtenstein spent over SwF 16 million on international humanitarian cooperation. That corresponds to 2 per cent of the total budget for 2003.(...) Development cooperation constitutes by far the greatest share of IHC. It accompanies economic, social, and cultural development and aims to abolish poverty in developing

A ajuda aos “pobres” e aos “necessitados se repete também nos discursos da Suécia (2000) e de San Marino (2007), conforme posicionamentos abaixo.

O principal objetivo da cooperação para o desenvolvimento internacional sueco é elevar o padrão de vida dos pobres (Suécia, 2000, E/C.12/4/Add.4, para.10, tradução nossa)<sup>95</sup>

No que diz respeito à cooperação internacional, seguindo o princípio de "ajuda para ajudar a si mesmo" a República de San Marino sempre esteve envolvida em atividades para ajudar e apoiar os necessitados (San Marino, 2007, E/C.12/SMR/4, para.62, tradução nossa)<sup>96</sup>

Em 2014, dos 9 relatórios recebidos, 7 mencionaram a cooperação internacional. Destes relatórios, 4 deles – Honduras, Guiana, Marrocos e França - fizeram menção explícita à implementação do artigo 2 do PIDESC. Na menção à cooperação internacional, enquanto Honduras, Angola, Iêmen, Burundi, Guiana e Marrocos reportam a cooperação recebida, a França reporta a cooperação oferecida a outros países.

No tocante à menção da cooperação enquanto cooperação prestada, observa-se que a manifestação da França em seu quarto relatório periódico entregue em 2014 (previsto para 2011) - como se dá em vários outros relatórios - é em resposta às observações finais do CEDESC quanto ao relatório anterior, que recomenda que o Estado francês forneça pelo menos 0.7% do seu PIB em ajuda ao desenvolvimento, nos termos do acordo celebrado em Monterrey, em 2002. Em primeiro lugar, o governo francês destaca, em seu relatório, o volume financeiro que a cooperação proporciona (Parágrafo 74), indicando que apesar da diminuição de recursos de 2010 para 2011, esta diminuição é aparente, uma vez que a “ajuda” bilateral aumentou. No parágrafo 75, o governo francês apresenta uma justificativa para a diminuição do valor em função da não contabilização da “ajuda ao desenvolvimento” à Mayotte, uma vez que este se tornou um departamento da França.

---

countries in a sustainable way and raise the standard of living of the population. It is guided by the principle of **“help to help oneself”**. State funds for development cooperation are administered by the Liechtenstein Development Service (LDS), an independent foundation, whose mandate is approved annually by the Government. Overall, LDS administers around 60 development projects and programmes in its traditional focus countries Bolivia, Peru and Nicaragua, Mali(grifos nossos).”

<sup>95</sup> Original em inglês: “The primary objective for Swedish international development cooperation is to raise the standard of living of the poor”.

<sup>96</sup> Original em inglês: “With regard to international cooperation, following the principle “help to help oneself” the Republic of San Marino has always been involved in activities to assist and support **the needy**” (grifos nossos).

Há uma exaltação quanto ao montante de “ajuda ao desenvolvimento” oferecido pela França, uma vez que esta ficaria em quarto lugar entre as maiores contribuições mundiais, “atrás dos Estados Unidos, Alemanha e Reino Unido e antes do Japão”. De forma a rebater a meta de 0.7% do Consenso de Monterrey, a França aponta que ela aporta 0.46% do seu PIB, o que supera a média de 0.31% dos países da OCDE. Além disso, indica que a tendência de outros países é reduzir o montante. Por fim, no parágrafo 77, aponta que a tendência da França é aumentar o montante da “ajuda ao desenvolvimento”, superando, inclusive, os valores dos anos anteriores. Na manifestação do governo francês não há, portanto, refutação de que a cooperação oferecida a outros países não esteja no âmbito dos compromissos do PIDESC. Ao contrário, o governo francês ressalta o que tem feito enquanto cooperação internacional.

No mesmo sentido faz a Bélgica, em 2012 (E/C.12/BEL/4, para. 27, tradução nossa):

Artigo 2. Impacto da cooperação e assistência técnica e econômica internacional

1. Observação 27

Assistência oficial ao desenvolvimento

A Bélgica aumentou a sua assistência oficial ao desenvolvimento (AOD) para 0,55 por cento do seu produto interno bruto (PIB) em 2009 e tem a intenção de **honrar o seu compromisso** de aumentar a APD para 0,7 por cento do PIB em 2010. Este objetivo **reflete** a intenção da Bélgica de acelerar as suas atividades na área da cooperação para o desenvolvimento e, nomeadamente, a promoção do respeito pelos direitos econômicos, sociais e culturais.<sup>97</sup>

O discurso da Bélgica é no sentido de que o volume de recursos alocado para a cooperação, que é crescente, “reflete” seu compromisso em incrementar suas atividades na área de cooperação para o desenvolvimento, o que possibilita “honrar” com seu compromisso.

Também o Japão, em 2011 (E/C.12/JPN/3), destaca sua intenção de continuar aumentando o volume de recursos, no sentido de atingir a meta de 0.7%<sup>98</sup>. No mesmo sentido são os relatórios da Islândia, em 2011 (E/C.12/ISL/4), Eslovênia, 2013 (E/C.12/SVN/2),

<sup>97</sup> Original em inglês: “Article 2. Impact of international economic and technical assistance and cooperation

1. Observation 27. Official development assistance. 27. Belgium increased its official development assistance (ODA) to 0.55 per cent of its gross domestic product (GDP) in 2009 and intends to honour its commitment to increase ODA to 0.7 per cent of GDP in 2010. This target **reflects** Belgium’s **intention** of **stepping up** its activities in the area of cooperation for development and, notably, the promotion of respect for economic, social and cultural rights”(grifos nossos).

<sup>98</sup> “Paragraph 37 14. In 2008, Japan increased the ODA volume it provides, which had been decreasing during the previous few years. Although reserving fixing a deadline for achieving the target for ODA of 0.7% of GNI, the Government will ensure the ODA volume required to provide strategic assistance, and **will continue** to make efforts to **reach the target**” (2011, E/C.12/JPN/3. Para.14, grifos nossos).



Eslováquia em 2011(E/C.12/SVK/2), Finlândia 2006 (E/C.12/FIN/5) e Grécia (E/C.12/GRC/2) em 2013. A Noruega, em 2012 (E/C.12/NOR/5, para.13, tradução nossa), por sua vez destaca que foi além da meta de 0.7% e alcançou a meta de 1% do Produto Interno Bruto para a cooperação internacional:

No orçamento do governo para 2009, a Noruega alcançou o seu objectivo de atribuição de um por cento do seu produto interno bruto (PIB) para assistência oficial ao desenvolvimento. Dois terços da ajuda ao desenvolvimento da Noruega vai para instituições multilaterais, como a ONU. A Noruega é fortemente comprometida com os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM).<sup>99</sup>

A Turquia, em 2010 (E/C.12/TUR/1, para.42, tradução nossa), situa a cooperação prestada como uma “ponte estratégica”, no sentido de ajudar a manter o link entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento:

A Turquia realiza sua assistência ao desenvolvimento, dentro da tradição de uma "ponte estratégica", para ajudar a construir e manter a ligação entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento. Ela deu passos importantes para se tornar um "país doador" na realização dos Objectivos do Milénio das Nações Unidas. assistência externa turca começou em 1985 como ajuda alimentar, e depois continuou e expandiu-se em muitos campos<sup>100</sup>.

Quanto a uma suposta obrigação relacionada à prestação de cooperação internacional, ressaltem-se o discurso do Reino Unido, em 2008, e da República Tcheca, em 2001. No relatório publicado em 2001 (E/1990/5/Add.47, para.80, tradução nossa), a República Tcheca afirma que:

Nada impede a República Checa de dispor da sua riqueza e recursos naturais, sem prejuízo de eventuais **obrigações** decorrentes da cooperação econômica internacional, **fundada em benefício recíproco e no direito internacional**. Porque não existem tais circunstâncias, elas também não influenciarão o gozo de outros direitos protegidos pelo Pacto<sup>101</sup>.

<sup>99</sup> Original em inglês: “In the government budget for 2009, Norway **achieved its objective** of allocating one per cent of its gross national income (GNI) for official development assistance. Two thirds of Norwegian development assistance goes to multilateral institutions, such as the UN. Norway is strongly committed to the Millennium Development Goals (MDGs)” (grifos nossos).

<sup>100</sup> Original em inglês: “Turkey carries out its development assistance, within the tradition of a “strategic bridge”, to help build and maintain the link between developed countries and developing countries. It has made important strides towards becoming a “donor country” in realising the Millennium Goals of the United Nations. Turkish foreign assistance started in 1985 as food aid, then continued and expanded into many fields”.

<sup>101</sup> Original em inglês: “Nothing prevents the Czech Republic from disposing of its natural wealth and resources without detriment to any **obligations arising** from international economic cooperation, **founded** on reciprocal benefit and international law. Because no such circumstances exist, they also do not influence the enjoyment of other rights protected by the Covenant”(grifos nossos).

O discurso fala em “obrigação oriunda de cooperação econômica internacional”, “fundado” (*founded*, em inglês) no direito internacional, indicando o reconhecimento de que poderiam haver obrigações de cooperação internacional derivadas do direito internacional.

### 2.5.3. Cooperação Sul-Sul

Os relatórios indicam também a existência de países que ao mesmo tempo recebem e prestam cooperação, em geral, no marco da Cooperação Sul-Sul. Estas menções são feitas pela Romênia, Ucrânia, Vietnã, Uruguai, Brasil, Indonésia, China, República da Coreia. A Indonésia, em seu relatório publicado em 2012, por exemplo, ao mesmo tempo em que informa receber mais de 13 bilhões de dólares em cooperação, reporta prover um montante de mais de 700 mil dólares em prestação de cooperação técnica.

Em 2006-2009, as propostas de projetos de cooperação assistência técnica atingiram USD 13,19 bilhões (...) Por outro lado, a Indonésia também fornece activamente cooperação e assistência técnica, especialmente para os países em desenvolvimento e menos desenvolvidos, nos setores de investimento, as energias renováveis, as PME indústria criativa, as PME incubadora, microfinanças, o empoderamento das mulheres, agricultura, meios de comunicação, gestão de risco de desastres, pesca, irrigação e silvicultura. O orçamento previsto para o programa de cooperação técnica aumentou de USD 544.000 em 2008 para USD 733 mil em 2010 (INDONÉSIA, E/C.12/IDN/1, tradução nossa)<sup>102</sup>.

Da mesma forma, a China, em seu relatório de 2012 (E/C.12/CHN/2), destaca a crescente cooperação oferecida a outros países em desenvolvimento, a Cooperação Sul-Sul. Nesse sentido, ressalta ainda o que tem sido elencado como características da cooperação sul-sul, em contraposição à cooperação tradicional: “benefício mútuo” e “ausência de condicionalidades”. Também faz menção ao estímulo a um “desenvolvimento autônomo”, “aumentando o emprego e a renda, e a erradicação da pobreza, com benefícios reais e tangíveis para o povo do país beneficiário da ajuda”.

As manifestações de países em desenvolvimento no sentido de também prestarem cooperação vêm em consonância com a interpretação já expressada pelo Comitê CDESC

---

<sup>102</sup> Original em inglês: “In 2006-2009, the **proposals** for technical cooperation project assistance have reached USD 13.19 billion (...) On the other hand, Indonesia also actively **provides** technical cooperation assistance, especially for developing countries and LDCs, in the sectors of investment, renewable energy, SMEs creative industry, SMEs incubator, microfinance, women empowerment, agriculture, media, disaster risk management, fishery, irrigation and forestry. The budget allocated for the technical cooperation programme has increased from USD 544,000 in 2008 to USD 733,000 in 2010” (grifos nossos).

(CESCR, 1991), que dispõe que a obrigação de cooperação recai em qualquer um em condições de cumpri-la.

O Comitê gostaria de sublinhar que, em conformidade com os artigos 55 e 56 da Carta das Nações Unidas, com os princípios bem estabelecidos do direito internacional e com as disposições do próprio Pacto, a cooperação internacional para o desenvolvimento e, portanto, a realização dos direitos econômicos, sociais e culturais é uma obrigação de todos os Estados. Ela está particularmente a cargo daqueles países que estão em posição de ajudar os outros a este respeito (CESCR, 1991, tradução nossa).

Ou seja, prestar cooperação não é algo exclusivo dos Estados desenvolvidos. A experiência tem demonstrado que a cooperação entre países com contextos semelhantes pode ser tão frutífera quanto à cooperação tradicional promovida entre país desenvolvido e país em desenvolvimento.

#### 2.5.4. Abordagem da cooperação prestada

Vários relatórios expressam certa preocupação com a forma da prestação da cooperação. As Ilhas Salomão, em 2001, ressaltam a limitação da cooperação oferecida, que nem sempre atende às necessidades do país, uma vez que os termos e condições são estabelecidos pelos “doadores”.

As Ilhas Salomão participam ativamente na cooperação para o desenvolvimento. Auxílio recebido é gasto em áreas que cobrem os direitos econômicos, sociais e culturais. Os termos e condições da ajuda são sempre estabelecido pelos doadores e, como tal, a oportunidade de desviar a ajuda para outras áreas é muito limitado (E/1990/5/Add.50, para.40, tradução nossa)<sup>103</sup>.

A preocupação com a transparência é refletida no relatório de El Salvador, em 2012 (E/C.12/SLV/3-5, para.22 e 23, tradução nossa):

El Salvador reconhece que o apoio que recebe através de várias formas de cooperação técnica e financeira é fundamental para a execução de programas e projetos nacionais que proporcionam benefícios sociais para a população como um todo, em áreas como saúde, educação, habitação, agricultura e emprego.

<sup>103</sup> Original em inglês: “Solomon Islands actively participates in development cooperation. Aid received is spent on areas covering the economic, social and cultural rights. The terms and conditions of aid are always **laid down by the donors** and as such the **opportunity** to divert aid to other areas is very **limited**” (grifos nossos).

A atual administração atribui prioridade à garantia de **utilização transparente e eficaz** de recursos estatais e os fundos recebidos no âmbito da cooperação internacional<sup>104</sup>.

O relato do Nepal, em 2012, é de que falta “sensibilidade de gênero” e quanto à região geográfica, de que há “fragmentação”, falta de “coordenação” e “duplicação” de atividades.

O fosso entre compromisso de ajuda por parte dos parceiros de desenvolvimento para o Nepal e a realização efetiva de um auxílio é amplo. Em 2008/2009, cerca de três quartos da ajuda atribuída foi desembolsada, enquanto efetivo desembolso de ajuda multilateral ultrapassou compromisso, o déficit de ajuda bilateral foi significativo (tabela-10). Existe, portanto, a imprevisibilidade da ajuda. Auxílios pagos não parecem ser sensíveis em relação a gênero ou região geográfica.

A eficácia da ajuda não tem sido satisfatória. Uma quantidade considerável de Assistência Oficial ao Desenvolvimento (ODA), cerca de um quarto, não vem através dos sistemas financeiros do governo e uma parte substancial cai fora do âmbito dos processos de planejamento e orçamentais do governo, limitando a eficácia das políticas fiscal e monetária, bem como a implementação de programas de desenvolvimento. A cooperação técnica é ainda em grande parte conduzida por fornecedores, e constitui 38 por cento do total da ODA. Grande parte da assistência técnica é fragmentada, com os doadores tendo uma grande variedade de diferentes ideias, modalidades e prioridades, e a ausência de coordenação entre os doadores algumas vezes levando a duplicação de atividades (E/C.12/NPL/3, para.143 -144, tradução nossa),<sup>105</sup>.

Vários países citam em seus relatórios a Declaração de Paris sobre a Efetividade da Ajuda<sup>106</sup> (OCDE, 2005) como um instrumento norteador de ações de cooperação (El Salvador, 2012, E/C.12/SLV/3-5, para.24; Nepal, 2012, E/C.12/NPL/3, para.144). Em especial, o

---

<sup>104</sup> Original em inglês: “El Salvador recognizes that the support it receives through various forms of technical and financial cooperation is key to the execution of national programmes and projects that afford social benefits for the population as a whole in areas such as health, education, housing, agriculture and employment. The current Administration attaches priority to ensuring **transparent and effective use** of State resources and the funds received under international cooperation” (grifos nossos).

<sup>105</sup> Original em inglês: “The gap between aid commitment by development partners for Nepal and actual realization of aid is wide. In 2008/2009, about three fourths of committed aid was disbursed, while actual disbursement of multilateral aid overshot commitment, the deficit for bilateral aid was significant (table-10). There is, thus, unpredictability of aid. Disbursed aid does **not seem to be sensitive** towards gender or geographic region. Aid effectiveness has not been satisfactory. A considerable amount of Official Development Assistance (ODA), about one fourth, does not come through the government financial systems and a substantial part falls outside the purview of the government's planning and budgetary processes, limiting the effectiveness of fiscal and monetary policies as well as the implementation of development programmes. Technical cooperation is still largely supply-led, and constitutes 38 per cent of the total ODA. Much of the technical assistance is fragmented, with donors having a great variety of different ideas, modalities and priorities, and the **absence of coordination** between donors sometimes leading to **duplication** of activities”(grifos nossos).

<sup>106</sup>A Declaração de Paris dispõe de cinco dimensões para uma ajuda mais eficaz: Harmonização, Alinhamento, Apropriação, Prestação de Contas/Responsabilização Mútua e Gestão Voltada a Resultados. Cada dimensão contempla compromissos com metas de concretização até 2010.

governo do Nepal critica a falta de aceitação pelos “doadores” da liderança dos países “recipientes” da cooperação nos seus arranjos e procedimentos.

Há ainda uma demanda expressa nos relatórios por uma abordagem multidimensional da cooperação ou mesmo uma abordagem baseada nos direitos humanos, conforme observamos nos discursos da Espanha (2003), Reino Unido (2008), Suíça (2009), Bélgica (2012), Noruega (2012), Irlanda (2013), Itália (2013) e Grécia (2013), muitas vezes atreladas ao marco dos ODM.

A Espanha, em 2003 (E/C.12/4/Add.11, para.50-51), destaca a mudança de sua abordagem de cooperação, que passa a ter um “foco multidimensional” e considerar um conceito “integral” de desenvolvimento.

Em seu relatório de 2008, o Reino Unido destaca seu “compromisso” com os ODM e como essa “abordagem” promove a “realização” dos direitos humanos.

O Governo está comprometido com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e, portanto, está concentrando seus esforços na promoção do desenvolvimento sustentável e em reduzir a pobreza em todo o mundo. Como parte desta abordagem, o Governo promove a realização dos direitos humanos através do desenvolvimento de políticas, práticas e parcerias que integram direitos humanos e desenvolvimento. Através de programas de desenvolvimento e esforços diplomáticos, o governo continua a incentivar os governos ao redor do mundo a ratificar os tratados de direitos humanos das Nações Unidas, para ajudá-los a cumprir as obrigações que esses tratados colocar em estados, e para colocá-los em prática na legislação e política nacional (E/C.12/GBR/5, para.56, tradução nossa)<sup>107</sup>.

No mesmo sentido, a Itália, em 2013, reitera seu compromisso com os ODM e destaca que esta não é somente uma “obrigação ética de solidariedade” mas também um “investimento estratégico” para o país:

Itália está firmemente comprometida com a realização dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) até 2015, tanto a nível bilateral como a nível multilateral, bem como no quadro da União Europeia, este não só se destaca como uma obrigação ética de solidariedade para com as populações privadas dos seus direitos e necessidades essenciais, mas também como um

---

<sup>107</sup> Original em inglês: “The Government is **committed** to the Millennium Development Goals and is therefore focusing its efforts on the promotion of sustainable development and reducing poverty worldwide. As part of this **approach**, the Government promotes the **realisation of human rights** by developing policy, practice and partnerships that integrate human rights and development. Through development programmes and diplomatic efforts, the Government continues to encourage governments around the world to ratify the UN human rights treaties, to help them abide by the obligations that those treaties place on states, and to put them into practice in national legislation and policy” (grifos nossos).

investimento estratégico para o benefício da própria Itália<sup>108</sup>(E/C.12/ITA/5, para.33, tradução nossa, grifos nossos).

A Bélgica, por sua vez, em 2012, enfatiza que sua cooperação é “moldada” pelos ODM e “diretamente ligada” à promoção dos direitos humanos, conforme pode ser observado no trecho abaixo. O estado belga afirma “encorajar” a “integração” dos componentes de direitos humanos em suas atividades.

A Bélgica está trabalhando internacionalmente para assegurar o respeito e o desenvolvimento dos direitos econômicos, sociais e culturais. Suas atividades de cooperação de desenvolvimento se inserem nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, a realização do que ele vê como estando diretamente relacionadas **com a promoção do respeito pelos direitos humanos em seus países parceiros**. Essa crença levou a cooperação belga a incentivar a integração de uma dimensão dos direitos humanos em todos os componentes das suas atividades de combate à pobreza. Essa **integração** é eficaz tanto para as ações realizadas através das instituições competentes (*backstopping* institucional e orçamental, financiamento de base de instituições multilaterais) e para atividades específicas no terreno (por meio de projetos e programas) (E/C.12/BEL/4, para.28, tradução nossa)<sup>109</sup>.

Para a Bélgica, em 2012 (E/C.12/BEL/4, para.33), o direito de acessar serviços é um princípio “fundacional” e “onipresente” em suas atividades de cooperação.

A Irlanda, por sua vez, em 2013 (E/C.12/IRL/3, para.33), apresenta os direitos econômicos, sociais e culturais como “elementos centrais” da sua cooperação, “abordando tanto a capacidade dos países para atender às suas responsabilidades e a capacidade dos cidadãos para compreender e exigir seus direitos” (tradução nossa).

A Suíça, em 2009, afirma a promoção dos direitos humanos como um dos cinco “objetivos” de sua política externa:

Respeito pelos direitos humanos e a promoção da democracia são um dos cinco objetivos de política externa da Suíça. De acordo com a sua Constituição, Suíça trabalha com empenho para um mundo em que a paz, a liberdade e a reinado igualdade, de promover a prosperidade de todos os povos, para trazer alívio para

<sup>108</sup> Original em inglês: “Italy is firmly committed to the achievement of the Millennium Development Goals (MDGs) by 2015, both at bilateral and at multilateral level as well as in the frame of the European Union, this not only stands as an ethical obligation of solidarity towards those populations deprived of their essential rights and needs but also as a strategic investment for the benefit of Italy itself”.

<sup>109</sup> Original em inglês: “Belgium is working internationally to ensure respect for and the development of economic, social and cultural rights. Its development cooperation activities are **framed by** the Millennium Development Goals, the attainment of which it views as being **directly linked** to the promotion of respect for **human rights** in its partner countries. This belief has prompted Belgian cooperation to **encourage the mainstreaming** of a human rights dimension in all components of its anti-poverty activities. Such mainstreaming is effective both for activities conducted through competent institutions (institutional and budgetary backstopping, core funding of multilateral institutions) and for specific activities on the ground (through projects and programmes)” (grifos nossos).

as pessoas em necessidade, para combater a pobreza e preservar os recursos naturais (Constituição, art. 2º do preâmbulo e art. 54, par. 2) (E/C.12/CHE/2-3, para.42, tradução nossa)<sup>110</sup>.

O governo do Brasil, no relatório publicado em 2001, por sua vez, destaca a cooperação como um “canal” para a implementação dos direitos econômicos, sociais e culturais.

A cooperação internacional é um outro princípio encontrado em Constituição do Brasil. O Governo brasileiro dá especial atenção à cooperação internacional. Nos vários fóruns multilaterais e regionais, tem abraçado a cooperação internacional como um importante canal para a implementação dos direitos econômicos, sociais e culturais através do financiamento de projetos e programas de interesse para os países em desenvolvimento específicos (E/1990/5/Add.53, para.368, tradução nossa)<sup>111</sup>.

A Itália, em 2013, apresenta os direitos humanos como “pilares fundamentais” da sua cooperação para o desenvolvimento e que a legislação sobre cooperação para o desenvolvimento “objetiva” a “realização completa” dos direitos humanos.

Promoção e respeito dos direitos humanos e do progresso econômico e social são os **pilares fundamentais** em que se baseia a ação da Cooperação Italiana. A Lei Italiana de Cooperação para o Desenvolvimento (nº 49/87) tem por objetivo a plena realização dos direitos humanos fundamentais. Ela proclama o respeito dos direitos econômicos, sociais e culturais, em particular o direito ao trabalho, a um padrão de vida adequado, incluindo o direito à alimentação e à moradia, à saúde, à educação e para apreciar e participar livremente na vida cultural (E/C.12/ITA/5, para.31, tradução nossa)<sup>112</sup>.

Em seu relatório de 2013, a Itália (E/C.12/ITA/5), em 2013, ainda destaca o conceito de desenvolvimento que adota, que coincide com o artigo 2.3 da Declaração do Direito ao Desenvolvimento<sup>113</sup>, no sentido de atribuir a “melhoria” do bem-estar da população e de todos

<sup>110</sup> Original em inglês: “Respect for human rights and the promotion of democracy are one of Switzerland’s five foreign policy **objectives**. In accordance with its Constitution, Switzerland works with commitment for a world in which peace, liberty and equality reign, to promote the prosperity of all peoples, to bring relief to people in need, to combat poverty, and to preserve natural resources (Constitution, art. 2 of the Preamble and art. 54, para. 2)” (grifos nossos).

<sup>111</sup> Original em inglês: “International cooperation is another principle found in Brazil’s Constitution. 368. The Brazilian Government gives special attention to international cooperation. At the various multilateral and regional forums, it has espoused international cooperation as an important **channel** for the implementation of economic, social and cultural rights through the financing of specific projects and programmes of interest to developing countries” (grifos nossos).

<sup>112</sup> Original em inglês: “Promotion and respect of human rights and economic and social progress are the **fundamental pillars** on which the action of the Italian Cooperation is based. The Italian Development Cooperation Law (No. 49/87) **aims** at the **full realization** of fundamental human rights. It proclaims the respect of economic, social and cultural rights, in particular the rights to work, to an adequate standard of living, including the rights to food and to housing, to health, to education and to enjoy and freely participate in cultural life” (grifos nossos).

<sup>113</sup> “(...) Recognizing that development is a comprehensive economic, social, cultural and political process, which aims at the constant improvement of the well-being of the entire population and of all individuals on the basis of

indivíduos na base de sua “participação ativa e livre”. Dessa forma, a Itália afirma “garantir” a “participação ativa” e o “empoderamento” dos diversos indivíduos e grupos.

A Itália reconhece que o desenvolvimento é um processo econômico, social, cultural e político abrangente, que visa a melhoria do bem-estar de toda a população e de todos os indivíduos com base em sua participação ativa e livre no desenvolvimento e na distribuição justa de benefícios daí resultante. Todos os programas de cooperação para o desenvolvimento / projetos italianos visam erradicar a pobreza e criando as condições para o progresso econômico e social, garantindo a capacitação e participação ativa das mulheres, indivíduos e grupos desfavorecidos e marginalizados, de emprego e de trabalho adequado, recursos básicos e de distribuição justa do rendimento, o fornecimento de um padrão de vida adequado, incluindo alimentação e habitação, serviços de saúde, educação, participação na vida cultural (2013, E/C.12/ITA/5, para.32, tradução nossa)<sup>114</sup>.

Por sua vez, o Reino Unido, em 2008, ressalta a cooperação como um “compromisso compartilhado” com três objetivos, dentre os quais estão as obrigações de direitos humanos. Interessante ainda observar que o Reino Unido coloca estes três princípios que menciona como condição para a cooperação, afirmando que a “ajuda somente será retirada se houver uma quebra de um desses princípios”. Ou seja, se não houver respeito pelos direitos humanos, por exemplo, a cooperação deverá ser interrompida (2008, E/C.12/GBR/5, Para.58, tradução nossa).

Alguns países citam ainda sua cooperação em HIV/AIDS, como observa-se no relatório da Irlanda, de 2013 (E/C.12/IRL/3, para.383). O discurso da Irlanda é de que esta cooperação tem como “princípio central” o “direito à saúde” e que alia-se a outras agências que aplicam a “abordagem de direitos humanos”.

Por fim, a Noruega, em 2012, é explícita ao afirmar que as convenções de direitos humanos constituem a “base normativa” de sua cooperação para o desenvolvimento.

Convenções internacionais de direitos humanos formam a base normativa para a política de desenvolvimento da Noruega. A Noruega procura promover os direitos humanos através da cooperação para o desenvolvimento. A construção

---

their active, free and meaningful participation in development and in the fair distribution of benefits resulting therefrom (...)

<sup>114</sup> Original em inglês: “Italy recognizes that development is a **comprehensive** economic, social, cultural and political **process** which aims at the **improvement** of the well-being of the whole population and of all individuals on the basis of their **active and free participation** in development and in the fair distribution of benefits resulting there from. All Italian development cooperation programmes/projects aim at eradicating poverty and creating the conditions for achieving economic and social progress, **ensuring the empowerment and active participation** of women, disadvantaged and marginalized individuals and groups, employment and adequate work, basic resources and fair distribution of income, the provision of an adequate standard of living, including food and housing, health services, education, participation in cultural life” (grifos nossos).



da paz, direitos humanos e assistência humanitária constituem uma das cinco prioridades principais da política de desenvolvimento do Governo. As obrigações de direitos humanos também formam a base para o diálogo com os governos dos vários países beneficiários, com vista a reforçar a sua capacidade de proteger e promover os direitos humanos (E/C.12/NOR/5, para.14, tradução nossa)<sup>115</sup>.

As obrigações de direitos humanos constantes dos tratados internacionais, portanto, seriam norteadoras das ações do Estado-Parte, como base normativa, não somente em seu território, mas em qualquer ação do Estado, inclusive de cunho internacional. Como observado nas diversas manifestações dos Estados, a conexão direitos humanos e CID é vista de diferentes formas, ora como base normativa, ora como objetivo da cooperação: promover os direitos humanos.

---

<sup>115</sup> Original em inglês: "International human rights conventions form the **normative basis** for Norway's development policy. Norway seeks to promote human rights through development cooperation. Peace-building, human rights and humanitarian assistance constitute one of the five main priorities of the Government's development policy. Human rights obligations also form the basis for dialogue with the governments of the various recipient countries, with a view to enhancing their ability to protect and promote human rights" (grifos nossos).

### **PARTE III. A ABORDAGEM DE DIREITOS HUMANOS NA COOPERAÇÃO BRASILEIRA EM HIV/AIDS**

O objetivo desta parte é analisar a cooperação brasileira no contexto do HIV, a partir de pesquisa documental e entrevistas com representantes do governo brasileiro e organizações parceiras no Brasil e exterior, quanto à adoção dos princípios fundamentais de direitos humanos aplicados à CID discutidos na parte anterior.

#### **3.1. A cooperação brasileira para o desenvolvimento**

A partir da década de 1950 à década de 1980, o Brasil era essencialmente um receptor de cooperação internacional para o desenvolvimento (CID). A CID foi prestada por meio da ONU e da OEA, sob a coordenação de uma Comissão Nacional de Assistência Técnica, ligada ao Ministério das Relações Exteriores. Dentre outras iniciativas, em 1978 Brasil participou da Conferência das Nações Unidas sobre Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD) que estabeleceu o Plano de Buenos Aires de Ação, que fornece as diretrizes conceituais e práticas para a CTPD. Desde então, a cooperação entre países em desenvolvimento tem sido reforçada por vários organismos e fóruns tais como a Comissão Sul (1987), o Comité de Alto Nível das Nações Unidas sobre CTPD, as conferências de alto nível da ONU sobre Cooperação Sul-Sul, a Plataforma de Desenvolvimento para o Sul e, recentemente, o lançamento do Fundo do Sul para o Desenvolvimento e Assistência humanitária.

Os anos 1990, com uma configuração multipolar,

[...] propiciou a diversificação de parcerias no âmbito da cooperação internacional, favorecendo o surgimento de novos arranjos no Sistema Internacional de Cooperação para o Desenvolvimento, como a chamada Cooperação Sul-Sul e a Cooperação Trilateral, bem como a atuação de novos atores, como Organizações Não-Governamentais, sociedade civil e setor privado. Nesse novo momento, apesar de divergências e contradições acerca do conceito de desenvolvimento, é possível afirmar que o discurso dominante sobre desenvolvimento tornou-se mais abrangente, tendo como prioridade as questões sociais e ambientais juntamente com as econômicas (SANTOS, 2015, p.135).

Em 1987, seguindo as recomendações da ONU para os seus Estados membros<sup>116</sup>, com o apoio do PNUD, o Brasil lançou a sua própria agência de cooperação, a Agência Brasileira de Cooperação (ABC). A ABC tem a atribuição de:

[...] planejar, coordenar, negociar, aprovar, executar, acompanhar e avaliar, em âmbito nacional, programas, projetos e atividades de cooperação para o desenvolvimento em todas as áreas do conhecimento, recebida de outros países e organismos internacionais e aquela prestada pelo Brasil a países em desenvolvimento, incluindo ações correlatas no campo da capacitação para a gestão da cooperação técnica e disseminação de informações.<sup>117</sup>

Desde o final dos anos 1980, portanto, o Brasil deixou de ser somente receptor de cooperação internacional para tornar-se também prestador (ABC, 2012). O país exerce então uma condição dupla – de receptor e emissor de cooperação – sendo que o volume desta última ao contrário da primeira é crescente assim como a primeira é um impulso à segunda (AYLLÓN, 2009, P. 285-286).

Também é importante mencionar que o fim da década de 1980 no Brasil foi marcado pela transição de um regime autoritário para a democracia. Em 1988, como resultado de um processo de democratização, uma nova Constituição, com uma forte base nos direitos humanos, foi escrita. Seu artigo 4 é particularmente relevante para a CID e para os direitos humanos, uma vez que estabelece os princípios que devem reger suas relações internacionais. A prevalência dos direitos humanos é um deles (art. 4, II).<sup>118</sup>

Durante o início da década de 1990, o governo brasileiro começou a ratificar os principais tratados de direitos humanos, incluindo o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC)<sup>119</sup>. As alterações à Constituição brasileira e uma grande remodelação governamental ocorreu durante este período levou tanto ao fortalecimento dos compromissos de direitos humanos feitas pelo governo brasileiro para a comunidade internacional e uma mudança em sua estrutura administrativa. Assim, para coordenar a

---

116 Ver, por exemplo, as resoluções da Assembleia Geral da ONU n. 2688 (XXV) de 11 de dezembro de 1970, 32/197 de 20 de dezembro de 1977, 41/171 de 5 de dezembro de 1986 e 42/196 de 11 de dezembro de 1987.

117 Redação do Decreto n.8.817, de 21 de julho de 2016. Os decretos anteriores continham a mesma redação.

118 Art. 4º A República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais pelos seguintes princípios: I - independência nacional; II - *prevalência dos direitos humanos*; III - autodeterminação dos povos; IV - não-intervenção; V - igualdade entre os Estados; VI - defesa da paz; VII - solução pacífica dos conflitos; VIII - repúdio ao terrorismo e ao racismo; IX - *cooperação entre os povos para o progresso da humanidade*; X - concessão de asilo político. Parágrafo único. A República Federativa do Brasil buscará a integração econômica, política, social e cultural dos povos da América Latina, visando à formação de uma comunidade latino-americana de nações. (grifos nossos)

119 O Brasil assinou o PIDESC em 1976 e ratificou em 1992.

implementação das suas obrigações de direitos humanos, o governo brasileiro criou, em 1995 e 1996, secretarias de direitos humanos, tanto no Ministério das Relações Exteriores como no Ministério da Justiça (ABC, 2015).

Igualmente importante foi a melhoria da capacidade nacional para gerir a CID, quando em 1996, a ABC adicionou às suas responsabilidades as tarefas de negociação, coordenação, acompanhamento e avaliação da CID entre o Brasil e outros países em desenvolvimento. Portanto, durante a década de 1990 a perspectiva brasileira na CID, em particular em matéria de cooperação Sul-Sul, parecia adquirir forma. De acordo com a ABC (2015), a principal estratégia de cooperação Sul-Sul brasileira é fortalecer suas instituições parceiras, permitindo assim que as condições adequadas para a partilha de conhecimentos. A CID é baseada no compartilhamento de boas práticas, de acordo com o interesse de outros países.

Para promover a sua cooperação Sul-Sul, o Brasil fez uso de várias coalizões de países em desenvolvimento nos quais compartilha não só de cooperação técnica, mas também interesses políticos e comerciais. Algumas dessas coalizões são a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), o Mercado Comum do Sul (Mercosul), a União das Nações Sul-Americanas (UNASUL). O Brasil também é um membro do G77, um grupo de países cujas características podem ser consideradas semelhantes ao Brasil e com um interesse comum em uma nova ordem internacional (SARAIVA, 2007, p.53). Neste grupo, o Brasil tem contribuído para o debate sobre a necessidade de uma nova abordagem para o CID e o fortalecimento da cooperação Sul-Sul. Em 2008, a reunião G77 sublinhou que:

A cooperação Sul-Sul não é ajuda. É uma expressão de solidariedade Sul-Sul e para a aprendizagem de duas vias com base em verdadeira parceria para o desenvolvimento mútuo, em vez de tradicionais relações doador-receptor. As instalações são diferentes, as condições são diferentes, as abordagens são diferentes, e as expectativas são diferentes.(G77, 2008, para.4)<sup>120</sup>

Outras iniciativas brasileiras cooperação Sul-Sul envolvem coalizões de países como Índia-Brasil-África do Sul (IBAS)<sup>121</sup>, fundo que apoia projetos inovadores de pequeno porte. Em abril de 2010, a Declaração de Brasília lembrou a cooperação Sul-Sul como "um instrumento essencial para o desenvolvimento", em que os países em desenvolvimento

---

120 Original em inglês: "South-South cooperation is not aid. It is an expression of South-South solidarity and for two-way learning based on true partnership for mutual development, rather than on traditional donor-recipient relations. The premises are different, the conditions are different, the approaches are different, and the expectations are different."

121 O Fórum de Diálogos IBAS foi criado durante a 58ª Assembleia Geral da ONU em setembro de 2003 para promover intercâmbio político, comercial e tecnológico.

compartilham pontos de vista e os desafios comuns e é "com base em suas próprias capacidades"(IBSA, 2010). Além disso, sublinhou que a cooperação Sul-Sul é:

[...] um esforço comum dos povos e países do Sul, uma parceria entre iguais, e deve ser guiada pelos princípios de respeito à soberania nacional, a apropriação nacional e independência, igualdade, não-condicionalidade, não-interferência nos assuntos internos e benefício mútuo (IBSA, 2010)<sup>122</sup>.

Ele também enfatizou que a cooperação Sul-Sul não deve ser percebida como "ajuda" ou um relacionamento entre doadores e receptores (IBSA, 2010). Da mesma forma, ABC acredita que "a partilha de experiências e conhecimentos materializa o sentimento de solidariedade e responsabilidade entre as pessoas de, beneficiando todas as partes envolvidas na cooperação" (ABC, 2015).

O Brasil estabeleceu consistente CID com países do Caribe, do continente Africano, da América Latina e; e os países asiáticos e média do Leste tornaram-se parceiros do CID do Brasil. Por exemplo, em 2008, 236 projetos e atividades são coordenadas pela ABC em parceria com outros 58 países nas áreas de agricultura, bioenergia, educação, meio ambiente, saúde, justiça, prevenção de acidentes de trabalho, esportes, desenvolvimento urbano, turismo em desenvolvimento e transporte (IBSA, 2010). Priorizando projetos estruturantes<sup>123</sup>, em 2011, a CID brasileira envolvida 81 países em desenvolvimento, dos quais 45% eram da América Latina e Caribe e 55% da África, Ásia e Oceania. Além disso, as áreas de cultura, comércio exterior e os direitos humanos foram adicionados às iniciativas (BRASIL, 2011). Além disso, estima-se que a CID brasileira chegou a aportar mais de U\$ 4 bilhões por ano (THE ECONOMIST, 2010).

Embora a contribuição brasileira através CID tenha aumentado significativamente, à época, o Ministro das Relações Exteriores brasileiro, Antonio Patriota afirmou que:

O Brasil não se considera, no entanto, um "doador emergente". O Brasil considera que a cooperação Sul-Sul não deve ser considerada como "ajuda", mas uma parceria. Os projetos de cooperação, portanto, são projetados pelas

<sup>122</sup> Original em inglês: "a common endeavour of peoples and countries of the South, a partnership among equals, and must be guided by the principles of respect for national sovereignty, national ownership and independence, equality, non-conditionality, non-interference in domestic affairs and mutual benefit".

<sup>123</sup> De acordo com o Ministério de Relações Exteriores, a principal característica dos projetos estruturantes é promover a estrutura para capacitação permanente, pesquisa e desenvolvimento, de maneira que o país anfitrião dessa cooperação se torne capaz de responder à demanda de sua própria região. Ver: <http://www.itamaraty.gov.br/temas/cooperacao-tecnica/agricultura>.

autoridades brasileiras em conjunto com as nossas autoridades parceiras (BRAZIL, 2011, tradução nossa).<sup>124</sup>

Essa é uma particularidade da cooperação brasileira que se afasta do conceito de doador tradicional para ressaltar a importância da “troca de experiências e o uso da máquina pública, com seus funcionários e instituições, como instrumento primordial da contribuição do país para o desenvolvimento internacional” (IPEA, 2016, p. 16).

O Brasil também participa de outra forma de cooperação horizontal: a cooperação trilateral<sup>125</sup>. Nesta modalidade de cooperação, o Brasil se envolve em parceria com outro país em desenvolvimento e um país terceiro ou um organismo internacional. Neste tipo de ação conjunta, é sempre uma instituição brasileira que é responsável pela transferência de conhecimento, enquanto a terceira parceria contribui financeiramente para implementar a iniciativa. À semelhança de outros projetos de cooperação Sul-Sul implementadas pelo Brasil, os projetos de cooperação triangular também são "orientados pela procura", e realizar há condicionalidades ou lucros. Japão, Alemanha, Estados Unidos da América, Itália, França, Austrália Espanha, Reino Unido, Israel e Egito têm sido parceiros importantes na cooperação trilateral, como países terceiros, bem como as agências da ONU (ABC, 2015).

Para Bruno Ayllón (2013, p. 39),

O Brasil considera como uma autêntica triangulação a negociação e posterior execução de um projeto ou atividade que se tenha iniciado em uma demanda de um sócio em desenvolvimento e que implique a confluência de contribuições técnicas ou financeiras de instituições brasileiras com as de países desenvolvidos ou organizações multilaterais a favor de um terceiro. Sob esses preceitos, a CTR apresentaria vantagens comparativas: por um lado, a mobilização de mais recursos e insumos técnicos que favoreçam maiores impactos; por outro, a disseminação de conhecimentos já adaptados e comprovados a realidades semelhantes às encontradas em outros países em desenvolvimento.

Embora existam projetos de cooperação implementados em diferentes áreas, Almeida sugere que, "a nível global, o Brasil também está liderando o caminho em forjar relações mais estreitas entre a saúde e política externa" (ALMEIDA, 2010, p.24), em conformidade com os

---

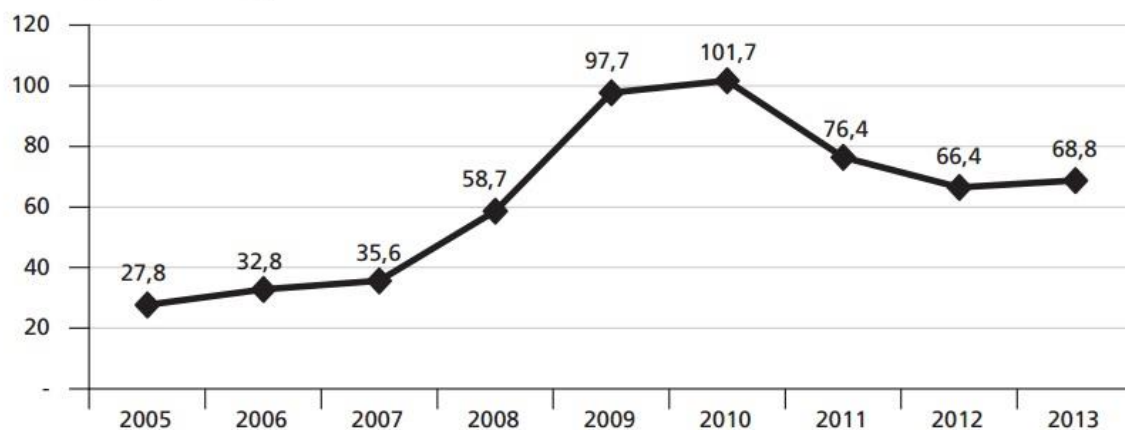
124 Original em inglês: “Brazil does not consider itself, however, an "emerging donor". Brazil considers that the South-South cooperation should not be regarded as “aid”, but a partnership. The projects for cooperation, therefore, are designed by the Brazilian authorities jointly with our partnering authorities.”

<sup>125</sup> A cooperação trilateral é considerada pela ABC como “a execução de ações conjuntas por dois países (ou um país e um organismo internacional) que se unem na atenção às necessidades de um terceiro país, sempre com o objetivo de promover a capacitação profissional, o fortalecimento institucional e o intercâmbio técnico”. Agência Brasileira de Cooperação (ABC).

compromissos definidos pela iniciativa sobre Saúde Global e Política Externa e de sua declaração adotada em Oslo em 2007.

No período de 2011-2013, essa cooperação atuou em 159 países de todos os continentes, mobilizando R\$ 2,8 bilhões (equivalentes a US\$ 1,5 bilhão) (IPEA, 2016)<sup>126</sup>. O gráfico abaixo mostra o volume de recursos destinados à cooperação técnica no período de 2005 à 2013. Observa-se que até 2010, esse volume era crescente, quando deu início à sucessivas quedas a partir de 2010.

**GRÁFICO 2**  
**Dispêndios do governo federal com a cooperação técnica (2005-2013)**  
(Em R\$ milhões)



Fontes: ABC/MRE, Aisa/MS, Anvisa, CAIXA, Ceplac/Mapa, Conab, CPRM, DNPM, Embrapa, Enap, Esaf, Fiocruz/MS, Ibama, Ibram, Inmet, Ipea, Iphan, MCidades, MDS, MME, MPA, MPS, MTE, MTur, SDH/PR e SVS/MS.  
Elaboração: Ipea.

**Figura 20. Dispêndios do governo federal com a cooperação técnica (2005-2013)**

Quando analisamos o valor disponibilizado por órgão do governo federal, notamos que mais de 5% de todo volume é dispendido diretamente do Ministério da Saúde, por meio da Assessoria Internacional (AISA) e da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) (IPEA, 2016, p.27).

<sup>126</sup> O volume de recursos inclui os valores referentes à cooperação técnica, educacional, científica e tecnológica, humanitária, apoio à proteção de refugiados, operações de manutenção de paz e gastos com organismos internacionais. Os dados referentes à cooperação promovida no período de 2014-2016 ainda estão sendo levantados pelo IPEA.

**Dispêndios do governo federal com a cooperação técnica internacional por órgãos federais (2011-2013)**  
(Em R\$)

Órgãos federais	2011	2012	2013	Total	Participação (%)
ABC	59.857.297	45.683.440	45.914.223	151.454.961	71,6
Embrapa	3.474.823	4.761.012	3.408.398	11.644.233	5,5
Aisa/MS	2.544.997	3.862.190	3.132.525	9.539.712	4,5
Anvisa	1.847.279	2.227.076	1.754.220	5.828.575	2,8
MDS	378.651	883.074	3.908.804	5.170.529	2,4
CPRM	1.172.933	1.610.606	1.122.451	3.905.990	1,8
Ipea	924.808	1.166.722	911.448	3.002.978	1,4
SVS/MS	61.755	935.953	1.627.193	2.624.901	1,2

**Figura 21. Dispêndios do governo federal com a cooperação técnica internacional por órgãos federais (2005-2013)**

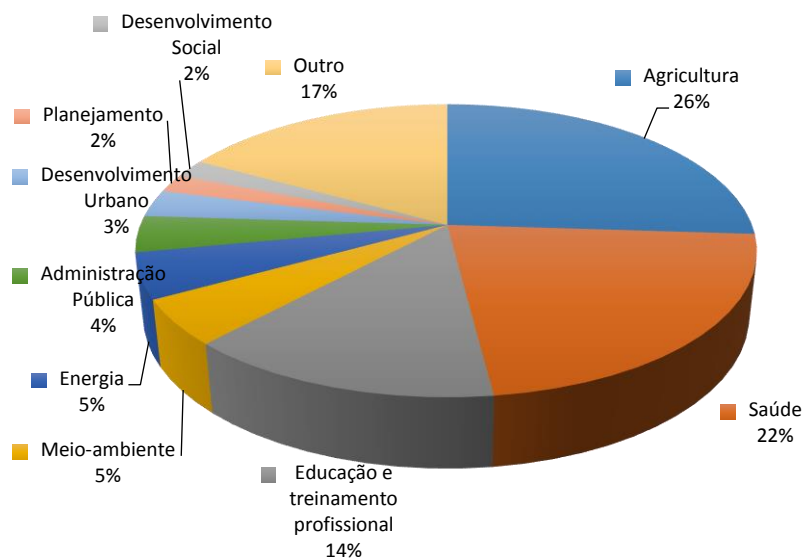
Fontes: ABC/MRE, Aisa/MS, Anvisa, CAIXA, Ceplac/Mapa, Conab, CPRM, DNPM, Embrapa, Enap, Esaf, Fiocruz/MS, Ibama, Ibram, Inmet, Ipea, Iphan, MCidades, MDS, MME, MPA, MPS, MTE, MTur, SDH/PR e SVS/MS. Elaboração: Ipea.

Como reflexo das diretrizes gerais da política externa formuladas pelo Governo Federal, o Brasil tem intensificado relações de cooperação com um crescente número de países nas Américas, na África e na Ásia. Os países africanos são os que recebem o maior volume de recursos da cooperação brasileira, sendo que a região compreende 46% dos recursos disponibilizados (IPEA, 2016, p.28-35).

O isolamento brasileiro do Continente Africano foi rompido ainda nos anos 1970, quando buscou ampliar seus mercados (VIGEVANI e CEPALUNI, 2007). A transferência de tecnologia para os países africanos inicialmente ocorreu na seara de empresas brasileiras atuando no continente, sendo articulada no contexto da cooperação sul-sul, que foi reduzida nos governos Collor e Cardoso, que estavam mais alinhados à Washington. O Governo Lula reconstruiu a política de diplomacia com a África. Como objetivo da política externa o incremento do acesso aos mercados americanos e europeus, ao mesmo tempo diversificando suas relações econômicas para afastar-se da dependência do norte (MOREIRA, 2009).

Enquanto o País tem buscado, internamente, a promoção da inclusão social, no plano internacional afirma a ajuda a países em desenvolvimento, no intuito de contribuir para a redução da pobreza e da fome e, ao mesmo tempo, consolidar-se como um ator protagonista na mutável ordem global (ABC, Cooperação Técnica Brasileira: Agricultura, Segurança Alimentar e Políticas Sociais, 2011).





**Figura 22 - Carteira de projetos de cooperação técnica na África 2003-2010**

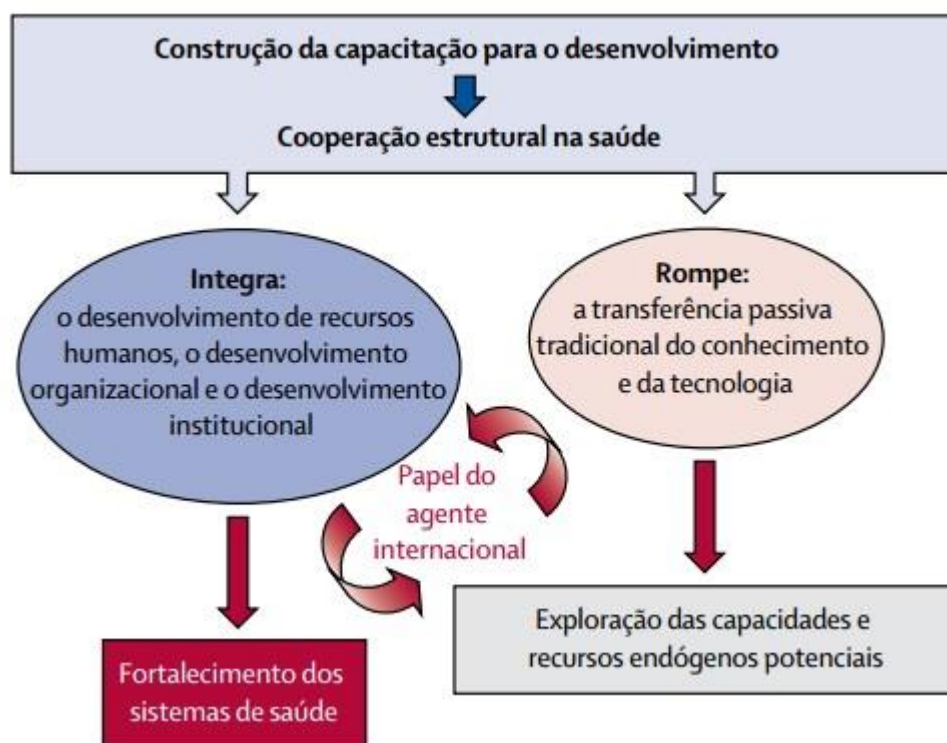
Fonte de Dados: ABC, 2011.

A cooperação internacional brasileira tem adotado este novo paradigma, rechaçando, portanto, a prática de imposição de condicionalidades durante sua formulação, dentre outras características da cooperação tradicional. O governo brasileiro afirma que sua cooperação sul-sul é, portanto, guiada pela:

[...] solidariedade; a construção de parcerias igualitárias e horizontais; a não condicionalidade; o respeito à diferença e à autonomia das organizações; o compartilhamento das responsabilidades; a possibilidade de internalização e manutenção, pelos países beneficiários, das ações iniciadas; a flexibilização e a harmonização dos procedimentos de gestão; a associação de diferentes instituições, de capacidades técnicas e de *expertises* entre os parceiros; e o tratamento não comercial da cooperação prestada” (BRASIL, 2011, P. 1).

Além disso, a cooperação internacional promovida pelo Brasil propõe uma abordagem estruturante, que centra a cooperação no fortalecimento institucional do país parceiro, promovendo o desenvolvimento de capacidades e geração de conhecimento, em um estreito diálogo com os parceiros que trazem uma agenda própria (ALMEIDA, 2010; BUSS, 2011). Essa abordagem levanta a hipótese de que promover a sustentabilidade, gerada pela efetiva transferência de conhecimento para as instituições parceiras, evitaria a tradicional dependência entre países “doadores-recipientes” e, conseqüentemente, teria o potencial de gerar a efetiva

realização do desenvolvimento, a partir do fortalecimento do sistema de saúde, conforme a figura abaixo demonstra.



**Figura 23. Cooperação estruturante em saúde**  
Fonte: BUSS, 2011.

No contexto da prática da cooperação sul-sul, além dos arranjos bilaterais – entre dois países, a utilização da cooperação triangular tem sido recorrente pelo Brasil. Ao envolver um terceiro ator – em geral de países desenvolvidos ou instituições multilaterais - além da contraparte em desenvolvimento, o arranjo triangular potencializa vantagens do ponto de vista político, operativo e financeiro (AYLLÓN, 2009b, p. 291). É o caso, por exemplo, do Programa de Desenvolvimento Agrícola da Savana Tropical (ProSavana), que tem Brasil, Moçambique e Japão como contrapartes de cooperação. É importante ressaltar que a execução de tais arranjos pelo governo brasileiro dependeria da aceitação pelos demais parceiros dos “princípios da cooperação técnica brasileira – ou seja, uma cooperação gerada por demanda, sem condicionais, a partir do uso de recursos locais e sem fins lucrativos” (IPEA, 2013, p. 27).

Sarah-Lea de Sousa (2010) sugere, por um lado, o Brasil pode ser visto como um parceiro “dócil”<sup>127</sup> por defender os valores de democracia e Direitos humanos, e o compromisso de promover os ODM, tradicionalmente utilizados pelos doadores do Norte, em particular os europeus. Por outro, como um parceiro difícil para doadores europeus, por adotar os princípios de não-interferência e ausência de condicionalidades.

A posição expressada pelo Brasil quanto a Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda ao Desenvolvimento (OCDE, 2005) e Agenda de Acra é de crítica, uma vez que a cooperação a qual se aplica é a cooperação norte-sul, caracterizada pela relação desigual entre as partes. Em 2008, a Agenda de Acra incluiu alguns parágrafos<sup>128</sup> sobre a Cooperação sul-sul – até por insistência do Brasil – distinguindo esse tipo de cooperação da tradicionalmente implementada (SOUSA, 2010, p.2). Cabe destacar o que diz a alínea “e” do parágrafo 19 da Agenda de Acra:

A Cooperação Sul-Sul para o desenvolvimento visa observar o princípio da não-interferência nos assuntos internos, igualdade entre os parceiros em desenvolvimento e respeito por sua independência, soberania nacional, diversidade cultural e identidade e contexto local. Ela desempenha um importante papel na cooperação internacional para o desenvolvimento e é um complemento valioso à cooperação Norte-Sul.<sup>129</sup>

Tanto nos fóruns impulsionados pela OCDE, como no âmbito das Nações Unidas (Cúpula de Nairóbi 2009 e Istambul 2011), em grupos de países como o G-8 e o G-20 ou em mecanismos de cooperação regional, como o Sistema Económico Latinoamericano y del Caribe (Sela), a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal) ou a SEGIB, foram ressaltadas as oportunidades que oferecem a CSS e a CTR e incentivou-se a geração de maiores evidências sobre suas contribuições para o desenvolvimento, identificando suas boas práticas, sistematizando os casos de êxito e explorando mecanismos de coordenação e harmonização para garantir sua eficácia (AYLLÓN, 2013, p.16).

As tensões neste contexto ocorrem por uma certa oposição que a cooperação Sul-Sul tende a ressaltar quanto à prática da Cooperação Norte-Sul. Para Paulo Esteves et al (2012, p.17), do BRICS Policy Center, “o engajamento Sul-Sul é apresentado como uma forma de assistência mútua e não uma prática de ajuda. Enfatiza-se, assim, o caráter “horizontal” da CSS, em

<sup>127</sup> A palavra usada em inglês é “amenable”, que também pode significar submisso.

<sup>128</sup> O parágrafo 19, da Agenda de Acra dispõe, em inglês: “a) We encourage all development actors, including those engaged in South-South co-operation, to use the Paris Declaration principles as a point of reference in providing development co-operation. b) We acknowledge the contributions made by all development actors, and in particular the role of middle-income countries as both providers and recipients of aid. We recognise the importance and particularities of South-South co-operation and acknowledge that we can learn from the experience of developing countries. We encourage further development of triangular co-operation.”

<sup>129</sup> Original em inglês: “e) South-South co-operation on development aims to observe the principle of non-interference in internal affairs, equality among developing partners and respect for their independence, national sovereignty, cultural diversity and identity and local content. It plays an important role in international development co-operation and is a valuable complement to North-South co-operation.”

contraste com a ajuda “verticalizada” do CAD onde o doador desenvolvido provê recursos e conhecimento ao receptor pobre”.

O Fórum subsequente, que aconteceu em Busan, em 2011, foi um espaço para as tensões existentes quanto aos novos atores da cooperação. Para Esteves et al (2012, p.17),

[...] enquanto o sistema CAD tem como elemento constitutivo a partição doador x receptor que sustenta a própria lógica da ajuda, a CSS afirma a simetria entre parceiros do desenvolvimento e defende a lógica da assistência mútua. Além disso, o princípio da não interferência que orienta a CSS desafia o princípio da apropriação local que informa a prática da ajuda no interior do sistema CAD OCDE.

Este fórum avançou na discussão sobre a Cooperação Sul-Sul, dispondo sobre a necessidade de maior apoio a esse tipo de cooperação. A Declaração de Busan (OCDE, 2011), por fim, afirma que,

A natureza, as modalidades e as responsabilidades que se aplicam à cooperação sul-sul, diferem daquelas que se aplicam à cooperação norte-sul. Ao mesmo tempo, reconhecemos que todos fazemos parte de uma mesma agenda para o desenvolvimento na qual participamos com base em objetivos comuns e princípios compartilhados. Assim, encorajamos maiores esforços para apoiar uma cooperação mais eficaz baseada nas especificidades de cada país. Os princípios, compromissos e ações acordados no documento de Busan serão referências para os parceiros da cooperação sul-sul numa base voluntária.

Dessa forma, os países em desenvolvimento, principalmente os BRICS, do qual o Brasil faz parte, conseguiram marcar de forma substantiva sua posição quanto a Cooperação Sul-Sul na discussão global sobre a cooperação para o desenvolvimento.

Bruno Ayllón (2013) observa que:

Países como o Brasil multiplicaram sua capacidade de influência nos assuntos mundiais, convertendo-se em atores globais que contribuem, por meio do diálogo multilateral de políticas, do financiamento e da execução de programas e projetos, para o desenvolvimento de outros países e para as atividades de organismos internacionais. Os avanços econômicos e sociais dos emergentes e de outros PRMs geram oportunidades para a ampliação de volumes e modalidades da CID, pois transcendem o mero oferecimento da assistência técnica ao complementá-la com outras dimensões das relações Sul-Sul, como o comércio, os investimentos e os intercâmbios tecnológicos.

Dessa forma, a cooperação entre países em desenvolvimento é uma oportunidade para intercâmbios visando o desenvolvimento mas também para influência e ganhos comerciais.

Alice Vieira Santos (2015) faz uma análise dos pronunciamentos do governo brasileiro quanto à cooperação internacional no período de 2003 a 2010. Ela conclui que os pronunciamentos brasileiros “(re)constroem o significado de CID propondo uma ruptura com o sentido assistencialista do padrão hegemônico da Cooperação Norte-Sul, defendendo o estabelecimento de relações horizontais entre os países em uma perspectiva de cooperação e parceria”. Ela questiona se com a mudança de governo, a partir de 2011, o discurso se manteria (SANTOS, 2015, p.137).

Em julho de 2013, os anúncios eram de uma transformação estrutural na cooperação brasileira. A perspectiva seria a de aliar a cooperação sul-sul com a viabilização de investimentos, o que colocaria em cheque o discurso até então adotado (FLECK, 2013). Apesar do governo de Dilma Rousseff ter mantido o discurso no seu primeiro mandato, a crise político-institucional que veio a interromper seu mandato gerou também dificuldades para a sua operacionalização.

É somente em 2014 que a ABC adota um Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul (2014b). Nele, a ABC afirma a cooperação técnica centrada no desenvolvimento de capacidades que, por sua vez, possui quatro dimensões: individual, organizacional, interinstitucional, social ou contextual, conforme disposto a seguir.

**Dimensão individual:** As capacidades neste nível estão relacionadas aos indivíduos enquanto atores sociais, aos conhecimentos e habilidades formais e informais que as pessoas possuem para atuar coletivamente. O desenvolvimento de capacidades individuais está estreitamente conectado ao desenvolvimento de recursos humanos, ou seja, à capacitação para o cumprimento de tarefas e alcance de objetivos compartilhados no âmbito das organizações, instituições e sociedades das quais os indivíduos fazem parte.

**Dimensão organizacional:** O desenvolvimento de capacidades nesta dimensão é voltado ao aperfeiçoamento da estrutura organizacional, dos recursos humanos e técnicos, dos processos produtivos e gerenciais dos quais uma organização dispõe e faz uso para ofertar produtos e serviços ao público por ela atendido. Neste âmbito, o desenvolvimento de capacidades compreende tanto os processos organizacionais, quanto os resultados desses processos que a organização deve ou espera obter (bens e serviços oferecidos ao seu público). Exemplos de ações neste sentido incluem a redefinição de atribuições organizacionais, ajustes na distribuição de funções e responsabilidades aos colaboradores, aperfeiçoamento de práticas, da coordenação e da comunicação internas. Esta dimensão envolve ainda a capacidade das organizações de estabelecer e manter relações com parceiros externos nas diferentes setores da sociedade (governo, empresas, comunidade). O termo ‘organização’ se refere também aos grupos e entidades informais que trabalham no âmbito comunitário.

**Dimensão interinstitucional:** Esta dimensão abarca os arranjos interinstitucionais formados por organizações ou grupos de indivíduos que

interagem com o propósito de atingir objetivos compartilhados ou de cumprir uma tarefa comum, como os sistemas de saúde e de segurança pública (nos quais entidades estatais, da sociedade civil e do setor privado devem atuar conjuntamente para implementar uma política pública). O desenvolvimento de capacidades interinstitucionais pode ter por objeto um setor, um subsetor ou políticas e programas públicos intersetoriais e, outrossim, ter por foco a qualidade dos serviços ofertados pelos arranjos institucionais à população ou o aprimoramento da coordenação e da comunicação entre as entidades que compõem tais arranjos.

Dimensão social ou contextual: Esta dimensão equivale ao conjunto de fatores contextuais – políticos, sociais, econômicos, legais, materiais e financeiros – que moldam a ação individual e coletiva de uma sociedade. Esta dimensão abrange as potencialidades humanas, científicas, tecnológicas, organizacionais, institucionais, econômicas e ambientais das quais dispõe um país. O ‘pano de fundo institucional’ (regras formais e informais da sociedade como a legislação, a estrutura administrativa, os valores e costumes), as relações de poder, o capital humano, as estratégias e prioridades de desenvolvimento, a distribuição de renda, o crescimento econômico e a dívida externa são exemplos de fatores que influenciam as capacidades nesta esfera. Mudanças nas capacidades nesta dimensão constituem processos de longo prazo difíceis de gerir e coordenar (ABC, 2014b, p.12).

Para uma representante do governo brasileiro responsável pela cooperação, a presença das dimensões, ainda que não todas, é crucial para conduzir a cooperação à promoção do desenvolvimento.

A gente quando elabora uma proposta de cooperação, a gente na verdade tem que ter a dimensão que ela vai atuar. Tem que ter a dimensão que é a dimensão individual, a dimensão institucional e o contexto interinstitucional e o social. Os projetos de curta-duração eles na verdade não saem do aspecto da dimensão institucional que pra gente significa fortalecimento das instituições daquele governo. É difícil pra gente mensurar o impacto? É, porque a gente acabou ficando no impacto do processo, se ele foi bem ou não bem conduzido. Mas a gente entende que é um apoio, o impacto é relevante pro fortalecimento da instituição, então nesse sentido há um impacto, sim, pra o desenvolvimento. Você tem instituições mais fortalecidas, você tem condições de alçar novos, novas metas. Agora há os projetos também que você já pensa no impacto na sociedade como é o caso dos centros de formação profissional, como é o caso do laboratório de diagnóstico de tuberculose em São Tomé e Príncipe, na área de saúde, né?, como é o caso desse mesmo projeto que é pequeno, mas que eu acho que vai dar bastante frutos que é o do combate a Aids (Entrevista).

Ainda que o Manual não seja explícito quanto ao enfoque de direitos humanos da cooperação técnica Sul-Sul brasileira, as quatro dimensões possibilitam uma abordagem holística da cooperação, uma vez que considera o indivíduo, sua comunidade, os fatores políticos, sociais, econômicos, legais, materiais e financeiros, bem como as instituições que devem ofertar-lhe serviços e garantir-lhe direitos. Analisando estas dimensões sob o enfoque

de direitos humanos, é dizer que: 1) as dimensões individual e organizacional se relacionam com o fortalecimento da capacidade dos detentores de direitos, de maneira a serem capazes de demandar e exercer plenamente seus direitos; 2) a dimensão interinstitucional se relaciona com o fortalecimento das capacidades dos detentores de obrigações para que cumpram com seus compromissos; 3) a dimensão social ou contextual contempla todo o arcabouço de garantia dos direitos humanos da população beneficiária da cooperação.

Um outro indício de uma possível abordagem de direitos humanos da CID brasileira é a adoção de indicadores transversais relacionados a direitos humanos. São eles a horizontalidade, gênero e participação, que serão analisados na seção 3.3.3.

### **3.2. A cooperação brasileira em HIV/AIDS**

O Brasil começou a prestar cooperação internacional em HIV/AIDS a partir de 1995, com a criação do Grupo de Cooperação Técnico-horizonta. Em 2002, a partir do Programa de Cooperação Internacional em HIV (PCI), o Brasil iniciou doações de medicamentos antirretrovirais, com a oferta de drogas produzidas no país, enviados aos países com o apoio de agências das Nações Unidas, como o UNICEF, aliada a treinamentos nas áreas de logística e manejo clínico (BRAZIL, 2008, p.91).

O PCI promoveu a doação de tratamento antirretroviral para os países parceiros, usando esquemas de primeira linha que envolvem medicamentos produzidos no Brasil. A iniciativa também incluiu a formação de profissionais de países parceiros em manejo clínico, logística de medicamentos e cuidados de saúde para as pessoas que vivem com HIV / AIDS (BRAZIL, 2008, p.91). Depois de reformulações submetidas, em 2004, o PCI promoveu seus objetivos e, com o apoio inicial de UNICEF, formou a Rede “Laços Sul-Sul”(BRAZIL, 2008, p.91). As atividades visam reduzir a transmissão do HIV de mãe para filho e prevenção da Aids entre as mulheres, crianças e adolescentes. A Rede Laços Sul-Sul é formada por Bolívia, Brasil, Cabo Verde, Guiné Bissau, Paraguai, Nicarágua, São Tomé e Príncipe e Timor Leste, conforme mapa abaixo.



**Figura 24.** Mapa dos países integrantes da Rede Laços Sul-Sul

Por meio da Rede "Laços Sul-Sul", em 2010, o Brasil também tornou disponíveis sete tipos de antirretrovirais apresentados em 11 fórmulas diferentes para tratar 3,5 mil pacientes em países africanos (BRASIL, 2010b, p.67). As iniciativas de cooperação Sul-Sul também incluem pesquisa e desenvolvimento de produtos estratégicos e iniciativas vacina contra o HIV (BRAZIL, 2008, p.32). Entre 2005 e 2006, quase 100% da cobertura do tratamento com antirretrovirais em Guiné Bissau foi garantida pela Rede Laços Sul-Sul (UNICEF, 2016, p.30). Em São Tomé e Príncipe, a Rede Laços Sul-Sul foi responsável por introduzir o tratamento antirretroviral no país em 2005 e em 2014 era responsável por 48,2% da medicação (UNICEF, 2016, p.37). Para Mark Connolly, representante do UNICEF na Jamaica e regional de HIV/AIDS do UNICEF para a América Latina e o Caribe:

O espírito da Rede Laços Sul-Sul foi a genuína cooperação sul-sul. As pessoas estavam morrendo nos países da Rede. O UNICEF intensificou seu papel de facilitador na cooperação com a finalidade de salvar vidas e promover os princípios dos direitos humanos. A expansão dos esforços farmacêuticos referentes aos antirretrovirais genéricos para salvar vidas e a promoção genuína da juventude nas respostas nacionais contra a aids foram os grandes passos seguintes na iniciativa (UNICEF, 2016, p.19).

Em 2004, a Rede de Cooperação Técnica, também foi criada a fim de transferir tecnologia relacionada com a produção de medicamentos e materiais de laboratório. A rede é composta dos seguintes países: Argentina, Brasil, China, Cuba, Nigéria, Rússia, Tailândia e

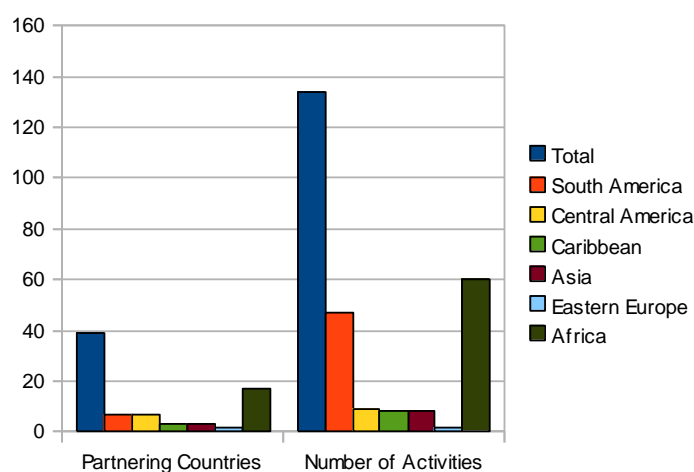


Ucrânia (BRAZIL, 2008, p. 91). Em 2008, a iniciativa recebeu o Prêmio das Nações Unidas por ocasião da Exposição Mundial Sul-Sul (BRAZIL, 2010, p. 49).

A experiência e “excelentes resultados”<sup>130</sup> da resposta brasileira também motivou a criação, em 2005, do Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/AIDS - CICT, iniciativa conjunta do governo brasileiro, a partir do Ministério da Saúde, com o Programa das Nações Unidas para HIV/AIDS – UNAIDS (BRASIL, 2005). A partir desse momento, o CICT tornou-se a instituição responsável pela execução da cooperação brasileira em aids, com atividades em mais de vinte países da América Latina e África.

O Centro tornou-se a instituição responsável pela mobilização de recursos técnicos e financeiros fornecidos pelo governo brasileiro, organismos internacionais e agências bilaterais de apoio a atividades em mais de 20 países na América do Sul e Central, Caribe, África e Ásia. Uma vez que está incluído na política externa brasileira, a cooperação técnica em HIV / AIDS reflete as orientações técnicas e políticas fornecidas pelo Ministério das Relações Exteriores. Portanto, este tipo de cooperação é baseada em uma estrutura normativa e conceitual que qualifica a cooperação implementada. É também de acordo com o princípio dos "Três Uns" criado por UNAIDS, que considera uma autoridade de coordenação um arcabouço e um monitoramento e avaliação acordados no âmbito de país (UNAIDS, 2004).

Entre 2005 e 2010, o CICT promoveu a cooperação com 39 países em desenvolvimento e implementou 134 atividades (ICTC, 2010), conforme abaixo:



**Figura 25: Atividades 2005-2010 (ICTC, 2010)**

<sup>130</sup> Expressão utilizada no preâmbulo do Memorando de entendimento entre o Brasil e o UNAIDS sobre a cooperação técnica, firmado em 2005.

Tendo em vista o princípio da horizontalidade, as demandas de cooperação em HIV/Aids são estabelecidas pelos países parceiros e não pelo Brasil. Isto é dizer que um pedido de cooperação deve ser formulado pelo país interessado à representação diplomática brasileira no país ou mesmo em organismos internacionais. No caso da cooperação brasileira Sul-Sul promovida em uma base oficial, é essencial reconhecer quais os desejos e compromissos demonstrados pelos países parceiros.

Por exemplo, um representante do governo brasileiro descreve que uma cooperação é estabelecida a partir da solicitação de um outro país através da embaixada brasileira, que envia o pedido para o Ministério da Saúde. As necessidades do outro país são identificadas durante uma “missão de avaliação de necessidades” e, depois de um acordo sobre os objetivos e atividades, o projeto é assinado e implementado, de acordo com a disponibilidade de ambas as partes (Entrevista Fabiana).

O texto comum a todos os projetos de cooperação bilateral também começa sua justificativa, enfatizando que “[o] presente projeto faz parte dos esforços do Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST e Aids, a criação de um sistema de cooperação técnica horizontal operação com os países parceiros”. Além disso, sublinha que:

As atividades de cooperação internacional desenvolvidas sob a égide do Programa Brasileiro de DST/Aids se baseiam no princípio de que o compartilhamento de experiências de forma horizontal entre países em desenvolvimento desempenha um papel importante na melhoria da eficácia das respostas à epidemia da aids<sup>131</sup>.

Almeida (2010, p. 29), ao discutir a cooperação brasileira Sul-Sul no domínio da saúde sugere que a abordagem horizontal fornecido pela cooperação Sul-Sul permite que o processo de aprendizagem conjunta e partilha de responsabilidades. Além disso, ela enfatiza que essa é uma postura política e estratégica, uma vez que os projetos de cooperação envolvem uma grande gama de atores.

Embora a apropriação tenha sido identificada como um importante determinante da eficácia da ajuda (SANTISO, 2001, p. 9), para promover a participação que é capaz de levar a um sentimento de pertencimento não é uma tarefa fácil. De acordo com um representante do governo brasileiro, uma questão crítica surge neste momento:

---

131 Ajuste complementar entre Brasil e Cabo Verde.

Normalmente, o país com o qual estamos cooperando não distingue ou prioriza uma área para a cooperação. Eu não sei se é devido à falta de tempo para entender a realidade brasileira e identificar o que seria um interesse comum ou a 'dificuldade' para entender este novo tipo de cooperação que não "oferta" algo, mas que "constrói junto" (Entrevista Ana).

Embora seja verdade que, em relação a cooperação internacional em saúde, a participação efetiva deva ser promovida nos diferentes níveis de tomada de decisão, para quebrar um ciclo de atividade-passividade representada pela relação doador-receptor, parece exigir mais que boas intenções.

A partir das entrevistas realizadas, foi possível perceber que essa demanda de países africanos, no entanto, foi muitas vezes sugerida, de forma a contribuir para melhorar os vínculos da representação brasileira no exterior com o país anfitrião.

Tendo os princípios, a cooperação sempre tinha que vir sob demanda. Às vezes essa demanda era qualificada tecnicamente, realmente o país precisava e vinha uma demanda de real interesse e necessidade. Outras vezes, pelo fato dessas embaixadas terem sido abertas, elas precisavam também mostrar trabalho, e aí você tem demandas que são políticas [...] E não tem nada de errado nisso. Eu acho que o desafio da cooperação técnica era transformar demandas em **demandas técnicas**, é você ir lá e qualificar essa **demanda política** em algo que realmente tecnicamente fosse ser relevante (Entrevista, grifos nossos).

Quando por exemplo você tem um embaixador que tá lá em no Congo que ninguém olha pra ele lá, o Itamaraty [...]. Talvez o departamento de África leia o telegrama que chega de [REDACTED]. Mas assim vai dizer o que de [REDACTED], Ah! hoje teve um grande acontecimento em Brazaville, né?! A cooperação técnica, eu acho que ela, tô falando de *outsider*, mas ela vira uma moeda ali de informação e de troca entre os pares ali do Itamaraty (Entrevista Ana).

A fala faz um contraste entre demandas técnicas e demandas políticas. Da mesma forma, outra entrevistada faz referência à chegada das demandas e, em especial à contribuição do Presidente Lula para a efetivação das iniciativas:

[...] aí ele vinha de cima pra baixo. A gente fazia, mas ficava uma coisa meio protocolar. Eu não tiro a importância política pra cooperação, a cooperação não é uma questão só técnica, ela é uma questão muito política, e ela tem que ter sua importância também, mas eu vejo essa necessidade de fundir as duas coisas porque senão, sabe se você faz uma coisa simplesmente pra cumprir, uma coisa assim, quer dizer, o ideal é quando vem esse interesse político e você tem a capacidade de fazer uma avaliação técnica pra construir um melhor projeto possível. Aí sim tem importância pra questão, dá pra falar de direitos humanos, de respeito à vida, de todos aqueles princípios que são defendidos no âmbito da cooperação.

A cooperação brasileira com outros países é formalizada a partir de um Acordo Básico de Cooperação Técnica<sup>132</sup>, que estabelece os marcos gerais da cooperação, incluindo temas e áreas de interesse comum. Eles são complementados por Ajustes Complementares ou Programas Executivos bem como projetos específicos que derivam deles.

Em consulta à base de dados de atos internacionais do governo federal<sup>133</sup>, observa-se que os primeiros acordos bilaterais em HIV/AIDS datam de 1999, referentes a Equador e El Salvador. É a partir do ano de 2000 que o Brasil inicia oficialmente cooperação em HIV/Aids com países africanos, inicialmente com São Tomé e Príncipe.

Foi principalmente por causa de como a epidemia se concentrava nesses países e a partir mesmo da questão humanitária. O Brasil tinha determinadas tecnologias e possibilidades então esse intercâmbio vai ser centrado principalmente nos países de língua portuguesa. Essa facilidade, acho que dentro do governo Lula, o foco bastante grande nessa perspectiva de aproximação dos países Lusófonos pra poder ganhar proximidade (Entrevista).

No total, são 28 instrumentos referentes à cooperação com 17 países. Apesar desta pesquisa compreender o período de 2000 a 2015, os últimos acordos complementares firmados pelo Brasil em HIV datam de 2010, sendo eles de cooperação com Barbados, Guiné Bissau, Suriname e Zâmbia. O ritmo da cooperação em HIV/Aids diminuiu bastante nos últimos anos e foi expressado com pesar por várias pessoas entrevistadas.

[...] acho uma pena realmente que tenha sido perdida essa ou, pelo menos, esfriado essa percepção. A cooperação hoje em dia ela não tá colocada como uma prioridade, acho que nem pelo Ministério das Relações Exteriores, nem pelo Ministério da Saúde, eu acho que ela talvez por um reflexo desse, dessa falta de entendimento da presidente sobre as questões internacionais, eu acho que teve um esfriamento geral que acho que é muito ruim pro Brasil e pros países (Entrevista Túlio).

---

<sup>132</sup> De acordo com a ABC (2014b, p.15), O ‘Acordo Básico de Cooperação Técnica’ (às vezes denominado ‘Acordo de Cooperação para o Desenvolvimento’, ou Acordo-Quadro), é um ato internacional, ratificado pelo Congresso Nacional, que formaliza as relações de cooperação técnica entre o Governo brasileiro e o Governo parceiro. O referido ato internacional pode ser firmado, ainda, entre o Brasil e uma organização internacional, a exemplo dos acordos operacionais para a execução de programas de cooperação técnica Sul-Sul trilateral com organismos das Nações Unidas.

<sup>133</sup> <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/>

De acordo com um representante do governo brasileiro<sup>134</sup>, a cooperação brasileira em HIV prestada aos países em desenvolvimento atua de modo a cumprir as necessidades do país parceiro, buscando a maximização dos benefícios para ambas as partes ("benefícios mútuos" e reciprocidade), bem como o fortalecimento dos processos de integração. Geralmente, as iniciativas envolvem países com necessidades semelhantes para permitir a troca de experiências, priorizando CID através de mecanismos de integração. Além disso, que tal troca seja horizontal. Desta forma, a horizontalidade é:

[...] entendida como um processo no qual as relações entre os países é baseada no respeito mútuo e as ações são definidas por um acordo conjunto com todos os estágios sendo discutidos e definidos por consenso entre as partes cooperantes como uma forma de salvaguardar a autonomia dos países e a sustentabilidade dos processos envolvidos (BRASIL, 2010, p.49).

Essa característica da cooperação brasileira em HIV/AIDS é expressamente indicada nos acordos estabelecidos entre o Brasil e outros países:

As Atividades de cooperação internacional desenvolvidas sob a égide do Programa Brasileiro de DST/Aids são baseadas no princípio de que a troca e experiências de forma horizontal entre países em desenvolvimento desempenha o importante papel de melhorar a efetividade das resposta à epidemia de aids<sup>135</sup>.

Da mesma forma, o contato direto com profissionais da gestão da cooperação brasileira trouxe reiteradamente este princípio como um dos diferenciais da cooperação promovida pelo país. Questionada sobre eventual choque de cultura *versus* o princípio da não intervenção nos assuntos internos, a entrevistada aponta a horizontalidade como solução.

[...] eu acho que esse tipo de diferença não impacta nos resultados da cooperação justamente pela horizontalidade. Pelo fato de já ser uma coisa que vem da demanda, o projeto é desenhado conjuntamente, então esse tipo de questão de diferença cultural ela já minimizada quando a gente tem no início do projeto baseado nesse princípios da cooperação sul-sul. Então eu não conheço nenhuma situação em que diferenças culturais, por exemplo, tenham inviabilizado o projeto. Se houver algum caso ou foi detectado na etapa de diagnóstico etc que precisaria adaptar alguma pra que desse certo ou foi identificada que talvez não é o caso de utilizar a cooperação, não sei pode ter tido algum caso assim, talvez pode ter havido também, né?!, Em geral, como a cooperação é muito horizontal, eu não vejo problema que atrapalhe o projeto. É necessário sempre que todo mundo que tá envolvido na cooperação tenha

---

134 Entrevista Luís.

135 Extrato da justificativa do Projeto de cooperação entre o Brasil e Botsuana que descreve a resposta brasileira ao HIV.

essa postura horizontal o tempo todo pra evitar. Em geral já é parte também da postura brasileira de ser colaborativa, de não ser impositiva etc e isso ajuda. E eu percebo muitas vezes quando eu converso com os países parceiros e eu pergunto, por exemplo, sobre vantagens da cooperação isso muitas vezes é mencionado de achar, de sim, do sentimento de que o brasileiro trata de igual pra igual e de que o brasileiro que ouvir e não quer impor, isso é muito comum quando a gente pergunta aos parceiros sobre diferenças da cooperação (Entrevista Luís).

[...] a ideia da cooperação horizontal é um postura com relação aos parceiros, é de você não considerar o outro com inferior, por mais que você tenha desenvolvido algumas tecnologias ou algumas experiências melhor que o outro. [...] você não se coloca por cima desse outro país. [...] aí tem aquele lema que o GCTH tinha: que ninguém é tão pobre que não tenha algo pra oferecer e nem tão rico que não possa aprender com os outros. Então é uma postura que é muito difícil de você ver na cooperação. Geralmente a cooperação ela vem de uma forma muito vertical, de uma forma muito impositiva e com muitos condicionantes e ao mesmo tempo impondo determinadas, assim, direcionando muito a resposta para aqueles entendimentos que você tem num país que tá pensando a cooperação (Entrevista Túlio).

O discurso é de naturalização da cooperação brasileira como horizontal por parte de quem a implementa. O contato com as informantes do exterior, entretanto, não resultou em uma negação deste fato. Por outro lado também não foi reforçado pelas informantes, que destacaram a abordagem de direitos humanos da cooperação brasileira, especialmente o trabalho com populações consideradas mais vulneráveis, como um importante diferencial que atraía a curiosidade dos países.

Algumas falas, no entanto, provocam uma reflexão crítica sobre a teoria e a prática da cooperação.

[...] o princípio é esse, agora, isso **não é salvo conduto** pra ninguém. [...] eu estou fazendo cooperação horizontal só porque eu sou do sul, também tem isso né, eu sou do sul, então eu faço horizontal. Não é, não é uma vacina que você toma e já tá, né?! [...] mas eu acho que tenta assim, acho que nem sempre é isso, é, isso faz muito parte também de quem faz cooperação internacional, **quem são** esses indivíduos que tem promovido a cooperação, né?!, [...] Será que na cooperação com o Paraguai eles nos veem de forma tão horizontal assim? Eles acham que eles são tratados de forma horizontal? Eu tenho minhas dúvidas (Entrevista Ana, grifos nossos).

**Em tese** a gente não impunha, mas é que difícil você definir essa sutileza entre você apresentar e você não está impondo. **Dependia** muito do técnico que apresentava, do diálogo, dessa conversa, aí não dá pra gente medir claramente. Agora, sempre o nosso **discurso** foi de cooperação horizontal de você levar, apresentar e discutir com o país o momento em que ele estava (Entrevista Luísa, grifos nossos).

A partir das três falas acima, o princípio da horizontalidade é entendido como algo que é exercido “em tese” ou no “discurso”. Ele não necessariamente representa a prática. O princípio da horizontalidade não deve ser entendido como sinônimo da cooperação promovida pelos países do eixo sul do hemisfério ou por países em desenvolvimento. Corrobora o fato que são inúmeras as críticas contra a cooperação chinesa, por exemplo, que é acusada de explorar os países africanos em detrimento do benefício mútuo (FOCAC, 2015). Para Milani e Carvalho (2013, p.29),

O governo chinês, por sua vez, não deixa de explicitar a sua estratégia “ganha-ganha”, ou seja, reconhece nas negociações com a elite dirigente africana que a China também ganha com os projetos de cooperação, distinguindo-se, assim, da lógica da “ajuda internacional” que se apresenta, nos discursos das potências ocidentais e agências de Breton Woods, como se fosse sempre economicamente desinteressada.

No âmbito do princípio do benefício mútuo, questionamos qual teria sido o ganho do Brasil nessa cooperação em HIV/Aids com os países africanos.

[...] acho que o Brasil também aprendeu muito. Em algumas dessas cooperações, eu acho que, às vezes meio desconexas e tal, você tem uma série de coisas que esses países também estavam fazendo que também que puderam servir pro Brasil, como a própria questão da ampliação da testagem. Acho que hoje tem algumas coisas que estão acontecendo que elas servem dessa parceria, dessas cooperações. No Brasil a gente tinha muita resistência, a coisa toda de fazer uma testagem, a coisa do pré e do pós teste, essa coisa do aconselhamento sempre foi muito marcado com a questão dos princípios de direitos humanos, têm que ter o cuidado. Nesses países quase sempre isso não tinha essa conotação até pela emergência, pela quantidade de pessoas e a gente pode aprender um pouco com isso e não é tão necessário essa coisa, tão longa de tanto aconselhamento de tanta discussão pra você poder levar as pessoas a conhecerem seu estado sorológico (Entrevista Benício).

No período de 2000 a 2015, o Brasil promoveu projetos de cooperação com 9 países africanos (Mapa abaixo). O Brasil promoveu iniciativas com outros países sem, contudo, formalizar um termo de cooperação específico em HIV/Aids. É o caso, por exemplo, do Burundi, para o qual, “a interlocução entre Brasil e Burundi em HIV e Aids teve início por ocasião da conformação do grupo IBAS e a partir da possibilidade de financiamento de atividades de cooperação a outros países por meio deste fundo (IBAS - gerenciado pelo PNUD)”.<sup>136</sup> Após não prosperar a tentativa de missão de prospecção ao país em 2007, a demanda do governo do Burundi de cooperação com o Brasil chegou em 2009, pela divisão de cooperação sul-sul do PNUD. Duas atividades foram realizadas pelo CICT em parceria com o UNFPA. Também foram realizadas

<sup>136</sup> Nota informativa Atividades em HIV e AIDS BRASIL – BURUNDI. Em arquivo com a autora.





A saúde foi um dos destaques na política externa brasileira durante o governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (Lula) (2003–10), não só por causa da competência técnica gerada pela originalidade do seu sistema de saúde universal, integral e gratuito, mas também devido às orientações gerais da política externa brasileira e da política do Presidente, direcionada para o fortalecimento da cooperação Sul-Sul e priorização da América do Sul e da África.

A política de priorização da cooperação com países africanos é destacada nas entrevistas com profissionais do governo brasileiro:

[...] Lula visitava um país e montava, aí mandava aquela coisa parcial, Lula mandou fazer uma cooperação [...] (Entrevista Túlio).

Observa-se o número de projetos e atividades em HIV/Aids implementadas também têm uma crescente até 2010, quando passa a ser reduzida progressivamente.

[...] e eu acho que com a mudança de governo que teve, ainda que seja do mesmo partido, mas a mudança do governo Lula pro governo Dilma essa orientação foi completamente mudada [...]. Quando o Lula abre trinta e tantas embaixadas, quase quarenta embaixadas na África, o que a gente tinha de demanda pra cooperação e Aids era uma das mais demandadas. Era impressionante, todo mês tinha missão pra África, todo mês. E tinha muitas que a gente inclusive declinava porque não dava conta. Então, era claramente um olhar voltado pro sul, um olhar voltado pra lógica bilateral, horizontal ainda, que claro, no cotidiano isso às vezes não se realize de forma plena, mas tinha isso enquanto princípio, hoje o que eu vejo é outra guinada...são os organismos multilaterais, é mais uma cooperação multilateral (Entrevista Ana).

De fato, conforme mencionado anteriormente, não há acordos de cooperação firmados pelo Brasil após 2010. Mais da metade dos instrumentos firmados pelo Brasil com outros países (15) ocorreu no período de 2005 a 2010, o que sugere que a criação do CICT tenha impulsionado a formalização da cooperação em HIV/Aids. Sobre a atuação do CICT, durante as entrevistas, as informantes por ora se referiram à organização da cooperação como algo trazido pelo CICT. Por outro, sobram críticas quanto a falta de diretrizes concretas de atuação para quem estava encarregado da implementação das atividades de cooperação.

[...] ele ajudou a estruturar a cooperação internacional e saúde no Brasil, assim eu acho que o programa de Aids, independente do CICT, ele com a descrição ou o edital, primeiro edital de cooperação que foi o PCI com essa definição ainda em 2000, 2002 por ali, o departamento ganhou uma oportunidade de criar um processo de trabalho que o ministério da saúde não tinha (Entrevista Luísa).

[...] a atuação do CICT, eu acho que ela deu um norte, um direcionamento sobre como deveria ser feita a cooperação, em termos de processo de trabalho. A gente recebia uma demanda, a gente sabia por onde a gente passaria essa

demanda, que áreas, que consultoria a gente podia buscar, em que organismos, em que ONGs ou governo. Com o término do CICT eu já não teria tanta clareza de explicar ou de além de não ter vivido, eu percebi ao retornar pro Ministério da Saúde que os processos já não eram mais os mesmo porque o CICT já não estava mais trabalhando (Entrevista Luísa).

As entrevistadas se referem à existência de um fluxo, que indicava como responder à demanda da cooperação no âmbito da gestão, de maneira a indicar quais seriam os profissionais mais adequados para facilitar o intercâmbio de experiências, conforme o tema demandado. No entanto, estes profissionais, ainda que fossem plenamente capacitados na implementação da resposta brasileira ao HIV/Aids, por vezes careciam de maior conhecimento sobre o que era a tal abordagem da cooperação brasileira em HIV/Aids.

Eu nunca participei de nenhuma formação [...]. Não recebi nenhuma orientação, assim como a gente recebe da cooperação alemã, da cooperação americana [...] sobre o que a gente deve ou não fazer (Entrevista Antonio).

A fala da entrevistada é corroborada pelo relatório de Avaliação independente do trabalho realizado pelo CICT. De acordo com o relatório,

[...] a qualidade do serviço prestado para muitas atividades tem dependido de consultorias individuais e da equipe do CICT, alguns dos quais possuem limitada experiência e conhecimento em saúde pública ou no entendimento da complexidade da cooperação internacional e da resposta ao HIV/AIDS (LATH, 2009, p.24)<sup>137</sup>.

No mesmo sentido, uma análise da estrutura da cooperação Brasileira observa insuficiente coordenação e intercâmbio de experiências nos diferentes níveis no âmbito da ABC. No Ministério da Saúde, a AISA criou o Grupo Temático de Cooperação Internacional em Saúde na tentativa de melhorar essa coordenação entre as iniciativas na área de saúde (CABRAL e WEINSTOCK, 2010).

### **3.3. A linguagem de direitos humanos na cooperação brasileira em HIV/AIDS**

Eu acho que tem tudo a ver ou deveria ter tudo a ver, eu acho que tenho, assim, defendido e insistido [...], você tem que ter esse componente técnico acompanhando a coisa política, você não pode fazer uma coisa simplesmente porque você tá lidando com vidas humanas. Tudo bem todas as áreas são

---

<sup>137</sup> Original em inglês: “To date quality of service provision for many activities has been dependent on individual consultants and ICTC staff, some of whom have limited background in public health or in understanding the complexity of international cooperation and the response to HIV/AIDS”.

importantes, mas na área da saúde você não pode brincar de fazer cooperação. Eu acho que a gente tá lidando com coisas muito sérias, e assim uma coisa que eu acho que é muito gratificante, eu lembro de uma vez que eu tive no Paraguai e a gente tinha um PCI depois lá sul-sul com o Paraguai e eu fui numa reunião de avaliação e tal e aí tem uma pessoa vivendo com Aids que tava recebendo esses medicamentos do Brasil, foi uma coisa muito emocionante. Ele falou assim: provavelmente se eu não tivesse essa cooperação com o Brasil eu não estaria aqui, sabe?!. Então eu sinto assim é muito sério assim eu, e você pensar que muitos países não conseguiriam fazer isso sozinho, pelo menos não teriam conseguido, hoje em dia você tem uma série de outras instâncias e iniciativas globais, né?!, que tão aí de alguma forma pensando na questão de tratamento, mas naquele momento que o Brasil entrou você não tinha isso e as coisas ficariam sem receber essa assistência mesmo, então eu sinto assim a necessidade de ser absolutamente responsável e foi um pouco daquilo que eu tava falando, né?!, dos primeiros projetos de você identificar que só os treinamentos não são suficientes que às vezes você precisa de alguma coisa mais, você oferece os insumos, você oferece medicamentos, vai atrás de testagem, vai não ser o quê, faz parceira e depois você vai vendo que têm outras questões que precisam trabalhadas também e você pegar aquilo de uma forma responsável para tentar dentro das suas possibilidades fazer algo que realmente vai ser importante pra vida e nesse sentido, né?!, é que eu acho que é uma questão totalmente associada aos direitos humanos, assim eu acho que você, é um direito básico e que sem articulação global você não vai conseguir garantir, então talvez uma das áreas que mais tenha, que esse vínculo seja mais claro assim, de cooperação com direitos humanos, desde que levada realmente de uma forma muito séria. Acho que não dá pra brincar de cooperar (Entrevista Túlio).

Dos projetos bilaterais que estavam sendo criados e implementados em 2010, 73% deles mencionou a promoção dos direitos humanos em seus objetivos ou áreas temáticas. Além disso, entre 2005 e 2010, 13% das atividades de CID implementadas pelo CICT, em parceria com os países africanos tinham como objeto central os direitos humanos.

Thaísa Lima e Rodrigo Campos (2010) analisaram o conteúdo dos projetos de cooperação em HIV/Aids no período de 2002 a 2009. O tema direitos humanos foi encontrado 27 vezes, representando 6% do total de unidades de registro analisadas, conforme quadro abaixo.

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

**Figura 27. Distribuição das unidades de registro de acordo com os temas de cooperação internacional do Brasil em HIV/Aids (2002-2009)**

Fonte: LIMA, CAMPOS, 2010, p. 128.

No caso da cooperação brasileira em saúde, uma vez baseada na política doméstica, tenderia a reproduzir a mesma abordagem de direitos humanos. A cooperação brasileira em HIV/aids com outros países da América Latina e África, por exemplo, traz consigo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), quais sejam, da universalidade, integralidade, equidade e participação social, no seu desenho e implementação, tendo os direitos humanos no centro desta política (LIMA, 2010, p. 115). Afirmar que a cooperação brasileira em HIV/AIDS está em conformidade com suas obrigações de direitos humanos requer uma análise mais detalhada.

Em relação ao direito à saúde, Gauri (2005, p.66) assinala que “o Brasil oferece um exemplo convincente da força da linguagem dos direitos humanos”. O direito à saúde está garantido na Constituição Federal e o Brasil foi dos primeiros países em desenvolvimento a disponibilizar a terapia antirretroviral aos pacientes com AIDS gratuitamente desde 1996. A

resposta brasileira ao HIV/Aids é conhecida pela forte base nos direitos humanos (GALVÃO, 2002; TERTO JUNIOR, 1997).

A política de Direitos Humanos é um dos pilares da resposta brasileira à aids e é transversal a todas as ações. Além de promover o direito à saúde, atua no combate efetivo a todas as formas de estigma e discriminação, em especial as relacionadas às pessoas vivendo com HIV/aids. No âmbito federal, desde agosto de 2000, há na estrutura do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais uma divisão específica para o fomento da articulação com a sociedade civil e a promoção dos Direitos Humanos das pessoas vivendo com HIV/aids e populações mais vulneráveis. Essa divisão planeja estratégias, implementa ações e orienta os estados e municípios no combate ao estigma e discriminação e na condução de ações de enfrentamento da epidemia que não violem os Direitos Humanos. A maioria dos estados possui uma área ou ponto focal para o tema e realiza e/ou apoia ações específicas de promoção dos Direitos Humanos (BRASIL, 2010, p.47).

No âmbito internacional,

A política brasileira de enfrentamento das DST/aids - baseada na integração entre prevenção, assistência e promoção dos Direitos Humanos – serve para fortalecer a participação do país em discussões internacionais com vistas a uma defesa intransigente do direito humano à saúde, em seu conceito mais amplo. Dessa forma, o Brasil tem se posicionado pela afirmação da importância de abordagens integradas à epidemia, incluindo a participação da sociedade civil e a garantia dos Direitos Humanos, com destaque para os direitos de pessoas que vivem com HIV/aids e de populações vulneráveis. Dentre as ações brasileiras no cenário internacional que visam à eliminação das barreiras ao acesso universal, está a negociação em foros internacionais de medidas que permitam maior flexibilização do sistema vigente de propriedade intelectual, bem como o advocacy contra as restrições de entrada e permanência em países relacionadas ao HIV e contra a criminalização em razão do HIV, da orientação sexual e da identidade de gênero (BRASIL, 2010, p.61).

Como foi demonstrado, o Brasil tem dado passos importantes para reafirmar sua própria perspectiva sobre o CID em saúde, em particular no contexto do HIV. Se esta perspectiva é capaz de cumprir as obrigações internacionais de direitos humanos relacionados com o CID em saúde é uma questão a ser abordada nesta seção. Para Pedro Chequer, que foi diretor do Programa Brasileiro de HIV/Aids e do UNAIDS,

[...] a fim de que ocorram os avanços necessários, temas estruturantes têm de ser trabalhados continuamente. Questões como acesso universal, direitos humanos, legislação e advocacy são componentes fundamentais para mudar e ampliar os mecanismos de proteção dos direitos do cidadão comum e principalmente das populações mais vulneráveis. Essa é uma agenda ainda a ser cumprida (UNICEF, 2016, p.18).

As entrevistas realizadas foram unânimes em afirmar os direitos humanos como elemento presente na cooperação brasileira em HIV/Aids.

[...] tinha um elemento de **participação social**, de controle social, existia uma coisa do incentivo ao que vinha sociedade civil organizada como modelo de resposta. O **direito humano** era muito presente, o **direito à saúde**, a questão dos direitos humanos, a pessoa que vivia com Aids ou que vive com Aids. O CICT colocou o Ministério da Saúde num patamar a frente do seu tempo, já estava, já era o CICT projetou ainda mais, criou redes, **dialogou** com saúde global, redes de cooperação tecnológica, existia, formação de grupos de trabalho e redes internacionais com o apoio do CICT que você não vê isso em nenhuma outra área do setor de saúde, a não ser no HIV/Aids. Lembro das pastorais da Aids, a COPRECOS, todos esses **espaços de diálogo intersetoriais** que foram de muita sinergia (Entrevista Luísa).

Embora haja certa unanimidade neste quesito, caberia saber se a cooperação brasileira em HIV/Aids se trata de uma cooperação que incorpora o EBDH ou que simplesmente considera os direitos humanos, de uma maneira bem geral.

[..] não é uma coisa oficial. A gente tá aqui pra falar sobre direitos humanos ou poder, acho que a gente nem chegou a falar em direito humano à saúde, direito humano à comunicação, direito humano à educação, **a gente não chegou a falar, mas o tempo inteiro essas questões foram trabalhadas ali nos bastidores**. Tudo que era feito levava em conta essa perspectiva dos direitos humanos, da democracia, da gestão democrática.

[...] quando eles vieram, um grupo foi numa organização religiosa de enfrentamento a Aids, outro grupo foi no de profissionais do sexo, a associação de profissionais do sexo que enfrenta a Aids. E eram médicos africanos, eram pessoas que vinham **pegar um expertise e levar pra multiplicar** e eles observavam isso da nossa resposta, do nosso reconhecimento a uma religião que não era uma religião oficial, quando eles foram no terreiro, né?! E eles falaram assim: olha! no nosso país isso aqui não pode, mas a gente vindo aqui, a gente vê como é importante a gente também incluir esses aqui, né?!, então assim **em nenhum momento se fala em direito humano, mas é direito humano** (Entrevista Benício, grifos nossos).

A abordagem de direitos humanos aparece, assim, de maneira ocultada na prática da cooperação. O fato da resposta nacional reconhecer o direito à prevenção, assistência e tratamento do HIV/Aids a populações que são criminalizadas nos países parceiros e isso ser apresentado durante o intercâmbio de experiências como uma boa prática, deixa implícita a adoção de princípios de direitos humanos.

É importante ressaltar que a CID brasileira promovida no contexto do HIV também se aproxima da abordagem da cooperação "estrutural" desenvolvida pela CID em saúde. Segundo Almeida, a abordagem "estrutural" centra a cooperação no fortalecimento do sistema de saúde

do país parceiro, combinando intervenções de desenvolvimento de capacidades e diálogo entre atores, de maneira que os atores locais possam liderar o próprio processo de desenvolvimento (ALMEIDA, 2010, p.26). Dessa forma, a cooperação brasileira em HIV/Aids direciona seus recursos para o reforço dos recursos humanos e capacitação em diferentes áreas, de acordo com as demandas dos países parceiros. Essa abordagem coincide com o elemento de fortalecimento das capacidades dos detentores de obrigações do enfoque baseado em direitos humanos.

Outro elemento identificado diz respeito a um dos elementos essenciais do direito à saúde, a aceitabilidade (CESCR, 2000). A aceitabilidade, como um dos elementos do direito à saúde, requer que as iniciativas sejam culturalmente apropriadas, ou seja, adaptadas ao contexto local. A preocupação com esse elemento pode ser observada na cooperação brasileira em HIV/Aids, conforme trechos de relatórios de projetos dispostos a seguir.

Ponderamos a necessidade de este material ser culturalmente e contextualmente adaptado e aceito.<sup>138</sup>

A ausência de trabalho com grupos específicos, que se tornam socialmente invisíveis (não há reconhecimento cultural e dados sobre o perfil de UDI ou HSH), as barreiras linguísticas, além de um contexto epidemiológico generalizado, também trazem dúvidas sobre a eficiência de incluímos no projeto este ponto ou como deveria ser abordado.<sup>139</sup>

A abordagem coincide com a demanda dos países parceiros. Para um dos gestores da cooperação de país parceiro do Brasil, ao se referir à abordagem brasileira da cooperação em HIV/Aids, afirmou que “não adianta inventar as rodas porque já foram todas inventadas. O que nós precisamos é conhecer realidades e abordagens metodológicas que possam ser adaptadas” (Entrevista Célio).

### 3.3.1. Igualdade e não-discriminação

[...] a gente foi pro [REDACTED] e o [REDACTED] criminaliza a homossexualidade. A gente ia inclusive ver questões sobre HIV/Aids e tinha uma pessoa na missão que era gay. Essa pessoa quando viu, leu as notícias de [REDACTED] e foi ver do [REDACTED] e tal, ela ficou super tensa, ela falou: eu não quero ir pra lá, eu não posso ir pra lá, se eu for pra lá eles vão me prender. Entrou um pouco num pânico assim. E eu disse: não, você está indo lá pelo governo brasileiro, você tá indo lá fazer cooperação técnica. [...] isso causou um total estranhamento

<sup>138</sup> Trecho de relatório de viagem sobre missão multidisciplinar para detalhamento de projetos de cooperação técnica entre o Brasil e país africano.

<sup>139</sup> Trecho de relatório de viagem sobre missão multidisciplinar para detalhamento de projetos de cooperação técnica entre o Brasil e país africano.

na pessoa. Aí suscitou a discussão, e à época fui conversar com o embaixador que era o chefe da assessoria internacional: Olha! a gente tá com esse caso, tem esse país que criminaliza, tem uma delegação e uma resposta ao HIV/Aids que sempre incluiu essas populações, como é que a gente faz? a gente vai? a gente não vai? E aí a decisão que ele tomou na hora, ele falou assim: olha! a cooperação não é um instrumento de coerção, a gente vai lá pra **trocar** e pra **dizer a nossa posição**, a gente não tá proibido de dizer a nossa posição, mas eu também não posso, agora, **não vou deixar de fazer a cooperação** porque eles têm esse tipo de legislação. Então assim, são duas formas de ver, você pode ver o meio-copo cheio ou meio-copo vazio, você pode dizer: olha! não vou cooperar com esse país por causa disso ou posso ver isso como uma oportunidade também de oxigenar e de dar voz, porque a gente sabe que todos esses países têm essa populações (Entrevista Ana).

A situação trazida pela entrevistada traz um dilema comum na promoção da cooperação brasileira em HIV/Aids com países africanos. Dos países africanos com os quais o Brasil mantinha cooperação, com exceção de Guiné Bissau e Cabo Verde, que descriminalizou a homossexualidade em 2004, a grande maioria criminalizava a homossexualidade (ILGA, 2016). A fala da entrevistada ressalta que a cooperação brasileira consiste em troca de experiências. A decisão mencionada encontra consonância no princípio da não interferência e ausência de condicionalidades adotados pela cooperação brasileira, no sentido de que não é porque o país parceiro adota uma postura diferente frente a determinado assunto que isto seria motivo para não cooperar.

No entanto, a questão é saber se a abordagem brasileira é compatível com países onde a homossexualidade, trabalho sexual, uso de drogas ilícitas e até mesmo a transmissão do HIV é criminalizada, que denotam políticas discriminatórias. Nesse sentido, as entrevistadas expressam:

[...] Como que você vai dialogar com um país que não admite que no seu país não tem pessoas vivendo com Aids e nem prostituição? Então **essa dificuldade há e muita** (Entrevista Ana, grifos nossos).

[...] houve algumas **preocupações** sobre a possibilidade de iniciar novos projetos de cooperação em HIV com os países que criminalizam a homossexualidade, por exemplo. [...] Naquela oportunidade, nós não recusamos estabelecer uma "missão de prospecção", mas deixamos claro que, como foi a abordagem brasileira que foi exigida, provavelmente não seria possível cooperar em algumas questões (Entrevista Luís).

As dificuldades e preocupações apontadas pelas falas demonstram que as tensões nesse tema existem e demandam habilidade das profissionais para lidar com elas. Embora ainda não exista uma política clara sobre como tratar os casos de países com políticas discriminatórias no lugar, parece que o governo brasileiro está consciente das suas obrigações de direitos humanos,



em particular, para não reforçar as políticas discriminatórias. Nesse caso, o Brasil parece manter ligado ao princípio da não-intervenção e abstém-se de ditar suas práticas nas políticas de outros países.

Para um gestor da cooperação brasileira,

[...] A gente na verdade vai colocar que no Brasil funciona da seguinte forma e por funcionar dessa forma a gente consegue ter resultados mais eficientes, então a gente não considera como avançado ou não avançado ou adequado ou menos adequado no caso. [...] a gente coopera até o momento que é possível e esses assuntos são discutidos em outros fóruns, a gente não cria nenhuma condicionalidade pra oferta. Não vou dizer assim: vocês tratam mulheres da seguinte forma, então eu não vou dar cooperação. Muito pelo contrário, eu tô querendo dar a cooperação pra que isso possa de alguma forma reverter, subverter aquela circunstância, entende?!, Então a gente não nega por outros motivos, é o que a gente chama de não condicionalidade (...) não é desinteresse, mas é não vincular a cooperação a interesses outros como comerciais ou de presença ou manifestação em outros fóruns (Entrevista Luís).

Embora o Brasil pareça não interferir nas políticas internas de outros países, na medida em que a cooperação técnica está em jogo, o país está interessado em mostrar como a experiência brasileira na promoção dos direitos humanos das populações mais afetadas podem contribuir para melhores resultados em a luta contra a epidemia de HIV. A abordagem da CID brasileira quanto a igualdade e não-discriminação em saúde parece inspirar outros representantes dos países para abordar essas questões a nível nacional. “Eu tentarei influenciar o poder legislativo do meu país com a experiência que eu vi aqui”, disse Henry Mulenga, especialista em saúde da Zâmbia durante a oficina “Fortalecendo a Parceria entre Governo e Sociedade Civil na Luta contra o HIV/Aids” promovida pelo CICT em Maio de 2010 (BRASIL, 2010b).

Outra situação é narrada por uma das pessoas entrevistadas:

[...] na [REDACTED] a gente foi, por exemplo, numa ONG levado pelo governo de lá, pelo pessoal que trata de HIV/Aids, numa organização LGBT, não tem placa, não tem nada, mas eles sabem onde era, combinaram, fizeram, a gente foi lá, nos apresentaram e tal e foi bárbaro, participaram do seminário com a gente. [...] eu acho também que às vezes a gente tem uma visão um pouco opaca da coisa. É a mesma coisa no início da Aids quando falavam assim: nossa! mas o Brasil não é um católico, vocês usam preservativo? Eu acho que a cooperação em HIV/Aids trouxe um (...) aquilo que a gente falando que ela traz um monte de temas pra cooperação internacional, direitos humanos é um deles e é forte, né?! e eu acho que é uma baita **oportunidade de concretizar a fala do direito humano**, entendeu?! porque é uma coisa é você falar todos os direitos humanos, direitos universais etc. e outra coisa é você colocá-la em

prática e a saúde tem essa característica, né?! você coloca ele ali na cena, bom na cena, quem é que tá mais dificultado? né?! qual é o, a possibilidade dessas pessoas têm no acesso à saúde, então eu acho assim que a saúde concretiza, dar realidade pra esse direito humano, entendeu, então, eu acho, eu acho que assim que tem um espaço tremendo, e eu acho que aumentou, potencializou ainda mais a possibilidade de troca, né?! Mesmo com aquele que você acha que ... ah! não vou naquele país porque aquele país criminaliza, talvez aquele seja, onde a gente mais precisa na verdade fazer essa troca (Entrevista Ana, grifos nossos).

A fala é contundente, no sentido de que utilizar a linguagem dos direitos humanos na cooperação é uma maneira de romper com práticas discriminatórias.

Eu acho que isso é pulo do gato. E isso foi muito o que a gente percebeu lá na [redacted], [...] que se toda essa população, se a população de prostituta, se a população LGBT não tinha vez na hora que fala de populações vulneráveis e lá eles falam dos caminhoneiros, mas é, um pouco diferente da gente. O guarda-chuva dos direitos humanos, se vocês não podem falar sobre essa população, vocês podem usar outros subterfúgios digamos assim, e a saúde como um direito humano é um canal de entrada pra você começar a ter voz, é a tal da porta positiva (Entrevista Ana).

No que diz respeito aos princípios da não discriminação e da igualdade, a partir da análise dos projetos de cooperação em HIV/AIDS estabelecidos pelo governo brasileiro com outros países em desenvolvimento, é de notar que a cooperação brasileira em HIV incorpora em suas iniciativas a sua abordagem nacional ao HIV/AIDS:

A participação do governo e da sociedade civil nas decisões relativas ao acesso universal aos antirretrovirais demonstra que o Programa subscreve plenamente os valiosos preceitos do Sistema Único de Saúde - universalidade, integralidade, equidade e controle social dentro de um ambiente descentralizado<sup>140</sup>.

Da mesma forma, trecho de relatório de missão de profissional da cooperação brasileira aponta que os países percebem o Brasil como um agente que traz uma abordagem de direitos humanos.

Ela nos relatou que o silêncio e o estigma em torno da epidemia ainda é enorme e que vê o Brasil, como ator importante nesta cooperação, uma vez

---

140 Extrato da justificativa do projeto de cooperação estabelecido entre Brasil e Botsuana. Outros projetos firmados pelo CICT utilizam o mesmo argumento.

que consegue estabelecer aproximações e identidades, por não ser um país colonizador e possuir conhecimento e expertise reconhecidos.<sup>141</sup>

Aplicando os princípios de universalidade e equidade sob a base do Sistema Único de Saúde, a CID brasileira enfatiza que o direito à saúde deve ser garantido para todos e políticas de saúde devem ser concebidas e implementadas de forma justa. Além disso, a necessidade de "formação de parcerias para assegurar que tais atividades são lançados para as camadas mais vulneráveis da população, através de ligação com a sociedade civil e organizações do setor privado"<sup>142</sup> também é enfatizada. Portanto, a justificativa dos projetos examinados mostra a preocupação brasileira de promoção de iniciativas não-discriminatórias e tendo em consideração as necessidades das populações mais afetadas.

Como mencionado acima, entre 2005 e 2010 houve várias iniciativas CICT sobre cooperação técnica destinada a promover os direitos humanos. Algumas delas abordaram explicitamente o tema da discriminação entre os seus objetivos. Um exemplo que aborda diretamente o assunto é o projeto de cooperação "Harmonização de políticas públicas para a educação sexual e HIV/Aids e prevenção às drogas nas escolas", que desde 2009 tem apoiado a implementação de políticas públicas de educação sexual nas escolas para prevenir o HIV/Aids e combater a discriminação, o estigma e a exclusão social de crianças e adolescentes relacionados com o HIV/Aids. Esta iniciativa regional reúne os Ministérios da Saúde e Educação da Argentina, Brasil, Chile, Paraguai, Peru e Uruguai e outros parceiros, como a UNAIDS, UNFPA, UNESCO e da Agência Alemã de Cooperação GTZ. Em 2007, o CICT também promoveu um workshop sobre o estigma social e a discriminação, realizada em San Salvador, El Salvador e, em 2008, realizou uma reunião com especialistas e líderes comunitários para melhorar a agenda para lutar contra a homofobia nos países latino-americanos.

Das entrevistas foi também possível entender que a imagem de respeito aos direitos humanos de populações vulneráveis que o Brasil busca passar para seus parceiros é construída a partir de um ideal de resposta brasileira. O fato é que o Brasil ainda tem muito a avançar para que as populações consideradas mais vulneráveis à epidemia consigam o pleno acesso à

---

<sup>141</sup> Trecho de relatório de viagem sobre missão multidisciplinar para detalhamento de projetos de cooperação técnica entre o Brasil e país africano.

<sup>142</sup> Extrato da justificativa do projeto de cooperação estabelecido entre Brasil e Botsuana. Outros projetos firmados pelo CICT utilizam o mesmo argumento.

prevenção, assistência e tratamento do HIV/Aids. Um dos entrevistados brasileiros comenta que,

Não, a gente não lida bem. Por isso que quando lá no início eu falei entre aspas, né?!, porque primeiro que não é uma característica do Brasil. Quando eu coloquei entre aspas aí era isso que eu queria dizer, que a gente tem uma facilidade de interagir com essa diversidade cultural nossa mas, no caso da Aids, por exemplo, estava claro aí que era um nicho, um segmento tanto dentro da sociedade civil quanto dentro do próprio, quanto dentro do próprio serviço de saúde. Era prata e lixo, porque a gente acompanha relatos de profissionais de saúde que, mesmo com todas, as campanhas, os projetos, programas, ações pra, por exemplo, distribuição de camisinhas no serviço de saúde, a resistência dele como pessoa, como profissional de entregar aquilo ali facilmente pra quem vai buscar, né?!, questionar por que e tal. [...] Existe preconceito, sim (Entrevista Benício).

Outro exemplo é trazido por uma entrevistada que narra os bastidores de uma atividade implementada em um país africano:

Você vê a representante do Ministério da Saúde que lida com jovens com Aids dizer que ela jamais viria ao Brasil porque pra ela era inconcebível a forma como a gente lida com a credibilidade, o reconhecimento que a gente dá ao público de travestis e transexuais. “Nossa! é inadmissível vocês pararem pra aceitar uma pessoa desse tipo, né?!”, Então, ela é jovem, ela trabalha com saúde pra jovem, trabalha com jovens e solta uma coisa dessa, né?!. Ao mesmo tempo é edificante você ouvir, por exemplo, a Ministra que acompanhou o seu projeto falar, sentar com você no meio-fio dum asfalto enquanto você tá esperando um ônibus chegar e logo depois a uma visita a um prostíbulo, um centro onde ficam as profissionais do sexo, falar assim: "foi preciso você vir aqui no meu países pra eu vir até essas mulheres e conversar com elas sobre a saúde delas", ou seja, uma coisa que ela nunca tinha feito, mas não que ela não poderia ter feito, é porque eles não têm a flexibilidade. Aí é onde que entra a flexibilidade brasileira, a flexibilidade de dizer assim eu posso ir ali e posso falar de saúde com elas e pra elas.

O povo do Ministério da Saúde quando a gente começava a falar de como a gente faz aqui no Brasil, eles eram bem resistentes. “Mas o nosso dinheiro é pra gastar com o nosso povo, não é com essas pessoas, né?!” Então assim, como que é isso? quer dizer que, então, travestis, transexuais não é do, não é seu povo, não faz parte do seu povo, né?! “Ah! eles são assim porque eles querem ser assim, porque eles poderiam ser como nós, então eles e o nosso dinheiro a gente gasta o dinheiro do povo com o povo, né?!”. Então eles têm muito essa percepção e aí você vai quebrando mas com muitas diplomacia, obviamente, mas entrando no universo deles, tentando entender o universo deles e trazendo a sua experiência pra experiência nossa aqui, pra mostrar como é que a gente faz pra eles também quebrarem um pouco da resistência e assim vai dando certo, as coisas vão funcionando (Entrevista Benício).

É, portanto, dessa forma, buscando ser diplomática, que a cooperação brasileira em HIV/Aids leva os princípios de igualdade e não-discriminação em suas iniciativas.

### 3.3.2. Indivisibilidade e Interdependência

[...] era menos setor saúde ou setor saúde também e mais outros setores trabalhando na resposta a epidemia. O CICT alavancou a cooperação internacional ao **intersetorializar** a saúde com outros setores ao fazer a saúde dialogar com outros setores da forma como a gente via política de Aids, só que de maneira internacional, então como o Brasil ele era um modelo na organização dessa resposta, o CICT conseguiu projetar esse modelo numa estrutura de governança para a cooperação, então essa estrutura de governança no setor, de maneira institucional governo brasileiro. Claro que a ABC participava, o Ministério da Saúde participava através do Departamento de Aids, mas quem dava o tom era o Departamento. Era o departamento, eram as pessoas que estavam lá, eram as pessoas que definiam a resposta quem dava as linhas da cooperação, que não pode ser vista em todas as áreas, você não consegue ver isso em todas as áreas, no Departamento de Aids isso aí é muito claro (Entrevista Luísa).

A fala acima aponta a abordagem da resposta brasileira ao HIV/Aids, especialmente pelo perfil do Departamento de Aids, como decisiva para uma cooperação internacional que considerasse a intersetorialidade.

A intersetorialidade é abordagem capaz de fazer valer o elemento de interdependência que requer atenção a diferentes questões para a realização do objeto. No caso do HIV/Aids, é dizer que promover a saúde é tão importante quanto promover, por exemplo, a educação para que a informação sobre prevenção, assistência e tratamento cheguem à população e, portanto, havendo que envolver estes setores.

O Brasil reconhece, como afirma a Declaração de Alma-Ata, a necessidade de abordar outras desigualdades econômicas e sociais, a fim de promover o direito à saúde. No entanto, o princípio da interdependência não é explicitamente indicado pelos acordos bilaterais celebrados entre o Brasil e outros países. O princípio pode ser implícito, a partir da análise de suas atividades de CID, como indica a fala acima. Em geral, as áreas de educação, trabalho e justiça são as mais comumente integradas nas iniciativas brasileiras de CID no contexto do HIV.

Além dos projetos de cooperação bilateral executadas entre 2005 e 2010, o CICT também realizou iniciativas temáticas regionais, incluindo outras áreas. Por exemplo, o projeto de cooperação direito “Respondendo às Vulnerabilidades de Jovens em Situação de Rua: a cooperação Sul-Sul como eixo de Articulação”<sup>143</sup> promoveu e fortaleceu “parcerias e a integração das ações nas áreas de saúde e proteção social para crianças e adolescentes nos países

---

143 O Projeto envolve representantes da Bolívia, Brasil, Colômbia e Peru, em um arranjo de parceria com o UNICEF, UNAIDS, e a Embaixada da Holanda no Brasil.

envolvidos” (BRASIL, 2010, p. 50). Da mesma forma, o projeto 'Harmonização de políticas públicas para a educação sexual e HIV / AIDS e prevenção de drogas em escolas ", as áreas de saúde e educação foram cobertas, e os seus profissionais reunidos. Portanto, a partir do princípio da interdependência, a experiência brasileira também enfatiza a necessidade de uma abordagem intersetorial e interdisciplinar, com uma estreita articulação com os órgãos do governo responsáveis.

### **3.3.3. *Accountability*, Transparência, Monitoramento e Avaliação**

Analisando os acordos bilaterais assinados entre o Brasil e outros países africanos que tratam, em especial, com a cooperação para o HIV, conhecido como acordos complementares, observa-se que ambas as partes são atribuídas como responsáveis pela coordenação, acompanhamento e avaliação de qualquer atividade relacionada com o Ajuste complementar<sup>144</sup>. Além disso, um relatório de atividades deve ser produzido a cada três meses:

#### Artigo V

1.As instituições executoras mencionadas no Artigo II elaborarão relatórios trimestrais sobre os resultados obtidos no projeto desenvolvido no âmbito deste Ajuste Complementar, os quais serão apresentados aos órgãos coordenadores e às Assessorias Internacionais dos respectivos países. <sup>145</sup>

Examinando os projetos regionais implementados entre 2005 e 2010, deve notar-se que cada um deles contém ou desenvolveu atividades específicas para monitorar e avaliar o seu progresso. Assim, as reuniões são promovidas a fim de rever estratégias, incluindo horários e conteúdo de atividades. Por outro lado, embora a monitorização e avaliação é uma das áreas temáticas dos projetos de cooperação bilateral em HIV promovidos pelo CTIC, não está claro a partir da maioria dos projetos analisados como o acompanhamento e avaliação do CID brasileira é realizada. No entanto, os princípios de monitoramento e prestação de contas relacionadas com CID na saúde sugerem que não só as atividades que são desenvolvidas no

---

144 De acordo com o artigo 2, comum a todos documentos examinados.

145 Ajuste Complementar entre Brasil e Cabo Verde para a implementação do “Programa de Cooperação Internacional em HIV/AIDS - Fase II”. Assinado em 14 de janeiro de 2005. Art.5(1). Disponível em: [http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2005/b\\_5/](http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2005/b_5/)

âmbito dos projetos são acompanhados e avaliados, mas toda a estratégia da própria cooperação.

O sistema do CICT parece cumprir este requisito, uma vez que em várias oportunidades - como o IRG e reuniões Sub-IRG, bem como as reuniões das várias coalizões de países dos quais o Brasil seja parte - os parceiros da sua CID são montados para relatar os objetivos e resultados até então alcançados e rever estratégias. Além disso, em 2010, o CICT promoveu uma avaliação externa do seu desempenho. Essa avaliação sugere o monitoramento e avaliação são meramente descritivos ou anedóticos, carecendo de dados mais concretos (LATH, 2009, p.27).

O contato com as pessoas que faziam parte da gestão e implementação da cooperação brasileira revelou ainda uma forte consciência de que há muito que melhorar.

Tem, tem muito, são sim de contribuir, eu acho que o Brasil e os países parceiros também tem pontos que podem ser melhorados em termos de cooperação, mas tem uma contribuição pode ser importante principalmente na questão de desenvolvimento de políticas públicas e fortalecimento institucional local. Isso pra mim é bastante claro (Entrevista Karen).

Eu acho que pontos a serem, por exemplo, desenvolvidos poderiam ser um pouco mais com a questão do diagnóstico e de identificar sinergias também dentro do país e etc, mas isso são umas coisas que a própria característica da cooperação também que é desenhada sobre demandas de certa forma já abarca também quando é uma demanda muitas vezes o país já analisou se tem outras ações que são sobrepostas ou não e ele já vão propor ações que podem ser complementares e não se sobrepõe (Entrevista Luísa).

Em termos também de avaliação das intervenções da cooperação, eu acho que pode também haver um aprofundamento em muitos casos mesmo monitoramento e avaliação, mas lembrando que com a cooperação sul-sul brasileira ela é baseada na demanda em alguns casos, por exemplo, pode ficar inviável você desenvolver um programa pro país com áreas prioritárias porque vai depender um pouco da demanda que já faz parte um pouco do princípio da cooperação sul-sul brasileira que não vai impor algumas áreas de apoio e etc (Entrevista Ana).

Há melhorias a serem feitas desde o diagnóstico que orienta a elaboração do projeto de cooperação até o monitoramento e avaliação das iniciativas.

No mesmo sentido, Cabral e Weinstock (2010, p.13) observam que o monitoramento e avaliação das atividades de cooperação do Brasil em geral são uma lacuna que precisa ser suprida. Além disso, são poucos os relatórios e documentos que registram as boas práticas e quando isso é feito a descrição da iniciativa é bastante ampla.

Em 2014, a ABC (2014b, p. 57-58) passou a adotar indicadores transversais a todos projetos. São eles: Indicadores de horizontalidade, de gênero e de participação. Segundo o Manual da ABC:

Indicadores de horizontalidade como os exemplificados a seguir: o Etapas do ciclo de gestão das iniciativas de cooperação técnica Sul-Sul – Identificação, Prospecção, Formulação, Implementação e Monitoramento, e Avaliação (Parte III, Seção 11 deste Manual), realizadas com participação ativa e efetiva das instituições cooperantes do Brasil e do(s) país(es) parceiro(s);

o Gestão e coordenação conjunta dos projetos (e.g. decisões técnicas e estratégicas tomadas conjuntamente no âmbito dos Comitês de Acompanhamento de Projeto); o Oportunidades de parceria identificadas e concebidas participa ativamente com base na convergência entre a cooperação solicitada pelo potencial país parceiro e a disponibilidade de conhecimentos técnicos e experiências bem sucedidas brasileiras no setor ou tema de interesse; o Implementação técnica compartilhada das iniciativas fundamentada no envolvimento direto, efetivo e substantivo das instituições cooperantes do Brasil e do(s) país(es) parceiro(s); o Intercâmbio horizontal de experiências e conhecimentos originados nos países em desenvolvimento cooperantes com benefícios e aprendizagem mútuos; o Alinhamento dos projetos e ações de cooperação às prioridades nacionais de desenvolvimento dos respectivos países parceiros;

Indicadores de gênero. Os indicadores de gênero servem à coleta e análise de informações com base nas quais se poderá apreciar o mérito dos projetos e ações de cooperação técnica Sul-Sul no que tange à produção de mudanças e benefícios relacionados à promoção da igualdade de gênero, bem como para se aferir a contribuição da cooperação para a identificação de disparidades de gênero no contexto/tema/setor de cada iniciativa.

Indicadores de participação para mensurar grau de envolvimento ativo de beneficiários e de representantes da sociedade civil dos países cooperantes na implantação dos projetos e ações de cooperação técnica Sul-Sul.

Além disso, a respeito da responsabilidade da cooperação brasileira Sul-Sul no contexto do HIV, é importante mencionar que o texto do ajuste complementar, comum a todos os documentos analisar, salienta que todas as atividades do CID será desenvolvido em conformidade com a legislação e regulamentos aplicáveis a ambos os países envolvidos na parceria. Isto significa que não só devem os países envolvidos na cooperação em conformidade com as normas aplicáveis a eles, mas também, em particular, eles podem ser responsabilizados por suas ações. No entanto, não resulta dos documentos disponíveis como os estados devem ser feitas responsáveis por suas obrigações. Ao mesmo tempo, a partir dos relatórios e entrevistas com informantes-chave examinados, não houve uma controvérsia identificados.

Do ponto de vista normativo, a análise dos acordos complementares bilaterais relacionados com o HIV traz um artigo comum que poderia ser considerado como uma intenção de respeitar o princípio da transparência. Por exemplo, o artigo 6 (2) do acordo complementar



sobre HIV firmado entre o Brasil e Moçambique refere que “[o] s documentos produzidos a partir das atividades desenvolvidas no contexto do Projeto são de propriedade conjunta de ambas as partes”.<sup>146</sup>

Todas as informações sobre a iniciativa deve ser disponibilizada para todos os parceiros. Além disso, o valor monetário de cooperação técnica brasileira a um determinado país, por exemplo, é explicitada no projeto planejado entre os países e outros parceiros da iniciativa. Portanto, os parceiros saber quanto CID será ou foi investido no país e nas várias atividades com diferentes instituições dentro ambos os países.

No entanto, deve-se ter em mente que a transparência não só entre os parceiros, mas também para o público devem ser abordadas. A este respeito, deve notar-se que o governo brasileiro disponibiliza o texto das CID acordos<sup>147</sup>, resumos e relatórios<sup>148</sup> dos projetos em seus websites. No entanto, ele está fora do escopo deste artigo para resolver o nível de transparência promovido pela cooperação brasileira Sul-Sul no HIV. Tal determinação requer uma análise mais abrangente da quantidade (por exemplo, comparando o número de acordos, projetos e atividades realizadas e os dados disponíveis sobre eles) e a qualidade dos dados disponíveis.

### 3.3.4. Coerência e Coordenação

Parece que, na medida em que a coerência está em jogo, a abordagem da cooperação Sul-Sul faz uma de suas principais contribuições. A este respeito, Almeida (2010, p.24) ressalta que a cooperação Sul-Sul é baseada no princípio de "horizontalidade", que representa "uma alternativa para a" verticalidade "- transferências unilaterais de pacotes prontos - do que era então conhecido como ajuda internacional Norte-Sul. Tendo em conta que ter pacotes prontos 'pode não ser coerente com a política de desenvolvimento ou os valores de um país parceria, pode-se argumentar que não só iniciativas CID que impõem condicionalidades que podem eventualmente levar a um certo grau de incoerência dentro doméstico políticas não promover o desenvolvimento, mas também elas implicam "práticas colonização" (ALMEIDA, 2010, p.24).

---

146 Ajuste Complementar sobre a implementação do projeto "Treinamento na produção de Antirretrovirais e outros medicamentos". Assinado em 04 de setembro de 2008.

147 Os documentos podem ser encontrados na página do Ministério das Relações Exteriores: <http://www.itamaraty.gov.br>

148 Os documentos estiveram disponíveis na página do CICT na internet até ocorrerem mudanças institucionais que descontinuaram o CICT e tonaram a página indisponível.

A realidade africana tem sido permeada pela marginalização e insuficiência dos processos de promoção do seu desenvolvimento, ao mesmo tempo em que os africanos buscam ser os “principais atores de sua história” (REPUBLIQUE FRANÇAISE, 2002, P.5). A criação de mecanismos regionais de integração no continente africano e os instrumentos normativos e instituições dele derivados constituem um esforço de ressaltar seus próprios valores em detrimento daqueles importados (BRODIN, 2004).

Um exemplo é o sistema africano de proteção dos direitos humanos, que expressa as singularidades do pensamento e contexto africano (MURRAY, 2000; WA MATUA, 1995; VILJOEN, 2007). Como já mencionado anteriormente, a Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos (CADHP) inclui direitos e deveres dos indivíduos e do coletivo, a partir de uma abordagem holística, que considera direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais no mesmo plano de importância, e é o único instrumento normativo vinculante sobre o direito ao desenvolvimento. O tema do desenvolvimento também está presente no Protocolo da Carta Africana de Direitos do Homem e dos Povos relativo aos Direitos da Mulher em África (2003), na Convenção Africana para a Conservação da Natureza e dos Recursos Naturais (2003), na Convenção da União Africana para a Prevenção e Luta contra a Corrupção (2003) bem como na Declaração e Plano de Ação de Grand Bay (Maurícias) (1999), na Declaração de Kigali (2003), na Declaração Solene da Conferência sobre a Segurança, Estabilidade, Desenvolvimento e Cooperação em África (CSSDCA) (2000), na Declaração Solene sobre a Igualdade de Gêneros em África (2004), e no documento sobre a Visão e Missão da Comissão da União Africana (2004). A jurisprudência da Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos<sup>149</sup> tem demonstrado a exigibilidade do direito ao desenvolvimento e, principalmente, que a cultura local deve prevalecer diante de soluções externas.

Nesse sentido, a falta de reconhecimento dos valores e cultura local tem levado a inúmeras críticas à cooperação internacional para o desenvolvimento no continente africano. As abordagens “de cima para baixo” negam os supostos beneficiários das práticas de cooperação como sujeitos históricos, culturais e de direitos. Além disso:

A negação da dignidade das heranças histórica e cultural introduz à perspectiva do direito de dominar para os grupos humanos que se consideram mais adiantados que outros. (...) isso evoca o desprezo ao relativismo cultural e a negação da história daqueles julgados inferiores. Nessa perspectiva, o racismo

---

<sup>149</sup>Os casos do Centro de Ação em Direitos Sociais e Econômicos contra a Nigéria (CADHP, 2001) e o caso promovido pelo Centro pelo Desenvolvimento dos Direitos das Minorias e Grupo Internacional dos Direitos das Minorias em prol do Conselho de Bem-Estar dos Endorois contra o Quênia (CADHP, 2009) são exemplos de julgados quanto ao direito ao desenvolvimento.

legitima os desequilíbrios socioeconômicos em benefício dos grupos dominantes que supostamente encarnam a excelência, o belo, os valores do progresso etc (D'ADESKY, 2001, p. 82-83).

Jacques D'Adesky (2001, p. 75), nesse sentido, questiona o porquê de reivindicar uma identidade diferenciada, se aqueles que a reclamam estão sujeitos à exclusão e à discriminação e, nesse sentido, responde:

Antes de tudo, responder-se-á que o homem não procura somente o conforto material. Ele sonha também em estar no cume. Isso faz parte de suas ambições e de seus fantasmas. Ele sente necessidade de ter seus ídolos, de se ver uma história. Tais desejos simbólicos comprovam a importância para o indivíduo de ver conferidos atributos positivos aos elementos da etnicidade (D'ADESKY, 2001, p. 75).

Não é suficiente, contudo, o reconhecimento interior da identidade, sendo necessário seu reconhecimento, de forma autônoma, pelos outros. A procura do reconhecimento dentro do grupo e também fora dele se realiza em um campo estruturado por forças e sistemas, nas quais se encontram as elites, as minorias, a ideologia, o imaginário, as estruturas do poder (D'ADESKY, 2001, p. 76-77). Nesse sentido, a conformação de uma cooperação para o desenvolvimento que respeite a cultura e as necessidades locais integra a luta contra a desintegração das identidades e à síntese universalista.

Gilbert Rist, por exemplo, ressalta que o conceito de desenvolvimento pode variar conforme o sujeito envolvido seja do “desenvolvedor”, comprometido em fazer chegar a felicidade aos demais, ou do ‘desenvolvido’, obrigado a modificar suas relações, sociais e com a natureza, para entrar em um mundo novo que se lhe promete”<sup>150</sup> (RIST, 2002, p.14). É dizer que, no âmbito da cooperação, o conceito de desenvolvimento determinado pelo doador é tido como inequívoco, levando a abordagens inadequadas, indesejáveis e ineficazes (VALENTE, TERTO, 2015, p.186).

Neste sentido, Renata Gomes sugere que:

[...] cidadãos de determinada sociedade não devem ser tratados como receptores passivos de uma cooperação internacional, eles podem – e devem – ter envolvimento participativo, pois com as oportunidades sociais adequadas os indivíduos podem mudar seu próprio destino e o de seu país – com a formação de uma sociedade civil organizada -, principalmente porque conhecem suas necessidades melhor do que qualquer agente externo que queira ajuda-los (2013, p.16)

<sup>150</sup> Original em espanhol: ““desarrollador”, comprometido en hacer llegar la felicidad a los demás, o el del “desarrollado”, obligado a modificar sus relaciones, sociales y con la naturaleza, para entrar en el mundo nuevo que se le promete”.

Considerando a necessidade de coerência entre CID e políticas internas, analisando os acordos bilaterais sobre HIV firmados entre o Brasil e outros países, identificou-se um artigo comum, que afirma que “a cooperação técnica em saúde é dotada pelo especial interesse para as Partes, com base em benefícios mútuos e reciprocidade”<sup>151</sup>.

Além disso, a cooperação Sul-Sul brasileira argumenta que é baseada nas necessidades do país. Ela considera o papel desempenhado pela autoridade nacional na questão, em particular, que o país beneficiário terá a melhor compreensão sobre o que é necessário para enfrentar um desafio, de acordo com as capacidades do país beneficiário. Portanto, pode-se entender que a cooperação brasileira Sul-Sul em HIV leva em conta o princípio da coerência nas suas iniciativas.

No entanto, a abordagem brasileira é uma questão de preocupação para a embaixada dos Estados Unidos em Moçambique, por exemplo. Embora reconhecendo aumentar o compromisso do Brasil para o desenvolvimento do país, que inclui o perdão de 95% (cerca de USD 315 milhões) da dívida bilateral de Moçambique, o representante dos Estados Unidos indicou que:

O apoio direto a organizações governamentais brasileiras e ONGs em Moçambique pode revelar-se problemático. Em Maio, o Governo do Brasil recusou USD 40 milhões em financiamento da USAID para o Brasil, afirmando que assinar uma declaração que condena a prostituição e consumo de drogas colocaria em perigo o sucesso do Brasil no controle da epidemia. O modelo do Brasil para combater o HIV / AIDS é baseado na aceitação, em políticas abertas para profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis, homens que fazem sexo com homens e outros grupos de "alto risco". A política USG exige que as organizações que procuram financiamento para prestar serviços em outros países façam uma promessa de se opor ao trabalho sexual comercial (US, 2011).<sup>152</sup>

Outro exemplo de promoção da coerência, o CID brasileiro é o projeto de cooperação intitulado "Respondendo às Vulnerabilidades ao HIV/AIDS de jovens em situação de rua: Cooperação Sul-Sul como um eixo de articulação" que considera a realidade comum latino-americano em relação ao social, exclusão de crianças (BRASIL, 2010, p.50). Uma maneira

---

151 Ajuste Complementar entre Brasil e Cabo Verde. Preâmbulo.

152 Original em inglês: “Direct support to Brazilian government organizations and NGOs in Mozambique may prove troublesome. In May the GOB refused USD 40 million in USAID funding for Brazil, stating that signing a declaration condemning prostitution and drug-taking would jeopardize Brazil’s success in controlling the epidemic. Brazil’s model for combating HIV/AIDS is based on accepting, open policies toward commercial sex workers, injection drug users, men who have sex with men and other “high-risk” groups. USG policy requires that organizations seeking funding to provide services in other countries make a pledge to oppose commercial sex work”.

diferente de promover a coerência no CID é envolver fóruns de políticas de harmonização. A este respeito, por exemplo, o CICT empenhados no diálogo dentro do fórum de saúde do Mercosul, a fim de garantir a sustentabilidade e a harmonização das políticas (US, 2011). A visão brasileira sobre o princípio da coerência parece estar em conformidade com um conceito mais amplo de coerência e também para sugerir que, para além do acordo de nível de país do CID, para aplicar os compromissos regionais também pode revelar-se bastante útil. Da mesma forma, a partir da perspectiva brasileira de "parceria entre iguais" e o princípio da coerência, poderíamos dizer que as condicionalidades não devem ser exigidas e que os acordos devem ser revisados periodicamente, de acordo com as necessidades de cada país.

Para Alejandro Barrios (2013, p.119), analisando o alinhamento do Brasil às prioridades de Moçambique,

Ao ser uma cooperação que surge da demanda de Moçambique, o alinhamento aparece como uma dimensão mais realizável. Considera-se como a dimensão na qual o doador baseia sua política de cooperação nas estratégias nacionais de desenvolvimento do parceiro cooperante. Neste sentido, o Brasil não procurou estabelecer, por meio de doações, um sistema de saúde paralelo em Moçambique, mas reforçar o setor público, por meio da construção de uma fábrica de medicamentos. O alinhamento aparece desde o início da cooperação e deve ser refletido desde o desenho dos projetos à conduta dos atores em todo o processo de cooperar.

Outra questão diz respeito à coordenação da CID. Como mencionado anteriormente, para coordenar, no nível nacional ou regional, a CID deve evitar a duplicidade das iniciativas e promover melhor eficácia. Quando perguntadas sobre o potencial da cooperação brasileira contribuir para promover o desenvolvimento, as pessoas entrevistadas foram unânimes em reconhecer que sozinha ela pode ter algum impacto positivo mas que haveria necessidade de coordenação com outros atores locais e estrangeiros atuando na cooperação internacional para fazer de fato uma maior diferença.

Eu acho, eu acho que ela tem, mas não é só ela também, entendeu?! ela sozinha não vai fazer verão nenhum, assim, né?!, acha que cooperação internacional vai ser a promotora do desenvolvimento? não, mas ela é um dos atores pra isso, eu acho, eu, assim, não existe(...) e também depende do que você entende por desenvolvimento, né?!, pra mim não existe um desenvolvimento onde os povos não possam trocar, onde os povos não possam conversar, onde os povos não possam dizer o que cada um faz e como faz, então isso é âmagô da cooperação técnica, né?!, então assim, pra (...) pro desenvolvimento, pra ter desenvolvimento tem que ter espaço pra cooperação, assim eu não consigo ver um desenvolvimento que cooperação esteja fora disso (Entrevista Ana).

Dessa forma, a coordenação também constitui elemento fundamental para a contribuição efetiva da cooperação com vistas ao desenvolvimento.

### **3.4. A parceria entre governo e sociedade civil na cooperação em HIV/AIDS**

Ao definirmos o objeto de estudo, a atuação da sociedade civil organizada no contexto da cooperação foi um dos elementos que mereceu atenção, no sentido de analisar se o papel a ela atribuído na cooperação técnica internacional coincide com sua atuação no âmbito nacional, seja pelas ações desenvolvidas por ela, seja pelo espaço que lhe é conferido pelos demais atores da cooperação. A questão apareceu fortemente nas entrevistas realizadas, de maneira que pretendemos, com a análise a seguir, contribuir para preencher a lacuna de literatura sobre a participação da sociedade civil no contexto da cooperação técnica brasileira em HIV/AIDS prestada aos países africanos.

Dessa forma, a partir da abordagem dos direitos humanos - que coloca o ser humano como o centro do processo de desenvolvimento, como principal participante e beneficiário-, em suas várias perspectivas, e entendendo que “a agenda das políticas públicas está definida pelo jogo mútuo entre a opinião pública e o poder público” (PARSONS, 2007, p.141), esta seção discute como a política nacional de enfrentamento à epidemia de aids repercute na cooperação internacional do Brasil nessa temática, particularmente quanto ao papel desempenhado pela sociedade civil organizada.

Analisar a participação social sob a ótica dos direitos humanos significa dizer que ela é um elemento essencial da vida humana e, por isso, deve estar presente em todos os espaços. O ser humano deve ser, portanto, sujeito ativo nos temas que lhes dizem respeito, tendo garantida a oportunidade de conhecer as iniciativas que envolvem aspectos de sua vida e manifestar sua opinião sobre elas.

No contexto do desenvolvimento não seria diferente. Utilizando os marcos de instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos, observa-se que a Declaração do Direito ao Desenvolvimento (1986), em seu preâmbulo, reconhece que

[...] o desenvolvimento é um processo económico, social, cultural e político abrangente, que visa a melhoria constante do bem-estar de toda a população e de todos os indivíduos com base na sua **participação ativa, livre e significativa** no processo de

desenvolvimento e na justa distribuição dos benefícios dele derivados [...]. (grifos nossos)

Em seus artigos 1 e 2, a Declaração do Direito ao Desenvolvimento dispõe que todos têm o direito e devem participar do desenvolvimento econômico, social, cultural e político, e que esta participação deve ser ativa, livre e significativa. Isto é dizer que os participantes devem poder tomar iniciativa e não serem meramente passivos, agir voluntariamente e também poder incidir em questões que tenham relevância no processo.

No âmbito dos instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos de natureza considerada vinculante, o direito de cada pessoa de participar nos assuntos públicos é afirmado pelo artigo 25(a) da Convenção Internacional dos Direitos Civis e Políticos, adotada pelo Brasil em 1992. Dessa forma, garantir a participação social nos assuntos públicos é considerado uma obrigação do Estado. Além da participação por meio de eleições de seus representantes, o Comitê de Direitos Humanos das Nações Unidas ressalta que,

[...] cidadãos também participam dos assuntos públicos a partir do exercício de influência no debate público e diálogo com seus representantes ou por meio da capacidade de se organizarem. Essa participação é apoiada a partir da garantia da liberdade de expressão, assembleia e associação (HRC, 1996, para.8).

No contexto do direito à saúde, a Conferência de Alma-Ata, que discutiu os cuidados primários de saúde, ressaltou que “é direito e dever dos povos *participar* individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde” (Declaração de Alma-Ata, 1978). No mesmo sentido, o Comitê das Nações Unidas sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais considera a participação como um elemento central do direito à saúde. No Comentário Geral n.º14, o Comitê enfatiza a necessidade da participação social “em todas as tomadas de decisões relacionadas à saúde nos níveis comunitário, nacional e internacional” (CESCR, 2000). Dessa forma, sob a perspectiva dos direitos humanos, a participação deve abranger todos os aspectos das políticas públicas, incluindo sua formulação, implementação, monitoramento e avaliação.

Helen Potts (2014), em análise sobre a participação social quanto ao direito à saúde destaca que a participação social em saúde deve ser ativa e informada, devendo-se criar condições para que as pessoas tenham a oportunidade de inserir suas demandas na agenda da saúde ainda em sua etapa inicial (definição da agenda), além dos estágios de formulação,

implementação, monitoramento e avaliação. No mesmo sentido, considerando que as iniciativas voltadas à garantia do direito à saúde apenas terão êxito se tomarem em conta as necessidades dos indivíduos e populações afetadas, conclui-se que a participação “é parte constitutiva da boa prestação de serviço de saúde” (GAURI, 2005, P.79). O estabelecimento de mecanismos formais de participação coloca-se, portanto, como essencial para possibilitar a participação social. Além disso, pode observar diferentes formatos e processos. Nesse sentido, Paul Hunt (2008, Para. 63) sugere que esses mecanismos sejam guiados por um processo acessível, justo, transparente e contínuo.

É importante ressaltar que o direito à participação também requer a aplicação do princípio da não-discriminação no seu exercício. Ou seja, “nenhuma distinção é permitida entre cidadãos no gozo desse direito, com base na raça, cor, sexo, língua, religião, política ou outra opinião, origem nacional ou social, propriedade, nascimento ou outro *status*” (HRC, 2000, Tradução nossa). Portanto, constitui um desafio viabilizar a participação de populações tradicionalmente excluídas de processos de elaboração, implementação e monitoramento de políticas públicas tais como a população em situação de rua, profissionais do sexo, travestis e transexuais.

Brian Wampler (2010) é um dos autores que ressalta a importância da participação social nas políticas públicas. Para ele, “a devolução aos cidadãos do poder de decisão na formulação de políticas locais, através da estruturação de espaços que conformam a participação tanto do Estado, quanto da sociedade civil, produz novas formas de engajamento entre estes atores” (WAMPLER, 2010, P.1). É com esse intuito que vários outros instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos dispõem sobre o direito à participação, no sentido de possibilitar o engajamento dos diversos atores. Por exemplo, a Convenção dos Direitos da Criança que, em seu artigo 12, inclui a participação como um dos princípios norteadores da Convenção. Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2015), os pontos de vista das crianças não devem ser ignorados e os adultos devem fornecer direção e orientação nesse processo de diálogo e intercâmbio.

Assim, participar é fazer parte, é ter a possibilidade de influir nos processos que lhe dizem respeito, seja individualmente ou coletivamente. Como essa participação pode ocorrer no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil é o que trataremos a seguir.



### 3.4.1. Participação social no SUS

No início dos anos 1980, o papel dos movimentos sociais no Brasil foi decisivo no estabelecimento de uma política de saúde baseada nos direitos humanos e nas necessidades da população, cuja filosofia foi posteriormente adotada pela Constituição Federal de 1988 e demais normativas na temática.

Para Sônia Teixeira, a política de saúde adotada pode ser vista como “o resultado das formas de organização social da produção, mas sempre como fruto das lutas populares cotidianas, ambos atuando na conformação de sua concretização histórica e singular” (TEIXEIRA, 1989, p.30). Nesse sentido, o movimento sanitário brasileiro, trazendo ideias para uma reforma sanitária que adotasse uma abordagem de saúde universalista e com base nos direitos humanos, produziu uma verdadeira “reviravolta na saúde” (ESCOREL, 1999).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, considerando a tradição autoritária que dominou o país nos anos anteriores e a atuação de burocratas que geravam o descontentamento de usuários do sistema, questionou se a participação popular teria lugar em um novo cenário de políticas públicas de saúde (YUNES, 1986). As propostas resultantes da Conferência foram contempladas nas legislações promulgadas nos anos seguintes. A saúde, portanto, passa a constituir “um direito de todos e um dever do estado” (BRASIL, 1988, art. 196), e, no que tange à participação social, o artigo 198 da Constituição Federal a estabelece como uma das diretrizes das ações e serviços públicos de saúde.

Traduzindo a participação social em termos concretos, a Lei 8.142/90 determinou a realização das conferências e a criação dos conselhos de saúde como mecanismos formais de participação da população na gestão da saúde do país (BRASIL, 1990). Atualmente, o Conselho Nacional de Saúde é composto de forma paritária por 48 (quarenta e oito) representações de entidades e movimentos sociais de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica, entidades de prestadores de serviço, entidades empresariais da área da saúde e governo federal. O Conselho Nacional possui ainda 25 comissões, criadas para possibilitar subsídios em temas específicos para deliberação. Além disso, muitas vezes são criadas comissões e grupos de trabalho no âmbito dos órgãos de governo para debater temas de saúde.

Os mecanismos de conselhos e conferências se reproduzem nas demais esferas de governo, totalizando 26 conselhos estaduais e um conselho do distrito federal e 5.565 conselhos

municipais. Uma vez que os conselhos são instâncias deliberativas quanto à política de saúde nacional, seus integrantes possuem papel-chave. Não se trata de assumir o que seria atribuição do estado - conduzir o ciclo da política pública, mas de exercer grande poder de influência, como propõe Secchi (2011).

### **3.4.2. Cooperação internacional em saúde e participação social no Brasil**

A cooperação entre países constitui uma ferramenta importante para a realização do direito à saúde. Da normativa internacional, entende-se que quando um Estado não possui recursos suficientes, para garantir a realização integral de determinado direito, tal como o direito à saúde, deve ser buscada cooperação técnica e/ou financeira.

A cooperação técnica em saúde é a segunda área de maior atuação brasileira, representando 16,28% das iniciativas, ficando atrás somente de agricultura, que ocupa 21,86% das ações. Além disso, ela é regida pelos princípios da horizontalidade, não condicionalidades e é baseada em demandas (BRASIL, 2011). Nesse sentido, Almeida (2010, p.29), ao discutir a cooperação brasileira em saúde, em especial quanto à sua abordagem horizontal, afirma que essa postura estratégica considera a recente experiência democrática de participação social, levando ao envolvimento de uma gama de atores nas iniciativas de cooperação sul-sul.

Para Mesquita, Hunt e Khosla (2010, P.114), a cooperação internacional em saúde deve dar efeito aos elementos-chave do direito à saúde. Assim, deveria também ser guiada pelos seus princípios, dentre os quais se inclui a participação. A promoção da participação provê condições para a apropriação das ações e seus resultados bem como para a legitimação das iniciativas. Do contrário, se reconhece que a ausência de participação social tem resultado em projetos "inapropriados, não desejados e desnecessários".

Em 2012, a Universidade de Maastricht e a Comissão Internacional de Juristas reuniram especialistas em direitos humanos para debater as obrigações extraterritoriais dos Estados quanto à implementação dos direitos econômicos, sociais e culturais (MAASTRICHT UNIVERSITY, 2012). Ou seja, entende-se que ao empreender iniciativas de cooperação internacional, por exemplo, os Estados são passíveis de responsabilização, devendo, portanto, agir de forma que suas ações ao mesmo tempo em que buscam promover determinados direitos, como à saúde, não desrespeitem outros direitos e protejam de possíveis violações (*protect*,

*respect and fulfil*)(CESCR, 2000). Assim, os "Princípios de Maastrich relativos às obrigações extraterritoriais na área dos direitos econômicos, sociais e culturais" dispõem que,

Os Estados devem conduzir levantamento (*assessment*) prévio, com participação pública, dos riscos e potenciais impactos extraterritoriais de suas leis, políticas e práticas no gozo dos direitos econômicos, sociais e culturais. Os resultados do levantamento devem ser tornados públicos. O levantamento também deve ser realizado de maneira a informar as medidas que os Estados devem adotar para prevenir violações ou assegurar que estas cessem assim como garantir remédios efetivos (CESCR, 2000, para.14, tradução nossa).

Nesse sentido, a cooperação internacional em saúde deve possibilitar a participação social no âmbito de suas ações. Não obstante a participação constituir-se como princípio das políticas de saúde no Brasil, oferecendo espaços formais de participação, o mesmo não ocorre quanto à cooperação internacional. No contexto da política externa brasileira, a participação social ainda é muito limitada e poucos mecanismos possibilitam a participação de representantes de organizações da sociedade civil. Em geral, os espaços de negociação integram um sistema fechado, no qual representantes de governos acordam os termos relacionados a determinado assunto, as chamadas *co-mistas*, nos casos da cooperação técnica internacional.

Entretanto, é importante destacar algumas iniciativas recentes de promoção da participação no contexto da política externa brasileira, tais como a criação do Mercosul Social e Participativo, em 2008, pela Secretaria-Geral da Presidência da República, e a criação em 2006 do Comitê de Direitos Humanos e Política Externa, que tem como objetivo “o fortalecimento da participação cidadã e do controle democrático da política externa do Estado brasileiro”. Este último, porém, não se encontra vinculado a nenhum órgão estatal, estando composto, até o momento em sua maioria por organizações da sociedade civil, pelas comissões de direitos humanos do Senado Federal e da Câmara dos Deputados, pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão e pelo Ministério da Saúde, a partir do Programa de DST/AIDS. Não nos traz surpresa a participação do Programa de DST/AIDS como único órgão do executivo que compõe tal mecanismo de articulação, haja vista seu histórico. A agenda da cooperação técnica, entretanto, ainda não foi inserida nesses espaços.

Nota-se também que os espaços formalmente constituídos para o debate sobre as políticas públicas de saúde raramente incluem a cooperação internacional como tema de pauta. O Conselho Nacional de Saúde (CNS), por exemplo, no período de 2006 a 2012, manteve uma postura tímida quando o assunto era a cooperação. Em geral, a cooperação com outros países

foi mencionada algumas vezes, em geral no âmbito da apresentação de estratégias adotadas e que incluíam a cooperação como uma de suas atividades, visando o intercâmbio.

Na 178ª reunião do CNS, o Ministro da Saúde à época, José Gomes Temporão, teve a oportunidade de falar sobre o PAC - Programa de Aceleração do Crescimento, que tem na saúde um dos componentes para o desenvolvimento e dispõe como um dos eixos nessa área a cooperação internacional. Segundo o Ministro, o referido eixo:

É uma demanda do Presidente da Lula que nós estreitemos as nossas relações e que o próprio Sistema Único de Saúde possa ajudar países em condições piores que o Brasil para qualificar e fortalecer o seu sistema. Um bom exemplo são as nossas relações; com Cuba, nós estamos lá para aprender; nesse momento, nós optamos por incorporar tecnologia e desenvolvimento em Cuba para produzir na FIOCRUZ o interferon e a eritropoítina. Mas no caso da África é o contrário, nós estamos, através da FIOCRUZ principalmente, levando conhecimento e ajudando Angola, Moçambique, Guiné Bissau, Cabo Verde a estruturar o instituto de saúde, a formar quadros para aquele País.

Dividimos a fala do Ministro em vários extratos, de forma a proceder a Análise de Discurso Crítica das ideias e elementos que ela traz.

Extrato 1: É uma demanda do Presidente da Lula **que nós estreitemos as nossas relações**

Extrato 2: e que o próprio Sistema Único de Saúde **possa ajudar**

Extrato 3: países em **condições piores** que o Brasil para qualificar e fortalecer o seu sistema.

Extrato 4: Um bom exemplo são as nossas relações; com Cuba, **nós estamos lá para aprender**; nesse momento, nós optamos por incorporar tecnologia e desenvolvimento em Cuba para produzir na FIOCRUZ o interferon e a eritropoítina.

Extrato 5: Mas no caso da África é o contrário, nós estamos, através da FIOCRUZ principalmente, **levando conhecimento e ajudando** Angola, Moçambique, Guiné Bissau, Cabo Verde

Extrato 6: **a estruturar** o instituto de saúde, **a formar quadros** para aquele País.

O extrato 1 denota a cooperação como um estreitamento de relações, de aproximação com intenção de fortalecimento da relação, que pode ocorrer por vários objetivos.

Ao passo que nos extratos 2 e 5, o discurso destaca o objetivo de ajudar, ou seja, o país coloca-se, a princípio, em uma posição mais ativa, o extrato 4 apresenta outra posição, que é a de recipiente de cooperação, na condição de **aprendiz**. No entanto, parece tratar-se de um aprendizado rápido, o qual já produz imediato reflexo na produção de medicamentos que requerem alto domínio tecnológico em solo brasileiro com tecnologia aprendida.

Interessante notar a utilização por diversas vezes do verbo ajudar como o objetivo da cooperação internacional brasileira, o que contrasta, por sua vez, com a posição brasileira nos foros internacionais, que rechaça a utilização do mesmo termo na definição da sua cooperação prestada. Além disso, no extrato 3, o discurso ressalta que a “ajuda” se dá para países em “condições piores” que o Brasil, revelando um juízo de valor com emprego de palavra depreciativa.

Por fim, o extrato 6 traz a dimensão que poderia revelar uma pretensa característica da cooperação brasileira, que é ser estruturante, ao buscar “estruturar” e “formar quadros”. Dessa forma, da forma como a pauta da cooperação internacional foi inserida na reunião do CNS a partir da fala do Ministro, depreende-se certo ufanismo brasileiro, no sentido de estar em condições, disponível para ajudar a todos os necessitados - aqueles países em “condições piores”.

Podem-se identificar também menções sobre a cooperação com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) durante as 164<sup>a</sup> e 168<sup>a</sup> reuniões do CNS, uma vez que a mesma ainda hoje garante a manutenção de uma grande equipe de consultores que exercem atividades técnicas no Ministério da Saúde. Entretanto, em nenhum desses casos a cooperação suscitou debate no Conselho.

No período analisado, identificou-se um convite ao Conselho para participação em um fórum de cooperação, entretanto, não houve indicação de participação de nenhum conselheiro.

É durante o planejamento do Conselho Nacional de Saúde para o período de 2010-2012 que a agenda da cooperação internacional entra pela primeira vez na agenda política do conselho. Durante a 44<sup>a</sup> reunião extraordinária, foi proposta a inserção de diretriz sobre relações internacionais, de forma a fortalecer a cooperação internacional em saúde. Sugeriu-se, portanto:

Aproximar os órgãos, organismos, entidades, entre outros, para que possamos somar atividades, articulando as ações do governo com as do CNS. Garantir a articulação do CNS com o Itamaraty nas questões que envolvem o MERCOSUL, UNASUL, África, entre outros. Solicitar aos órgãos de governo, entre eles o MS, entidades e Parlamento que enviem ao CNS sua agenda internacional. Promover troca de experiência com o Controle Social em outros países. Estreitar ao máximo a relação com entidades de espaço de articulação com a América Latina (Ex: OCLAE, FECOC, AIH, Federação Sindical Mundial, CSA, CSI) sem perder o papel político do CNS. Buscar relações com os setores e movimentos mundiais que resistem ao monopolismo das grandes corporações da Saúde. Acompanhar à agenda do MERCOSUL e dos países fronteiriços (Extrato da Ata da 44<sup>a</sup> RE).

Interessante notar após relatarem participação em evento internacional sobre o direito à saúde, duas conselheiras compartilham a existente expectativa em relação ao Brasil quanto à cooperação e solidariedade, e trazem proposta de convidar organizações da sociedade civil sul-africana para participarem, como observadores, da 14ª Conferência Nacional de Saúde (CNS, 2011). Com exceção do mencionado acima, somente uma vez, durante a 184ª reunião ordinária, o CNS aponta seu interesse, a partir da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - CISI, em conhecer proposta de ação de cooperação internacional a ser implementada no Brasil, ao realizar "solicitação de maiores esclarecimentos do representante da Agência de Cooperação *Terre des Hommes*, que tem propostas de parceria para trabalhar com Hepatites virais (B e Delta) no Vale do Javari e articulação com a FUNASA" (Extrato da Ata).

A partir do acima apresentado, caberia questionar por que a cooperação internacional suscita tão pouca atenção no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, tema este que merece aprofundamento.

No âmbito das Conferências Nacionais de Saúde, o tema da cooperação aparece em algumas delas. Das cinco conferências nacionais realizadas no período de 2000 a 2015, o tema da cooperação internacional aparece apenas em duas delas, ou seja, em 40%. Na 12ª edição, por exemplo, realizada em 2003, foi consensuada a proposta 65, que tem como objetivo "Estabelecer responsabilidades entre as esferas de governo, com mecanismos de cooperação técnica e financeira com instituições nacionais e internacionais, visando à melhoria da qualidade do sistema de educação permanente dos trabalhadores do SUS"(12ª Conferência Nacional de Saúde, 2004).

Durante a 13ª Conferência, a menção à cooperação internacional fica restrita ao SIS-Fronteira, visando reformulá-lo para "disciplinar a oferta de procedimentos e serviços de saúde aos brasileiros e estrangeiros" (Proposta 144). Nesta edição, realizada em 2007, surge como proposta inédita:

Envolver gestores das políticas públicas e organismos de cooperação com vista a definir uma política inovadora de colaboração e intercâmbio horizontal e solidária entre países, respeitando a autonomia e soberania, pela redução das desigualdades, qualidade de vida e saúde (BRASIL, 2008).

Nas 14ª e 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizadas em 2011 e 2015, o tema da cooperação internacional não foi objeto de propostas.

Do levantamento realizado junto ao Conselho e Conferências Nacionais de Saúde, observa-se que o tema da cooperação internacional aparece ainda de forma muito incipiente nesses espaços. A cooperação técnica internacional é trazida muitas vezes em tom de informe, carecendo de um momento adequado que possibilite a efetiva participação do Conselho para sua elaboração, implementação, monitoramento e avaliação. Ambos espaços de participação reconhecem que se trata de um tema novo e inédito, portanto, há ainda um imenso território a ser explorado.

### **3.4.3. Participação da sociedade civil na cooperação em HIV/Aids**

Em geral, os projetos de cooperação sul-sul bilateral ou trilateral desenvolvidos pelo Ministério da Saúde apresentam preâmbulo semelhante que descreve a resposta brasileira. O texto aponta que a parceria entre governo e sociedade civil na construção da resposta à aids no Brasil é elemento-chave para o sucesso da resposta brasileira e enfatiza a importância do diálogo e participação, conforme observamos no trecho abaixo:

Ao longo dos 25 anos que seguiram os primeiros casos de aids, a resposta brasileira tem sido marcada por grandes desafios e grandes sucessos que não podem ser atribuídos a apenas uma das partes envolvidas nesta luta. O estado e a sociedade têm construído uma resposta conjunta. Mesmo em face de diferenças de opinião sobre algumas questões, sempre houve e ainda há o diálogo ea parceria na formulação de políticas e tomada de decisões<sup>153</sup>.

O reflexo do elemento participação da resposta brasileira no âmbito da cooperação brasileira em HIV/Aids é também destacado a seguir:

Uma vez que a resposta brasileira é marcada pela intensa participação da sociedade civil, isso também encontra reflexo na atuação internacional. Governos e organizações não governamentais, movimentos sociais e pessoas que vivem com HIV/aids trabalham em forte parceria no âmbito dos diversos foros multilaterais e em projetos de cooperação técnica entre países (BRASIL, 2010, p.61).

Para uma representante do governo brasileiro entrevistada,

---

153 Extrato da justificativa de projeto comum a todos projetos de cooperação bilateral analisados.

A governança que o CICT tinha era coerente com a resposta à epidemia com acesso à política universal, participação social, acesso à diagnóstico e tratamento. Já se via que o setor saúde não dava conta. Existia um elemento de participação social, um incentivo do que vinha da sociedade civil como resposta (Entrevista Luísa).

Dividimos o discurso em quatro extratos:

Extrato 1: A **governança** que o CICT tinha

Extrato 2: era **coerente** com a resposta à epidemia com acesso à política universal, participação social, acesso à diagnóstico e tratamento.

Extrato 3: Já se via que o setor saúde **não dava conta**.

Extrato 4: Existia um **elemento** de participação social, um **incentivo** do que vinha da sociedade civil como resposta.

Observa-se que a entrevistada busca afirmar um modo de fazer, gerenciar e conduzir a cooperação estruturado e bem pensado (governança) (extrato 1). A entrevistada denomina como “coerente” a abordagem da cooperação face às políticas domésticas, sugerindo uma mesma identidade para dentro e fora do país. No extrato 3, há o reconhecimento de uma limitação, o que coloca, em seguida, a participação como um **elemento** (extrato 4) que possibilita superar tal limitação e, por fim, incidir de maneira mais efetiva.

O princípio da participação encontra-se espelhado também nos instrumentos que regem os projetos bilaterais de cooperação. Tais instrumentos possuem uma cláusula sobre terceiros participantes. Assim, é expressamente prevista a participação de um terceiro país, organismos internacionais ou organizações não-governamentais na cooperação prestada: “As Partes concordam com a participação de terceiros países e de organismos multilaterais de cooperação e organizações não-governamentais.”<sup>154</sup>. Isto é dizer que um terceiro ator, que não somente os dois governos envolvidos poderá inserir-se diretamente na iniciativa de cooperação, dentre eles, ONGs. Caberia analisar como ocorre tal inserção quando se trata de organizações da sociedade civil, devendo-se observar o papel por ela desempenhado.

O CICT, durante os anos em que executou as iniciativas de cooperação técnica prestada, utilizou-se da parceria com instituições governamentais das várias esferas da gestão em saúde e integrantes de organizações da sociedade civil. A parceria com a sociedade civil ocorreu em

---

154 Ajuste complementar entre Brasil e Cabo Verde, de 14 de janeiro de 2005. Artigo 4.2.



alguns casos para a operacionalização das doações – caso da cooperação com Burkina Faso, e para a condução de oficinas de trabalho e outros treinamentos. O CICT “recebia a demanda, sabia por onde passaria, que consultorias poderia buscar – ONGs e governo” (Entrevista Luísa).

Perguntada sobre a forma que o governo envolvia a sociedade civil na cooperação internacional, a entrevistada, que integrou a gestão da cooperação brasileira disse que era “integrando nas missões pessoas do movimento social, principalmente PVHA, lideranças politizadas. O envolvimento dessas lideranças foi interessante, pelos laços que conseguiram” (Entrevista Bernardo).

Nesse sentido, uma das lideranças entrevistadas ressalta quanto a participação da sociedade civil na cooperação internacional em HIV/Aids era “na consecução da política não, na preparação das missões sim e lembro de ouvir em ENONGs de pessoas de países africanos que foi importante”(Entrevista Danilo).

A verdade é que a participação de membros de ONGs, muitas vezes de populações consideradas mais vulneráveis, conferia maior credibilidade à resposta brasileira, uma vez que usufruíam dela, como usuários. Não obstante, a participação da sociedade civil na cooperação oficial do governo por vezes gerou críticas quanto ao papel que a sociedade civil deveria desempenhar.

[...] uma forma que era a cooperação técnica com o próprio quadro do Ministério da Saúde, de você valer da **capacidade técnica do quadro** e, ainda que a legislação pra isso às vezes é muito incipiente, de dar respaldo pra essas pessoas estarem no exterior conseguirem fazer a cooperação e tal e tinha aquela, digamos assim, que você contava com um corpo *ad doc* assim, entendeu?!, por vezes, remunerados, por vezes, não remunerados. Então isso também faz diferença, uma coisa é você contar com um corpo técnico que é parceiro porque faz parte do, sei lá, conselho em HIV/Aids ou porque faz parte da comissão técnica, tal, né?!, principalmente da sociedade civil que isso faz parte da resposta. Então eu acho que se a resposta com Aids teve sempre essa parceria nada mais justo e plausível que a cooperação técnica também se desse nesses termos, então você convidasse parceiros que fosse com você, que fosse junto ao governo já que a cooperação bilateral era uma cooperação entre governos, né?!, e sempre teve a participação da sociedade civil e a maioria delas, as que eu participei sempre foram, a maioria não eram remuneradas, mas tinham casos de remunerados. Isso acabava que podia causar constrangimentos alguns serem remunerados e outros não serem remunerados, aqueles que eram remunerados eram vistos: ah! é isso tá sendo uma **terceirização**, tem essa crítica. **Terceirização da cooperação**, né?!, tem gente que tinha essa leitura. Assim, me encantou. Acho que as pessoas quando elas fazem os seus trabalhos elas têm que ser reconhecidas. Enfim, ter o seu esforço recompensado e remunerado nesse sentido, né?! Só que acho que é isso assim, o difícil é você ter essa combinação acho que por vezes teve muito

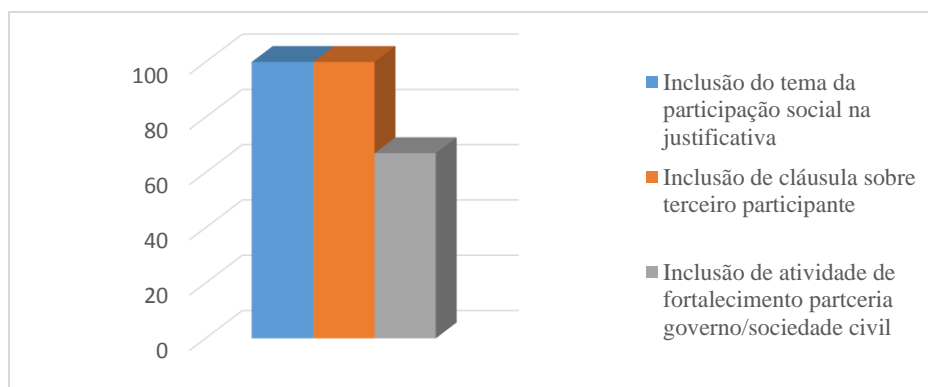
dessa parte terceirizada entre aspas. Por outras vezes também você perde se você só se contar com o corpo que você tem assim (Entrevista Ana, grifos nossos).

A fala destaca preocupação com o risco da sociedade civil se tornar um ente terceirizado a serviço do Estado, que tem há muito permeado os debates (Gómez, 2000). Nesse sentido, é importante frisar que a prestação de serviços ao governo por organizações da sociedade civil não visa o enfraquecimento de um ou outro, no entanto requer uma redefinição de suas relações (FERRAREZI, 2002).

Muitas vezes as ações de fortalecimento da sociedade civil eram dispostas já nos textos de Acordos Complementares, como observa-se no artigo 4.3 do Acordo Complementar entre Brasil e Cabo Verde em HIV/AIDS:

As Partes se dispõem a fortalecer a resposta nacional ao HIV/AIDS de Cabo Verde, por meio de projeto, com a inclusão de ações fundamentais em áreas a serem identificadas, tais como prevenção, diagnóstico, epidemiologia, direitos humanos e fortalecimento da sociedade civil.

Observou-se, nesse sentido, que o tema do fortalecimento da parceria governo/sociedade civil estava inserido em 67% dos projetos bilaterais implementados pelo CICT no período de 2005 a 2010 (ICTC, 2010b), conforme figura abaixo.



**Figura 28. Projetos de cooperação em HIV/Aids e temas incluídos**

Uma vez que as ações de enfrentamento à aids implementadas no Brasil possuem um alto nível de envolvimento das organizações da sociedade civil, conseqüentemente, elas participam ativamente das ações com apoio da cooperação internacional. Caberia, no entanto, avaliar em que momento do ciclo das políticas públicas esse envolvimento ocorre. Considerando que a política externa brasileira ainda mostra-se bastante fechada à participação

social, acredita-se que as organizações da sociedade participariam a partir do estágio de formulação das iniciativas a serem implementadas no país. A definição da agenda seria restrita, portanto às representações de governo. Caberia perguntar ainda em que medida ocorre tal envolvimento, no sentido de identificar como o posicionamento de mecanismos de participação social influencia a tomada de decisões na cooperação.

Observa-se ainda que, apesar da intensa participação social no âmbito da resposta brasileira à aids, ela não se reflete da mesma forma nas iniciativas brasileiras de cooperação internacional prestada pelo país, carecendo de maior amadurecimento, de forma a abranger os diferentes níveis de tomada de decisões.

Em estudo de caso, a UWI (2011) analisou a cooperação do Brasil e os países da Comunidade do Caribe (CARICOM) em HIV/AIDS. A partir de entrevistas realizadas com atores-chave dessa cooperação, a UWI concluiu que a falta de articulação no desenho e implementação de uma metodologia que aliasse as necessidades e custos envolvidos produziu debilidade no processo de participação da sociedade civil. Dessa forma, concluiu-se que, apesar da previsão de participação da sociedade civil ou mesmo sua inserção nos processos de implementação da cooperação prestada pelo Brasil, deve-se ter o cuidado ao formular as bases da iniciativa, de forma a garantir o efetivo envolvimento da sociedade civil e não, ao contrário, minar o processo participativo.

## CONCLUSÕES

É evidente que o reconhecimento do HIV/Aids como uma emergência global no âmbito das Nações Unidas impulsionou a cooperação internacional visando uma resposta também global à epidemia. Ainda que sob os vários discursos, seja o da segurança, da saúde ou do desenvolvimento, foi a partir da adoção de instrumentos normativos que recursos foram mobilizados em maior escala e propiciaram avanços, como o declínio do número de novas infecções.

Entretanto, a falta de maior investimento de recursos domésticos aponta a dependência da maioria dos países de baixa e média renda de recursos da cooperação internacional. O perigo, contudo, mora na dependência onde há um direto condicionamento da expansão do desenvolvimento de um país à expansão que ocorre em outro (DICKSON, 1997, p. 40). Quando tal expansão se retrai, como é o caso atual da retirada de recursos da cooperação em razão da crise financeira mundial, o primeiro resultado pode ser também a retração da resposta à Aids no país, uma vez que não há um aumento de recursos domésticos que substituam os da cooperação, colocando em risco os esforços já empreendidos.

Em que medida as ações da cooperação internacional foram efetivas, coincidiram com as necessidades nacionais ou poderiam ter tido melhores resultados é algo a ser explorado. A alocação de recursos para países considerados de interesse prioritários com agendas de política externa ocultas ou cujo interesse está atrelado a busca de mercado para seus produtos (KABUNDA, 2011, p. 20) levanta críticas e pode ser um dos efeitos colaterais da grande atenção dada ao tema.

O debate do HIV/Aids nos diversos foros é também fortemente marcado pelo discurso dos direitos humanos, tido como elemento essencial da resposta à epidemia. As diversas agendas – da saúde, da segurança, do desenvolvimento, dos direitos humanos - se retroalimentaram e conformaram várias lições aprendidas. A atuação brasileira nesse cenário é de particular interesse neste estudo, uma vez que ilustra os vários elementos do enfoque de direitos humanos.

O Enfoque baseado em direitos humanos (EBDH) proposto pelas Nações Unidas constitui uma tentativa de fazer dar cumprimento às obrigações dos estados. Aplicar o EBDH, portanto, implica que as iniciativas de cooperação devem promover a realização dos direitos humanos. Ou seja, a cooperação deve ter como *objetivo* a promoção dos direitos humanos. A realização dos direitos humanos não deve ser mero efeito colateral, ainda que eventual. A

realização dos direitos humanos deve ser o alvo, o objetivo da iniciativa de cooperação. No contexto do desenvolvimento humano, tal assertiva ganha especial conotação. Isto é dizer que é necessário promover os direitos humanos para que o pleno desenvolvimento humano seja possível. O EBDH, entretanto, especifica princípios mas não prescreve as estratégias para sua implementação (SCHMITZ, 2012, p. 532). Além disso, a aplicação do EBDH tem considerado somente as obrigações dos Estados que recebem a cooperação, enquanto responsáveis por garantir a realização dos direitos humanos em seu território. Não são examinadas as obrigações dos Estados que prestam cooperação, no sentido de que também deveriam implementar iniciativas de maneira a promover os direitos humanos e não violá-los.

Nesse sentido, é importante destacar que, durante os últimos sessenta anos, a fim de enfrentar as desigualdades e a crise humanitária, os países em desenvolvimento têm sido apoiadas pela CID. Esta cooperação tem sido principalmente através de organizações internacionais e os países desenvolvidos, principalmente a partir do norte do globo, que atuam como doadores e prestadores de assistência técnica. A relação entre países doadores e receptores tem sido caracterizada por práticas “top-down” que geram as lacunas no atendimento das necessidades do país beneficiário além de ter um sério impacto sobre os direitos humanos das pessoas. Nesse sentido,

No contexto da cooperação internacional para o desenvolvimento, é necessário o deslocamento do lócus da construção da estratégia. Portanto, a construção não deve ocorrer fora do local em que será implementada, mas no lócus de implementação, com o envolvimento dos diversos atores, especialmente aqueles que serão destinatários das iniciativas. A abordagem horizontal, que estaria inerente ao conceito de cooperação, exigiria um exercício de alteridade que reconhece e respeita as diferenças do outro e busca agir em conjunto, em detrimento da imposição sobre o outro. Assim, o sentido de cooperar é por si horizontal. A verticalidade não cabe na cooperação, mas sim na dominação e em outras formas de violência (VALENTE, TERTO, 2015, p.203).

A abordagem horizontal, portanto, deve levar em consideração as obrigações de direitos humanos de ambos países implicados na cooperação, não apenas daquele que recebe a cooperação.

A literatura acadêmica tem discutido os princípios de direitos humanos relevantes para a CID na área da saúde, tais como a não discriminação, a interdependência, participação, transparência, monitoramento e prestação de contas, a coerência e a coordenação, de maneira a

sugerir que a CID deve ser entendida como uma responsabilidade de direitos humanos para todos atores envolvidos.

Arjun Sengupta (2001), Skogly (2006), Salomon (2010, p. 129), Mesquita, Hunt e Khosla (2010, p. 105) chamam atenção para os diversos instrumentos internacionais, incluindo tratados de direitos humanos, que impõem obrigações aos Estados que poderiam ser aplicados à cooperação internacional.

Ao analisarmos a cooperação internacional para o desenvolvimento a partir da dimensão do direito internacional dos direitos humanos, identificamos que as obrigações do Estado neste contexto incluem a observância dos princípios da igualdade e não-discriminação, indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos, *accountability*, transparência, monitoramento e avaliação, coerência e coordenação. As obrigações do Estado também devem ser entendidas a partir dos seus três elementos – proteger, respeitar e promover. Ademais, se por um lado se reconhece a obrigação do Estado buscar cooperação internacional quando não possui os recursos necessários para a realização dos direitos econômicos, sociais e culturais, por outro, a prestação da cooperação ainda requer maior elaboração, no sentido de enfatizar as obrigações envolvidas, uma vez que trata-se de exercício extraterritorial ou transnacional.

O informe dos Estados sobre a cooperação internacional, seja prestada ou recebida, no âmbito do Comitê DESC, no período de 2000 a 2015, é algo constante, presente em todas seções do Comitê para análise de relatórios. Ele não é crescente ao passar dos anos, mas segue um padrão no qual a maioria dos Estados reporta a cooperação, seja ela recebida ou prestada, em seu informe de implementação do PIDESC. Observa-se, outrossim, que muito do que há nos relatórios relacionado à prestação da cooperação no contexto do artigo 2 do PIDESC é fruto da provocação do próprio comitê DESC que, em suas observações conclusivas, questiona e recomenda aos Estados a alocação de recursos para a cooperação internacional. Dessa forma, o Comitê DESC tem desempenhado papel fundamental para evidenciar a atuação dos Estados no campo da cooperação bem como suas percepções sobre o tema. Ao mesmo tempo, os relatos dos países reconhecendo os direitos humanos como elementos essenciais da CID como objetivos e obrigações proporcionam mais um argumento para a consolidação do debate em torno das obrigações extraterritoriais no âmbito da CID.

Nesse sentido, é importante notar que, no campo dos direitos humanos, um número relevante de autores concorda que existe uma obrigação do Estado relacionada à cooperação internacional, mas tal entendimento não existe quanto ao detalhamento dessas obrigações.

Cumpra ainda ressaltar o papel que as reuniões de alto nível sobre cooperação têm exercido na prática e posicionamento dos países. Isso se vê refletido nos informes, a partir da Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda (OCDE, 2005) ou do Consenso de Monterrey, que estabeleceu uma meta financeira relacionada ao PIB dos países. Também no âmbito da cooperação prestada, os direitos humanos são apresentados como elemento ou princípio “central”, “fundacional”, cabendo o debate avançar no sentido de como aplicar tais princípios à cooperação.

Afirmar que a responsabilidade de prover CID recai apenas em países desenvolvidos é um argumento para ser desafiado. O argumento de que a CID deve ser prestada por esses países que estão “em uma posição para ajudar” deve ser fortemente considerado. Os países em desenvolvimento têm mostrado a sua capacidade para prestar a CID. O número crescente de iniciativas promovidas através da cooperação Sul-Sul, e em particular a cooperação brasileira no contexto do HIV abordados neste estudo, são exemplos que redirecionam a CID na saúde para atender às necessidades reais sem gerar dependência, como discutido neste estudo. Além disso, a rejeição da palavra “ajuda” na cooperação Sul-Sul parece enfatizar a necessidade de reafirmar os compromissos e responsabilidades de todas as partes envolvidas na CID.

As implicações da CID sobre as responsabilidades extraterritoriais dos Estados merece atenção. Vários instrumentos de direitos humanos e jurisprudência preveem que os Estados têm o dever de respeitar, proteger e realizar o direito à saúde, bem como para assumir a responsabilidade por qualquer ato ilícito cometido por seus agentes ou em seu nome. De uma perspectiva Sul-Sul, é essencial afirmar que CID serve para promover e para não prejudicar os processos de desenvolvimento.

A partir de uma abordagem de direitos humanos para a CID na área da saúde e, em particular no contexto do HIV, pode-se notar que normas e princípios internacionais de direitos humanos fornecem informações relevantes para a concepção e implementação de iniciativas. Por exemplo, no contexto do HIV, o estigma e a discriminação continuam a ser questões fundamentais. A CID não deve apenas evitar colocar em iniciativas lugar que possa ter um efeito discriminatório, mas também ser capaz de abordar medidas especiais para grupos ou populações que são geralmente excluídos da realização do direito à saúde.

O princípio da interdependência fornece a necessidade de abordar questões diferentes, a fim de resolver um problema. Como Mitlin e Hickey sugere, “[s]e desenvolvimento é essencialmente sobre o poder, e os direitos são uma forma de garantir a mudança estrutural,

abordando as desigualdades de poder e proteger os pobres, então os direitos tornou-se uma forma de abordar cada desafio do desenvolvimento"(MITLIN, HICKEY, 2009). Assim, em uma estratégia mais ampla da CID para promover o desenvolvimento no campo da saúde, é essencial para enfrentar as desigualdades sociais. Também não há dúvida de que a participação é um elemento fundamental em qualquer processo de desenvolvimento. Ao discutir as iniciativas de desenvolvimento do Banco Mundial, Santiso (2001, p.17) ressalta que "a participação ajuda a construir coalizões que apoiam a reforma política, enquanto a participação da sociedade civil ajuda a construir o capital social. Restringindo a participação na formulação de políticas muitas vezes enfraquece a legitimidade, prestação de contas e a qualidade das decisões feitas"<sup>155</sup>. Portanto, os Estados devem estabelecer um diálogo com as comunidades afetadas, reconhecendo sua liderança e sua percepção de suas próprias necessidades em vez de impor uma agenda. Um processo de múltiplas partes interessadas participativa e mecanismos formais para a participação devem ser estabelecidos.

O princípio da transparência é igualmente importante para a CID em saúde. A falta de transparência sobre o quanto, quais iniciativas estão sendo apoiados e onde elas estão sendo realizadas vem causando duplicidade. Ele também pode esconder outras informações relevantes que devem ser divulgadas, tais como as implicações do uso de certas tecnologias em saúde e impacto no meio ambiente. Para promover a transparência, a informação deve ser disponibilizada e acessível para aqueles que poderia interessar. Além disso, Andersson sugere que "a transparência exige um regulador para agir como guardião da integridade do processo" (ANDERSSON, 2008, p.136). No contexto da CID em saúde, a discussão sobre os canais e mecanismos para promover a transparência apropriadas ainda precisa ser aprofundada.

O princípio da coerência é também uma questão essencial para a promoção da CID eficaz na saúde. Países, portanto, devem ser cautelosos com a adoção de políticas dos doadores que não são coerentes com as suas próprias agendas. A este respeito, a questão da "condicionalidades" sobre as iniciativas de CID levanta críticas, especialmente dos países em desenvolvimento. A imposição de condicionalidades no âmbito da CID parece enfraquecer a propriedade das iniciativas e provocar outras consequências negativas. Embora os defensores de cooperação Sul-Sul chamar para não-condicionalidades, quando um acordo for estabelecido, a validade é que eles simplesmente não existem. O que deve ser distinguido é se todas as

---

155 Original em inglês: "[p]articipation helps to build coalitions supporting policy reform while the involvement of civil society helps build social capital. Restricting participation in policymaking often weakens the legitimacy, accountability and the quality of decisions made."



condicionalidades seria prejudicial ou se algumas condicionalidades (tais como o combate à corrupção) seria aceitável no contexto do CID em saúde.

Embora possa representar "uma tentativa por parte dos doadores a utilizar a ajuda como um incentivo para a reforma das políticas e instituições dos países em desenvolvimento", Santiso (2001, p.8, tradução nossa) argumenta que o "fracasso da condicionalidade para atingir os seus objetivos pretendidos e trazer reformas políticas sustentadas é amplamente reconhecido". Além disso, a "condicionalidade não pode substituir ou contornar propriedade nacional e compromisso com a reforma" (SANTISO, 2001, p.8). Desta forma, a cooperação Sul-Sul tenta substituir a relação doador-receptor com uma "parceria entre iguais". Todas as partes da CID têm igual peso na tomada de decisão, em particular para concordar sobre o que é necessário e o que pode ser oferecido para satisfazer as necessidades do país de destino. A prática, no entanto, desafia esse discurso, uma vez que nem sempre ambos países conseguem dialogar no mesmo patamar de igualdade.

Além disso, pode-se notar que os esforços estão em vigor para promover a coordenação das iniciativas de CID, a fim de permitir a eficácia. O princípio da coordenação prevê a necessidade de reunir vários doadores e iniciativas, considerando objetivos e mecanismos, tais como o Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária (Fundo Global). A coordenação exige mais uma vez diálogo entre os vários atores a partir de mecanismos já estabelecidos ou da criação deles.

Os instrumentos de literatura e internacionais de direitos humanos também dispõem que os mecanismos de controle e responsabilização devem ser estabelecidos em nome da eficácia da CID, a fim de assegurar a realização do direito à saúde. Notou-se que não só os Estados beneficiários da CID, mas também os países doadores devem ser responsabilizados por suas obrigações de direitos humanos na CID. Dessa forma, é importante que já na elaboração das iniciativas sejam criadas ferramentas que possibilitem seu monitoramento e responsabilização.

Embora a cooperação brasileira em HIV/AIDS parta da premissa do direito à saúde, a ausência de uma orientação específica de abordagem de cooperação baseada nos direitos humanos, deixa a questão dos direitos humanos à mercê de quem gere e implementa as iniciativas.

O reconhecimento internacional da política brasileira de enfrentamento ao HIV/Aids conduziu o país à prestação de cooperação técnica para outros países em desenvolvimento, via projetos coordenados pelo Ministério da Saúde, Agência Brasileira de Cooperação e pelo

Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids. Pode-se argumentar que a cooperação técnica brasileira em HIV promovida pelo CTIC, incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade, equidade e participação social, a partir do entendimento de que a saúde é um direito humano fundamental. A partir dos projetos desenvolvidos, poderia ser ainda entendido que a cooperação brasileira Sul-Sul em HIV considera:

- saúde como um direito humano fundamental e, portanto, age para promover o acesso universal à prevenção, diagnóstico, cuidados, tratamento e apoio ao HIV/AIDS;
- entende que as políticas, programas e estratégias em saúde devem considerar as necessidades e particularidades da população-alvo, em particular, as condições em que as populações mais vulneráveis à epidemia ao vivo, agindo para incluí-los em suas intervenções;
- compreende que existem importantes barreiras económicas e sociais para a realização do direito à saúde e, portanto, atua para promover os direitos humanos, incluindo a igualdade de gênero e ações intersetoriais;
- compreende a importância da participação da sociedade civil, e, portanto, suas atividades examinar a participação das organizações da sociedade civil dos países parceiros, especialmente as pessoas que vivem com HIV e populações mais vulneráveis.

A CID brasileira em HIV/Aids parece aplicar os princípios da não discriminação, da interdependência, participação, coerência e coordenação nas suas iniciativas. No entanto, como as abordagens tradicionais para a CID, ainda requer que transparência, monitoramento e prestação de contas sejam reforçadas.

Além disso, a diplomacia da saúde brasileira tem mostrado uma forte capacidade de promover a CID que podem minar o velho sistema de ajuda ditada por doadores e de cima para baixo, como Almeida sugere, tentando "ruptura com o modelo tradicional de transferência passiva, unidirecional de conhecimento e tecnologia, propondo, em vez de explorar as capacidades endógenas existentes de cada país e os recursos" (ALMEIDA, 2010, p.26).

Embora os princípios da não discriminação, da interdependência, participação, transparência, coerência e coordenação, monitoramento e prestação de contas sejam relevantes para a cooperação Sul-Sul, parece que ainda há algo faltando.

Uma das características principais de cooperação Sul-Sul é o compromisso com o efetivo desenvolvimento dos países envolvidos na CID. A partilha de conhecimentos e experiências

deverá permitir aos países a fazer progressos que podem ser sustentados a longo prazo. Esta mudança conceitual sobre a CID leva ao aprimoramento da CID, cujo enfoque deve ser nas capacidades, em detrimento de iniciativas de curto prazo e com resultados desconectados de uma estratégia mais ampla. A partir da Cooperação Sul-Sul promovida pelo governo brasileiro sugere-se que a sustentabilidade, gerada pela transferência eficaz do conhecimento é uma característica provocada por este tipo de cooperação. Concentrando-se em instituições que, uma vez bem estruturadas, são capazes de trabalhar de forma mais eficiente.

É o que a nova agenda global para o desenvolvimento propõe, a Agenda 2030 e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), que busca, a partir da abordagem de várias dimensões pautada nos direitos humanos, contribuir para o efetivo desenvolvimento. Dessa forma, a CID, percebida como uma ferramenta em construção, ainda tem muito a evoluir.

A participação pode ser entendida como um princípio catalizador dos direitos humanos, uma vez que a partir dele é possível conduzir à realização dos demais princípios de direitos humanos, dentre eles, a igualdade e não-discriminação, coerência e coordenação. É com a participação que as partes dão a conhecer suas necessidades e possíveis articulações com outras demandas e atores. Nesse sentido, este estudo sugere que a experiência brasileira na resposta ao HIV/AIDS pode trazer importantes contribuições para a reinvenção da CID, no sentido de possibilitar uma cooperação mais participativa e, conseqüentemente, baseada nos direitos humanos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 12.ª Conferência Nacional de Saúde:** Conferência Sergio Arouca. Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- ABC. **Agência Brasileira de Cooperação.** Disponível em: <http://www.abc.gov.br/abc/historico.asp> . Acesso em 15 abr. 2014.
- \_\_\_\_\_. **A Cooperação Técnica do Brasil para a África.** 2010. Disponível em: [http://www.abc.gov.br/content/abc/docs/catalogoabcafrica2010\\_p.pdf](http://www.abc.gov.br/content/abc/docs/catalogoabcafrica2010_p.pdf)
- \_\_\_\_\_. **Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul.** 2014b. Disponível em: [http://www.abc.gov.br/Content/ABC/docs/Manual\\_SulSul\\_Final-Diagramado\\_Corrigido\\_23-04-2014.pdf](http://www.abc.gov.br/Content/ABC/docs/Manual_SulSul_Final-Diagramado_Corrigido_23-04-2014.pdf) > Acesso em: 20 mar. 2015.
- ACCRA. **Agenda para Ação de Accra.** Terceiro Fórum de Alto Nível sobre a Eficácia da Ajuda. Accra, 2008.
- ALMEIDA, C. Brazil's conception of South-South "structural cooperation" in health. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde.** Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.23-32, Mar., 2010.
- ALSTON, Philip. Ships Passing in the Night: The Current State of the Human Rights and Development Debate Seen Through the Lens of the Millennium Development Goals. **Human Rights Quarterly**, Volume 27, Number 3, August 2005, pp. 755-829. Published by The Johns Hopkins University Press. Disponível em: <http://muse.jhu.edu/journals/hrq/summary/v027/27.3alston.html>>. Acesso em: 05 jan. 2015.
- ANDERSSON, K. **Transparency and Accountability in Science and Politics: The Awareness Principle.** Palgrave Macmillan, 2008.
- ARENDT, Hannah. **As origens do totalitarismo.** Trad. Roberto Raposo. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- ATTARAN, Amir; SACHS, Jeffrey. Defining and refining international donor support for combating the AIDS pandemic. **The Lancet.** Vol 357. January 6, 2001.
- AYLLÓN, B. P. **El papel de los 'donantes emergentes' en el sistema internacional de cooperación para el desarrollo: el caso de Brasil.** In: RODRIGUEZ, I.; TEIJO, C.

(Coord.). *Ayuda al Desarrollo: piezas para un puzzle*. Madrid: La Catarata, IUDC/UCM, 2009. p. 279-295.

\_\_\_\_\_. **A Cooperação Triangular e as transformações da cooperação internacional para o desenvolvimento**. Texto para discussão. IPEA, 2013.

AYRES, José Ricardo C.M. et al. *Aids, vulnerabilidade e prevenção*. Rio de Janeiro, ABIA/IMS-UERJ, II Seminário Saúde Reprodutiva em Tempos de Aids, 1997.

BARBOSA, L. A ABC e a cooperação internacional. *Via ABC*, p. 2, jul. 2005.

BARRIOS, Alejandro. **Brasil, de Receptor a Doador? O caso da cooperação em HIV/Aids do Brasil em Moçambique**. Dissertação de Mestrado. PPGDSCI, Universidade de Brasília. 2013.

BARNETT, Tony; PARKHURST, Justin. **HIV/AIDS: sex, abstinence, and behaviour change**. *The Lancet Infectious Diseases*, Volume 5, Issue 9, September 2005. P. 590-593.

BERMÚDEZ, Ximena Pamela Díaz; SEFFNER, Fernando. Liderança brasileira à luz da Declaração de Compromisso sobre HIV/Aids da UNGASS. *Rev Saúde Pública* 2006;40(Supl):101-8.

BRADLOW, D. Differing Conceptions of Development and the Content of International Development Law. *South African Journal on Human Rights*. Vol. 21, No. 1, 2005, 5-9; 18-24. Disponível em: <[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=788070](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=788070)> Acesso em 12 jan. 2014.

BRASIL. *Memorandum de Entendimento entre o Governo do Brasil e o UNAIDS*. 2005. Arquivo com a autora.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resposta Brasileira 2008-2009**. Relatório de Progresso do País. UNGASS. 2010. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50372/vers\\_o\\_final\\_2\\_9620.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50372/vers_o_final_2_9620.pdf)> Acesso em: 20 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saude. **Resposta PositHIVa**. 2010b. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/RESPOSTA\\_2010.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/RESPOSTA_2010.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2014.

- \_\_\_\_\_. Ministério das Relações Exteriores. **Balanco de Política Externa 2003-2010.** MRE, 2011. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/temas/balanco-de-politica-externa-2003-2010>>. Acesso em: 20 mar. 2014.
- BRAZIL. Ministry of Foreign Affairs. Note n.236. Speech of Minister Antonio Patriota on June 24th 2011 at the Seminar “Brazilian Technical Cooperation: Agriculture, Food Security and Social Policies”. 2011.
- \_\_\_\_\_. Statement by H. E. Minister of Health of Brazil Senator José Serra Special Session of the General Assembly of the United Nations on HIV/AIDS. New York, 27 June 2001.
- \_\_\_\_\_. **UNGASS – Brazilian Response 2005-2007. Country Progress Report.** 2008. Disponível em: [http://data.unaids.org/pub/Report/2008/brazil\\_2008\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2008/brazil_2008_country_progress_report_en.pdf) . Acesso em: 17 jul.2014.
- BRODIN, C. Le NEPAD, une initiative politique de l’Afrique penser son développement au XXIe siècle. In: *Annuaire Française de Relations Internationales*. Volume V. 2004. P. 364-375.
- BUSS, Paulo M. Brasil: Estruturando a Cooperação na Saúde. **The Lancet**. Publicado Online, 9 de maio de 2011. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/pdf/brazilporcom2.pdf>> Acesso em 20 out 2016.
- CABRAL, Lídia; WEINSTOCK, Júlia. Brazilian technical cooperation for development Drivers, mechanics and future prospects. London: ODI, 2010. Disponível em: <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/6137.pdf>
- CAMARGO, B. V. Sexualidade e representações sociais da aids. **Revista de Ciências Humanas**. Especial temática nº 3 (Representações sociais e interdisciplinaridade), 97-110. 2000.
- CAMARGO JR., K. R. Políticas públicas e prevenção em HIV/AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO, J; BESSA, M. S. **Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34. 1999.
- CARMICHAEL, S. e HAMILTON, C. **Black power: the politics of liberation in America**. New York, Vintage, 1967.
- CARNEIRO, Cláudia M. de Paula; PELLEGRINO, Nelson. **O acesso à saúde diante da epidemia da aids**. In: CÂMARA, Cristina; CARNEIRO, Cláudia M. de Paula (Orgs.). *O outro como um semelhante: direitos humanos e aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002

CASTILHO, Euclides. **Obrigado, Lair. Obrigado, guerreira!** In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Histórias da luta contra a AIDS / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Volume 2: As múltiplas visões que venceram o desconhecimento, a desinformação e o preconceito. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. P. 11-15. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57652/fasciculo\\_2\\_pdf\\_11922.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57652/fasciculo_2_pdf_11922.pdf)

CESCR. **General Comment 14. The right to the highest attainable standard of health** (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). E/C.12/2000/4. 2000.

China: 'rogue' donor or beacon of south-south co-operation? The Guardian. Guardian Profesional. 2 Abr 2013. Disponível em: <<https://www.theguardian.com/global-development-professionals-network/2013/apr/02/china-aid-africa-development>> Acesso em: 20 out. 2016.

CNS. **Ata da 221 RO**, de 11-12/05/2011.

COMPARATO, Fábio K. **A afirmação dos direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 2001.

D'ADESKY, Jacques. Pluralismo étnico e multi-culturalismo: racismos e anti-racismos no Brasil. Rio de Janeiro: Pallas, 2001.

**DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA**. 1978.

DEGNBOL-MARTINUSSEN, John; ENGBERG-PEDERSEN, Poul. **Aid: understanding international development cooperation**. London: Zed Books, 2003.

DEL BIANCO, Rosana. Brasil. **O início da História**. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Histórias da luta contra a AIDS / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Volume 7: Para quebrar barreiras e ultrapassar fronteiras. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. P. 7-9. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57652/fasciculo\\_07\\_pdf\\_32091.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57652/fasciculo_07_pdf_32091.pdf)> Acesso em: 05 jul. 2016.

DIAZ-BERMÚDEZ, X,P. **Cooperação Internacional**. In: Ministério da Saúde. (Org.). A Resposta Brasileira ao HIV/aids: Experiências Exemplares. 1ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999, v., P. 136-147.

\_\_\_\_\_. **O Programa Brasileiro de DST e HIV/Aids: algumas reflexões sobre sua atuação**. In: CASTRO, M.G.; SILVA, L. B. (Org.) Respostas aos desafios da AIDS no

- Brasil: limites e possibilidades. – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2005.  
Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001400/140095POR.pdf>>  
Acesso em: 02 set. 2015.
- DICKSON, Anna K. **Development and international relations: a critical introduction.** Cambridge: Polity Press, 1997.
- DONNELLY, Jack. Human Rights, Democracy and Development. **Human Rights Quarterly** 21, no. 2. Ago. 1999.
- EBOKO, Fred; NEMECKOVA, Tereza. **AIDS – Challenge to Health Security in Africa: Politics in Africa and Case study on Botswana.** In: Facing Global Environmental Change: environmental, human, energy, food, health and water security concepts. Vol.4. Hexagon Series. Berlin: Springer, 2009. P.553-562.
- ECOSOC. 1994/24. **Joint and co-sponsored United Nations programme on human immunodeficiency.**
- ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. 206p.
- ESTEVES, P. et AL. **BRICS, Cooperação para o Desenvolvimento e o Fórum de Busan.** BRICS Policy Center. Policy Brief. 2012. Disponível em: <<http://www.bricspolicycenter.org/homolog/uploads/trabalhos/3594/doc/1244424103.pdf>> ≥ Acesso em: 21 jul. 2014.
- FAIRCLOUGH, N. **Analysing Discourse: textual analysis for social research.** London e NYC: Routledge, 2003.
- FELDBAUM, H. et al. Global Health and Foreign Policy. **Epidemiologic Reviews.** 2010. Disponível em: <http://epirev.oxfordjournals.org>. DOI: 10.1093/epirev/mxq006. Acesso em 20 mar. 2014.
- FERRAREZI, E. Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e a agenda de reformas das políticas sociais. **Aminoácidos3**, Brasília: AED, 2002, pp.77-85.
- FIDLER, David. Globalization, International Law *and* Emerging Infectious Diseases. **Perspectives.** Vol. 2, No. 2— April-June 1996. P.77-84. Disponível em: <<ftp://ftp.cdc.gov/pub/eid/vol2no2/adobe/fidler.pdf>>. Acesso em 15 de junho de 2014.



- FLECK, Isabel. Governo mudará agência de cooperação. **Folha de São Paulo**. 19 Jul. 2013. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/mundo/2013/07/1313410-governo-mudara-agencia-de-cooperacao.shtml>> Acesso em 20 out. 2016.
- 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, Jan-Jun 2013. p.181-207.
- FILMER-WILSON, Emilie. **An Introduction into the Use of Human Rights Indicators for Development Programmes**. June 2005.
- FOCAC. "**Western Critics**" and "**African Concerns**" Impede China's Soft Power Building in Africa. <<http://www.focac.org/eng/zfgx/t1305065.htm> > Acesso em: 20 out. 2016.
- FONSECA, Claudia. Quando cada caso NÃO é um caso. **Revista Brasileira de Educação**. Jan/Fev/Mar/Abr. N. 10. 1999.
- FONTAINE, Dana de la. **South-South Cooperation between Brazil, India and South Africa**. Disponível em: <<http://www.ipc-undp.org/ipc/doc/ibsa/papers/ibsa8.pdf>> Acesso em: 23 abr. 2014.
- FRANKOVITS, André. Rejoinder: The Rights Way to Development. **Food Policy** 21, no. 1 (1996), 126. In: UVIN, 2002. P.2.
- G77. **Welcoming Remarks by the Honourable W. Baldwin Spencer, Prime Minister and Minister of Foreign Affairs of Antigua and Barbuda and Chair of the Group of 77 at the inaugural session of the High-Level Panel of Eminent Personalities on the Development Platform for the South**. St. John's, Antigua and Barbuda, 29 April 2008.
- GALVÃO, J. **1980-2001 – Uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo**. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.
- \_\_\_\_\_. **AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia**. Editora 34.
- GAURI, V. Chapter 5. Social Rights and Economics: Claims to Health Care and Education in Developing Countries. In: Alston, P. and Robinson, M. **Human Rights and Development towards Mutual Reinforcement**. Oxford University Press, 2005. P.65-83.
- GOMES, Renata Pinho Studart. **A construção do capital social na cooperação Sul-Sul. Brasil-Moçambique no combate ao HIV/AIDS**. Trabalho de Conclusão de Curso. FAJS, UniCEUB. Brasília, 2013.
- GÓMEZ, J. M. **Reinventando a comunidade política, globalizando a cidadania**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2000.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. v. 3. \_\_\_\_\_ . **Maquiavel, a Política e o Estado Moderno**. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1988.

HEALD, Suzette. It's never as easy as ABC: Understandings of AIDS in Botswana. **African Journal of AIDS Research**. Volume 1, Issue 1, 2002. P. 1-10.

HIDAKA, Leonardo. **Introdução ao Direito Internacional dos Direitos Humanos**. In.: LIMA JR, Jayme B. (org.). **Manual de Direitos Humanos Internacionais**. São Paulo: Ed. Loyola, 2002.

HRC. **General Comment 25: The right to participate in public affairs, voting rights and the right of equal access to public service (Art. 25)**. CCPR/C/21/Rev.1/Add.7. 07/12/1996.

HREA. **Guide for a human rights-based programming**. Prepared for the United Nations Development Program by Human Rights Education Associates (HREA). November 2007. Disponível em: <<http://www.hrea.org>>. Acesso em: 05 set. 2014.

HUNT, P. **Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health**. UN Doc. A/HRC/7/11, 31 January 2008.

IAS. **Statement by Dr. N. m. Samuel, Governing council member of the International aids society**. New York, June 27, 2001.

IBSA. **India-Brazil-South Africa Dialogue Forum**. Fourth Summit of Heads of State/Government. Brasilia Declaration. 15 April 2010. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/temas-mais-informacoes/saiba-mais-ibas/documentos-emitidos-pelos-chefes-de-estado-e-de/4th-ibsa-summit-declaration>> . Acesso em: 15 jan. 2015.

ICTC. **Activity Report 2005 – 2010**. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. **Summary of LAC and African projects**. Brasília, 2010b. Arquivo com a autora.

ILGA. **Sexual orientation laws in the world – Criminalization**. 2016. Disponível em: <<http://ilga.org/what-we-do/lesbian-gay-rights-maps/>> Acesso em: 22 set 2016.

IPEA. **Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: 2011 - 2013** / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Agência Brasileira de Cooperação. Brasília: IPEA, ABC, 2016. Disponível em:

<[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=28542](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28542)

> Acesso em: 22 set 2016.

KABUNDA, Mbuyi. (Coord.) **África y la cooperación con el Sur desde el Sur**. Madrid, Los libros de la Catarata/Casa África, 2011.

KAUL, Inge; FAUST, Michael. **Global public goods and health: taking the agenda forward**. *Bull World Health Organ* [online]. 2001, vol.79, n.9, pp. 869-874. ISSN 0042-9686.

LANDMAN, Todd) Rigorous morality: norms, values, and the comparative politics of human rights. **Human Rights Quarterly**, 38 (1). 2016. p. 1-20.

LIMA, T.G.F.M. S; CAMPOS, R. P. O perfil dos projetos de cooperação técnica brasileira em aids no mundo: explorando potenciais hipóteses de estudo. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.119-133, mar., 2010. P. 119-133.

LITH. Liverpool Associates in Tropical Health. **Independent Evaluation of International Center for Technical Cooperation on HIV/AIDS (ICTC)**. 2009.

LOURES, Luiz. **A resposta brasileira**. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Histórias da luta contra a AIDS / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Volume 7: Para quebrar barreiras e ultrapassar fronteiras. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. P.11-14. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57652/fasciculo\\_07\\_pdf\\_32091.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57652/fasciculo_07_pdf_32091.pdf)> Acesso em: 22 set .2016.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática": anos 80. **Physis**, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73311991000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311991000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 Set. 2016.

MAASTRICHT UNIVERSITY; INTERNATIONAL COMMISSION OF JURISTS. **Maastricht Principles on Extraterritorial Obligations of States in the area of Economic, Social and Cultural Rights**. 29 February 2012. Disponível em: <http://www2.lse.ac.uk/humanRights/articlesAndTranscripts/2011/MaastrichtEcoSoc.pdf> Acesso em: 22 mar. 2014.

MALINOWSKI, B. **Os Argonautas do Pacífico Ocidental**. In: *Ethnologia*, n.s, n. 6-8, p. 17-37, 1997.

MARQUES, Maria Cristina da Costa. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos** [online]. 2002, vol.9, suppl., pp. 41-65. ISSN 0104-

5970. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702002000400003>>. Acesso em: 22 set. 2016.
- MESQUITA, J.; HUNT, P.; KHOSLA, R. 'Chapter 5 The Human Rights Responsibility of International Assistance and Cooperation in Health'. In: Skogly, S. and Mark Gibney (eds.) **Universal Human Rights and Extraterritorial Obligations**. University of Pennsylvania Press, 2010. P. 104-129.
- MILANI, Carlos R. S. **Atores e agendas no campo da política externa brasileira de direitos humanos**. In PINHEIRO, Leticia & MILANI, Carlos R. S. Política Externa Brasileira: as práticas da política e a política das práticas. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 2012, p. 33-70.
- \_\_\_\_\_. Discursos y mitos de la participación social en la cooperación internacional para el desarrollo: una mirada a partir de Brasil. **Revista española de desarrollo y cooperación**, vol. 22, p. 161-182, 2008. Disponível em: <<https://carlosmilani.files.wordpress.com/2012/12/13264-rev-esp-22-f1.pdf>> Acesso em 02 jan. 2015.
- MILANI, Carlos; CARVALHO, Tassia. Cooperação Sul-Sul e Política Externa: Brasil e China no continente africano. **Estudos internacionais**. V. 1 n. 1 jan-jun 2013 p. 11-35. Disponível em: <<http://fes.org.br/brasilnomundo/wp-content/uploads/2014/06/milani-estudosinternacionais-2.pdf>> Acesso em: 22 set 2016.
- MITLIN, Diana; HICKEY, Sam. Chapter 1. In: MITLIN, Diana; HICKEY, Sam (editors). **Rights-based approaches to development. Exploring the potential and pitfalls**. Kumarian Press, 2009.
- MOREIRA, M. **Brazil's trade policy: Old and new issues**. In: Brainard, L; Martinez-Diaz, L. (Eds.), **Brazil as economic superpower: Understanding Brazil's changing role in the global economy**. Washington D.C.: Brookings Institution Press, 2009. P. 137–158.
- MURRAY, R. **The African Commission on Human and Peoples' Rights and International Law**. Hart Publishing, 2000.
- NAÇÕES UNIDAS. **Declaração do Milênio**. Cimeira do Milênio. Nova Iorque, 6-8 de setembro de 2000. Disponível em: <<https://www.unric.org/html/portuguese/uninfo/DecdoMil.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2014.
- NATTRASS, N. **The power of numbers: a critical review of MDG targets for human development and human rights**. Working paper series. MDG 6: Aids and the international health agenda. May 2013. Disponível em: [fxb.harvard.edu/wp-content/uploads/.../Synthesis-paper-PoN\\_Final1.pdf](http://fxb.harvard.edu/wp-content/uploads/.../Synthesis-paper-PoN_Final1.pdf). Acesso em: 17 fev. 2015.

- NGUYEN, V. et al. Adherence as therapeutic citizenship: impact of the history of access to antiretroviral drugs on adherence to treatment. **AIDS** 2007, 21 (suppl 5):S31–S35.
- Nunn, Amy. **The Politics and History of AIDS Treatment in Brazil**. Nova Iorque: Springer, 2009.
- NYAMU-MUSEMBI, Celestine; CORNWALL, Andrea. What is the “rights-based approach” all about? Perspectives from international development agencies. **IDS Working Paper 234**. Nov. 2004.
- OCDE. **Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda ao Desenvolvimento**. 2005. Disponível em: <<https://www.oecd.org/dac/effectiveness/38604403.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.
- \_\_\_\_\_. **Parceria de Busan para uma cooperação eficaz para o desenvolvimento**. República da Coreia, 2011. Disponível em: <[https://www.oecd.org/dac/effectiveness/OUTCOME%20DOCUMENT%20-%20FINAL%20\(POR\).pdf](https://www.oecd.org/dac/effectiveness/OUTCOME%20DOCUMENT%20-%20FINAL%20(POR).pdf)>
- \_\_\_\_\_. Organization of Economic Cooperation and Development. **Is it ODA?** Factsheet, November, 2008.
- ODI. **Achieving economic and social rights: The challenge of assessing compliance**. Briefing paper 46. December 2008. Disponível em: <<http://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/2340.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2015.
- ONU. **Declaração de Compromisso sobre o VIH/SIDA. Sessão Extraordinária da Assembleia Geral sobre o VIH/SIDA**. 25-27 de junho de 2001.
- \_\_\_\_\_. **Declaração Política sobre HIV/VIH / AIDS/SIDA: Intensificando nossos Esforços para Eliminar o HIV/VIH / AIDS/SIDA**. Resolução adotada pela Assembleia Geral em 10 de junho de 2011.
- PARKER, R. Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/Aids no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/Aids, 1982-1996. **Divulg Saúde Debate**. 2003. 27, P.8-49.
- PARKER, R. **A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA, IMS/UERJ/Relume Dumará. 1994.
- PARSONS, Wayne. **Políticas Públicas: uma introducción a la teoria y la práctica del análisis de políticas públicas**. México, FLACSO, 2007. P.141.

- PATTERSON, David and LONDON, Leslie. **International law, human rights and HIV/AIDS**. *Bull World Health Organ* [online]. 2002, vol.80, n.12, pp. 964-969. ISSN 0042-9686.
- PETRIK, Jaroslav. **Securitizaion of Official Development Aid: Analysis of Current Debate**. In: International Peace Research Conference, Belgium, 2008.
- PIOT, Peter; COLL SECK, Awa Marie. **International response to the HIV/AIDS epidemic: planning for success**. *Bull World Health Organ* [online]. 2001, vol.79, n.12, pp. 1106-1112. ISSN 0042-9686. Acesso em 17 de fevereiro de 2015.
- POTTS, H. **Participation and the right to the highest attainable standard of health**. Disponível em: [http://www.essex.ac.uk/human\\_rights\\_centre/research/rth/docs/Participation.pdf](http://www.essex.ac.uk/human_rights_centre/research/rth/docs/Participation.pdf). Acesso em 25 abr.2014.
- PNUD. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2013**. A Ascensão do Sul: Progresso Humano num Mundo Diversificado. 2013. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2013/download/pt/> Acesso em: 23 nov. 2015.
- RAMALHO, V.; RESENDE, V. M. **Análise de discurso (para a) crítica: o texto como material de pesquisa**. Campinas: Pontes, 2011.
- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. **Les Priorites de la Cooperation pour l'Afrique Subsaharienne et le Nouveau Partenariat pour lêDeveloppementdel l'Afrique (NEPAD)**. Premier Ministre. Haut Conseil de la Cooperation Internationale. A Jacques Bugnicourt, en hommage à son rôle en Afrique Rapport, Avril 2002. pp1-45.
- RIST, Gilbert. **El desarrollo: história de una creencia occidental**. Madri: Ed. Catarata, IUDC, 2002.
- SANO, Hans-Otto. Development and Human Rights: The Necessary, but Partial Integration of Human Rights and Development. **Human Rights Quarterly** 22, n. 3. 2000. P. 742.
- SANTISO, C. Good Governance and Aid Effectiveness: The World Bank and Conditionality. **The Georgetown Public Policy Review**. Volume 7 Number 1 Fall 2001, pp.1-22. P.4.
- SANTOS, A.V. **Discurso, Ideologia e Poder: Uma Análise da Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional (2003-2010)**. Dissertação de Mestrado. PPGDSCI, Universidade de Brasília. Brasília, 2015. 116p.
- SARAIVA, M. G. South-South cooperation strategies in Brazilian Foreign Policy from 1993 to 2007. **Rev. Bras. Polít. Int.** 50 (2). 2007. P. 42-59.

- SCHMITZ, H.P. A Human Rights-Based Approach (HRBA) in Practice: Evaluating NGO Development Efforts. **Polity** . Volume 44, Number 4 . October 2012 2012. P.523-541.
- SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. Cengage Learning, 2011.
- SEFFNER, F. **O conceito de vulnerabilidade: uma ferramenta útil em seu consultório**. Disponível em: <[www.aids.gov.br/sites/default/files/vulnerabilidade.rtf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/vulnerabilidade.rtf)> Acesso em: 16 fev. 2015.
- SENGUPTA, Arjun. Realizing the right to development. **Development and Change** 31(3). 2000a. P. 553–578.
- \_\_\_\_\_. Right to Development as a Human Right. **Economic and Political Weekly**, Vol. 36, No. 27 (Jul. 7-13, 2001), pp. 2527-2536. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/4410829>>. Acesso em: 04 mar 2016.
- SKOGLY, Sigrun I.; GIBNEY, Mark. Transnational Human Rights Obligations. **Human Rights Quarterly**, Vol. 24, No. 3 (Aug., 2002), pp. 781-798. The Johns Hopkins University Press. Disponível em:< <http://www.jstor.org/stable/20069627>>. Acesso em: 04 mar 2016.
- SOUSA, Sarah-Lea. “Brazil as an Emerging Actor in International Development Cooperation: A Good Partner for European Donors?” German Development Institute, Die: Briefing paper 5. 2010. Disponível em: <<http://www.fride.org/publication/750/>> Acesso em: 22 out. 2014.
- TEIXEIRA, Ana Cláudia Chagas. **Para além do voto: uma narrativa sobre a democracia participativa no Brasil (1975-2010)**. Tese de Doutorado. Unicamp. Campinas, 2013. 174p.
- TEIXEIRA, Paulo. **O Programa Nacional. 30 anos de compromisso**. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Histórias da luta contra a AIDS / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Volume 4: Três personagens que marcaram a história. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. P. 7-9. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57652/fasciculo\\_04\\_pdf\\_92865.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57652/fasciculo_04_pdf_92865.pdf)> Acesso em: 12 ago. 2015.
- TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco. 1989. p. 17–46.
- THE ECONOMIST. Brazil's foreign-aid programme. Speak softly and carry a blank cheque. The Economist. Jul 15th 2010. Disponível em: [http://www.economist.com/node/16592455?story\\_id=16592455](http://www.economist.com/node/16592455?story_id=16592455) . Acesso em: 25 abr. 2014.

TOMASEVSKI, Katarina. **Development Aid and Human Rights Revisited**. New York: Pinter, 1993.

UN. **Road Map towards the implementation of the United Nations Millennium Declaration: Report of the Secretary General**. 6 Sept 2001. 56<sup>th</sup> Session. 2001. Disponível em: [http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/SGReports/56\\_326/a\\_56\\_326e.pdf](http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/SGReports/56_326/a_56_326e.pdf). Acesso em: 16 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. **The Millennium Development Goals Report 2007**. United Nations, New York, 2007. Disponível em: <<http://www.un.org/millenniumgoals>>. Acesso em: 16 fev. 2015.

UN Fact Sheet. **The International Partnership against Aids in Africa**. 2001. Disponível em: [http://www.un.org/ga/aids/ungassfactsheets/html/fsipaa\\_en.htm](http://www.un.org/ga/aids/ungassfactsheets/html/fsipaa_en.htm) Acesso em: 16 fev. 2015.

UNAIDS. **AIDS dependency crisis. Sourcinf African Solutions**. 2012. Disponível em: <[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2286\\_Sourcing-African-Solutions\\_en\\_1.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2286_Sourcing-African-Solutions_en_1.pdf)> Acesso em: 16 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. **Aids response in África**. 2013. Disponível em: <[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/20130521\\_Update\\_Africa.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/20130521_Update_Africa.pdf)> Acesso em: 16 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. **Global report**. 2013.

\_\_\_\_\_. **90-90-90. An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic**. 2014. Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/90-90-90\\_en\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf)

\_\_\_\_\_. **AIDS Dependency Crisis: Sourcing African Solutions**. Speech. Michel Sidibé, Executive Director of UNAIDS. Addis Ababa, Ethiopia. 26th Summit of the NEPAD Heads of State and Government Orientation Committee. 28 January 2012. Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20120128\\_SP\\_EXD\\_NEPAD-AU-Summit\\_en\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20120128_SP_EXD_NEPAD-AU-Summit_en_0.pdf) Acesso em: 14 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. **AIDS plus MDGs: Synergies that serve people**. UNAIDS, Geneva, 2011. Disponível em: [http://www.unaidsrstea.org/sites/default/files/aids\\_and\\_mdg.pdf](http://www.unaidsrstea.org/sites/default/files/aids_and_mdg.pdf) Acesso em 17 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. **Abuja +12. Shaping the future of health in Africa**. 2013.

\_\_\_\_\_. **How Aids changed everything. 2015. MDG 6: 15 years, 15 lessons of hope from the aids response**. Disponível em:



[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/MDG6Report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf) Acesso em 15 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **The UNAIDS Report.** 1999. Disponível em: <[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub01/jc208-corporeport\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub01/jc208-corporeport_en.pdf)>. Acesso em: 18 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. **Three one key principles.** 2004. Disponível em: <[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/una-docs/three-ones\\_keyprinciples\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/una-docs/three-ones_keyprinciples_en.pdf)> Acesso em: 18 jun. 2014.

UNDG. **UN Statement of Common Understanding on Human Rights-Based Approach to Development Cooperation and programming.** 2003. Disponível em: <[http://www.undg.org/archive\\_docs/6959-The\\_Human\\_Rights\\_Based\\_Approach\\_to\\_Development\\_Cooperation\\_Towards\\_a\\_Common\\_Understanding\\_among\\_UN.pdf](http://www.undg.org/archive_docs/6959-The_Human_Rights_Based_Approach_to_Development_Cooperation_Towards_a_Common_Understanding_among_UN.pdf)>. Acesso em: 05 jan. 2015.

UNDP. **Human Development Report 2001.**

\_\_\_\_\_. **Indicators for Human Rights Based Approaches to Development in UNDP Programming: A User's Guide.** 2006. Disponível em: <<http://gaportal.org/sites/default/files/HRBA%20indicators%20guide.pdf>>. Acesso em: 06 Set. 2015.

UNICEF. **Fact Sheet. The Right to Participation.** Disponível em: <http://www.unicef.org/crc/files/Right-to-Participation.pdf>. Acesso em: 23 jul.2014

UNSC. **Security Council Resolution 1308 (2000) on the Responsibility of the Security Council in the Maintenance of International Peace and Security: HIV/AIDS and International Peace-keeping Operations.** Disponível em: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/basedocument/2000/20000717\\_un\\_sresolution\\_1308\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/basedocument/2000/20000717_un_sresolution_1308_en.pdf) Acesso em: 11 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. **United Nations Security Council Resolution 1983.** 2011. Disponível em: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/unsc/20110607\\_UNSC-Resolution1983.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/unsc/20110607_UNSC-Resolution1983.pdf) Acesso em: 11 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. United Nations Security Council. **Report on the 4087<sup>th</sup> meeting.** 10 January 2000. <http://www.securitycouncilreport.org/atf/cf/%7B65BF9B-6D27-4E9C-8CD3-CF6E4FF96FF9%7D/CC%20SPV%204087.pdf> Acesso em: 14 fev. 2015.

US. Correspondence between the US Embassy in Maputo and the US government. 05MAPUTO725. REF: A. PRAIA 268 B. STATE 102443. Disponível em: <http://apublica.org/2011/06/05maputo725/> Acesso em: 23 mar. 2014.

UVIN, Peter. From the right to development to the rights-based approach: how ‘human rights’ entered development. **Development in Practice**, Volume 17, Numbers 4–5, August 2007. Disponível em: <[http://transparentsea.co/images/6/66/Urvin\\_2007.pdf](http://transparentsea.co/images/6/66/Urvin_2007.pdf)>. Acesso em: 06 Set. 2015.

\_\_\_\_\_. On High Moral Ground: The Incorporation of Human Rights by the Development Enterprise. **PRAXIS The Fletcher Journal of Development Studies**. V. XVII. 2002. Disponível em: <<http://fletcher.tufts.edu/~media/Fletcher/Microsites/praxis/xvii/Uvin.pdf>>. Acesso em: 06 Set. 2015.

UWI. **Technical Cooperation on HIV/AIDS between CARICOM/PANCAP and the Government of Brazil. Estudo de caso.** 2011.

VALENTE, Ana Lúcia Eduardo Farah; TERTO, Angela Pires. **Capítulo 5 - A interculturalidade no contexto da cooperação internacional para o desenvolvimento: uma chamada à garantia dos direitos humanos.** In: OTERO, M.; OLIVEIRA, M.M.; TIBÚRCIO, B.A.; RAMÍREZ, A.R. Agricultura e desenvolvimento rural sustentável: desafios da cooperação técnica internacional. Brasília: IICA, 2015. P. 185-203. Disponível em: [http://www.iicabr.iica.org.br/wp-content/uploads/2015/04/Agricultura\\_DesenvRuralSust.pdf](http://www.iicabr.iica.org.br/wp-content/uploads/2015/04/Agricultura_DesenvRuralSust.pdf) Acesso em: 22 jun. 2016.

VALTERÁN, Arelisando. **Los derechos económicos, sociales y culturales. Una revisión del contenido esencial de cada derecho y de las obligaciones del Estado.** 2001.

VAN DE WALLE, Nicolas. **African Economies and the Politics of Permanent Crisis, 1979-1999.** Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

\_\_\_\_\_. **The Democratization of Political Clientelism in Sub-Saharan Africa.** Cornell University. May 2009. Prepared for delivery at the 3rd European Conference on African Studies, Leipzig, Germany, June 4-7. 2009.

VAN DONK, Mirjam. “Positive” urban futures in sub-Saharan Africa: HIV/AIDS and the need for ABC (A Broader Conceptualization). **Environment and Urbanization**, 18. 2006. P. 155– 175.

- VIGEVSAI, T; CEPALUNI, G. Lula's foreign policy and the quest for autonomy through diversification. **Third World Quarterly**, 28 (7) (2007), pp. 1309–1326.
- VILJOEN, F. *International human rights law in Africa*, Oxford University Press, 2007.
- WA MATUA, M, 'The Banjul Charter and the African Cultural Fingerprint: an Evaluation of the Language of Duties', 35 V. **J. Int'l L.** (1995) 339-80.
- WAMPLER, B. Transformando o Estado e a sociedade civil por meio da expansão das comunidades política, associativa e de políticas públicas. In: AVRITZER, L. (org.). **A dinâmica da participação local no Brasil**. São Paulo: Cortez, v. 3, 2010.
- WINDFUHR, Michael. Economic, Social and Cultural Rights and Development Cooperation. In: **Working Together: The Human Rights Based Approach to Development Cooperation** - Report of the NGO Workshop, eds. Andre Frankovits and Patrick Earle (Stockholm: October 16-19, 2000), 25.
- WOGART, Jan. et al. AIDS, Access to Medicines, and the Different Roles of the Brazilian and South African Governments in Global Health Governance. **GIGA Working Papers**. N.º 86. Sept. 2008. Disponível em: [https://www.giga-hamburg.de/en/system/files/publications/wp86\\_wogart\\_calcagnotto\\_hein\\_soest.pdf](https://www.giga-hamburg.de/en/system/files/publications/wp86_wogart_calcagnotto_hein_soest.pdf)  
Acesso em: 12 jul. 2014
- WHO. **Statement at an informal briefing on AIDS to the 42nd Session of the United Nations General Assembly**. 20 Oct 1987. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/61546/1/WHO\\_SPA\\_INF\\_87.12.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/61546/1/WHO_SPA_INF_87.12.pdf?ua=1).  
Acesso em: 18 jun. 2014.
- WORLD BANK. **Gender Equality and Development: World Development Report 2012**. Washington, DC: World Bank, 2012.
- \_\_\_\_\_. **Intensifying Action against HIV/AIDS in Africa: Responding to a Development Crisis**. World Bank, Washington. 1999. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/AFRICAEXT/Resources/aidstrat.pdf> Acesso em: 16 fev. 2015.
- YUNES, J. Participação social em saúde. **Documento de subsídio para o Tema II – Reformulação do Sistema Nacional de Saúde**. 8º Conferência Nacional de Saúde. 1986. P.133-139. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0219VIIIcns.pdf>.  
Acesso em: 20 mar. 2016.

## Anexo A - Roteiro de entrevista semi-estruturada

A pesquisadora deve apresentar o objetivo da pesquisa e buscar a anuência do/a entrevistado/a ressaltando questões éticas e de confidencialidade (ver termo de consentimento anexo).

**Perfil do(a) entrevistado(a) :** Gestores da cooperação (contrapartes de formulação; contrapartes de implementação – consultoras/profissionais de saúde do governo e sociedade civil) do Brasil e países africanos, incluindo pessoas que vivem com HIV/AIDS vinculadas ao governo e aos movimentos sociais.

Perguntas da pesquisa	Perguntas para entrevista	Observações
Como os países cooperam?	<p><b>Pergunta introdutória</b> – Me fale da sua atuação na cooperação internacional?</p> <p>Possíveis desdobramentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual o papel da sua organização na cooperação brasileira?</li> <li>• Como a iniciativa é/foi formulada?</li> <li>• Como as ações são/foram executadas?</li> </ul>	<p>A partir da fala da Pessoa entrevistada será possível identificar o papel que ela exerce na cooperação bem como se atua na cooperação com vários atores.</p> <p>A pergunta também busca identificar a forma como a cooperação tem sido realizada, sob a perspectiva dos diversos atores bem como se há enfoque de direitos humanos (explícito ou não).</p>
Como a cooperação internacional pode contribuir para a promoção do desenvolvimento?	<p>Para você qual é o papel da cooperação internacional?</p> <p>Da forma como as iniciativas são implementadas você acredita que elas podem contribuir para a promoção do desenvolvimento?</p>	<p>Busca identificar como os parceiros da cooperação deveriam se comportar.</p> <p>Visa identificar elementos relacionados a realização dos direitos humanos, responsabilidade dos atores da cooperação bem como conceito de desenvolvimento adotado.</p> <p>Pode resultar em uma lista de reclamações ou demandas; compartilhamento de frustrações ou satisfação.</p>
Como o direito à saúde pode moldar a cooperação internacional nesse tema?	<p>Como você vê a cooperação brasileira em HIV/AIDS?</p> <p>Possíveis desdobramentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ela é diferente da cooperação com outros países?</li> <li>• Quais as vantagens proporcionadas pela abordagem brasileira?</li> <li>• Quais os obstáculos enfrentados pela ou frente à abordagem brasileira?</li> </ul>	<p>Visa identificar elementos diferenciais da cooperação brasileira. As perguntas de desdobramentos podem incluir referências à atuação em direitos humanos, participação, interdependência e transparência nas iniciativas.</p> <p>Pode resultar em uma lista de reclamações ou demandas; compartilhamento de frustrações ou satisfação</p>

## **Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**Cooperação Internacional para o Desenvolvimento e Direitos Humanos: um estudo de caso sobre as relações Brasil-África em HIV/AIDS**”, de responsabilidade de Angela Pires Terto, aluna de doutorado do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional, da Universidade de Brasília, sob a orientação da Prof. Dra. Ana L. E.F. Valente. O objetivo desta pesquisa é analisar a influência do enfoque de direitos humanos na cooperação brasileira em HIV/AIDS para a promoção do desenvolvimento no período de 2000 à 2015. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas, fitas de gravação ou filmagem, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de *entrevistas*, que serão audio-gravadas. É para este procedimento que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco.

Espera-se com esta pesquisa contribuir para o desenho e implementação de uma cooperação para o desenvolvimento que tenha condições de fortalecer as capacidades e oportunidades locais visando o efetivo desenvolvimento.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone (61) 983010328 ou pelo e-mail [angelapiresp@gmail.com](mailto:angelapiresp@gmail.com).

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de uma reunião de apresentação dos resultados finais, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/IH. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do e-mail do CEP/IH [cep\\_ih@unb.br](mailto:cep_ih@unb.br).

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o senhor(a).

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

## **Anexo C – Termo de Responsabilidade pelo Uso de Informações e Cópias de Documentos para Fins de Pesquisa**

ANGELA PIRES TERTO, portadora do documento de identificação de nº (xxxxxxx) e do CPF nº (xxxxxxx) domiciliado(a) à(ao)/no (endereço completo), Brasília, DF

DECLARA estar ciente:

- a) De que os documentos aos quais solicitou acesso e/ou cópias são custodiados pelo(a) *[nome da instituição responsável pelos documentos]*;
- b) Da obrigatoriedade de, por ocasião da divulgação, se autorizada, das referidas reproduções, mencionar sempre que os respectivos documentos em suas versões originais pertencem ao acervo do/da *[nome da instituição responsável pelos documentos]*;
- c) De que as cópias dos documentos objetos deste termo não podem ser repassadas a terceiros;
- d) Das restrições a que se referem os art. 4 e 6 da Lei nº 8.159 de 08.01.1991 (Lei de Arquivos); da Lei nº 9610, de 19.02.1998 (Lei de Direitos Autorais); dos art. 138 e 145 do Código Penal, que prevê os crimes de calúnia, injúria e difamação; bem como da proibição, decorrente do art. 5º, inciso X, da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, de difundir as informações obtidas que, embora associadas a interesses particulares, digam respeito à honra e à imagem de terceiros;
- e) De que a pessoa física ou jurídica, responsável pela utilização dos documentos, terá inteira e exclusiva responsabilidade, no âmbito civil e penal, a qualquer tempo, sobre danos materiais ou morais que possam advir da divulgação das informações contidas nos documentos bem como do uso das cópias fornecidas, eximindo, conseqüentemente, de qualquer responsabilidade, *[nome da instituição responsável pelos documentos]*;

DECLARA igualmente que as informações e as cópias fornecidas serão utilizadas exclusivamente por ANGELA PIRES TERTO para fins de pesquisa no âmbito do projeto “Cooperação Internacional para o Desenvolvimento e Direitos Humanos: um estudo de caso sobre as relações Brasil-África em HIV/AIDS” vinculado ao Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional, da Universidade de Brasília.

Brasília, de \_\_\_\_\_ de 2015.

---

Assinatura da pesquisadora

**Anexo D – Aceite institucional**

O(A) Sr./Sra. *nome completo do responsável pela instituição, cargo do(a) responsável* do(a) *nome completo da instituição onde os dados serão coletados*, está de acordo com a realização da pesquisa *Cooperação Internacional para o Desenvolvimento e Direitos Humanos: um estudo de caso sobre as relações Brasil-África em HIV/AIDS*, de responsabilidade da pesquisadora *ANGELA PIRES TERTO*, aluna de *doutorado* no Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional, da Universidade de Brasília, realizado sob orientação de *Ana Lucia E.F. Valente*, após revisão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília – CEP/IH.

O estudo envolve a realização de entrevistas, observação participante e revisão documental junto a profissionais que atuam na gestão e implementação de projetos de cooperação bem como seus beneficiários. A pesquisa terá a duração de *semanas/meses/anos*, com previsão de início em *mês/ano* e término em *mês/ano*.

Eu, *nome completo do responsável pela instituição, cargo do(a) responsável* do(a) *nome completo da instituição onde os dados serão coletados*, declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Brasília, de de 20 .

Nome do(a) responsável pela instituição

Assinatura e carimbo do(a) responsável pela instituição

## Anexo E – Atos normativos internacionais bilaterais em HIV/AIDS

2010	<u>Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República do Suriname para a Implementação do Projeto “Fortalecimento da Resposta à Epidemia Do HIV/AIDS no Suriname”</u>
2010	<u>Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo de Barbados para a Implementação do Projeto “Fortalecimento do Combate ao HIV em Barbados”</u>
2010	<u>Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República da Zâmbia para Implementação do Projeto “Fortalecimento do Plano Nacional Estratégico para HIV/AIDS”</u>
2010	<u>Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República da Guiné-Bissau para Implementação do Programa de Combate ao HIV/SIDA na Guiné-Bissau</u>
2008	Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica entre o Brasil e o Quênia para Implementação do Projeto “Fortalecimento das Ações de Combate ao HIV/AIDS no Quênia” — Sistema Atos Internacionais
2008	<u>Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Brasil e Gana para Implementação do Projeto “Fortalecimento das Ações de Combate ao HIV/AIDS em Gana”</u>
2006	<u>Memorando de Entendimento sobre Cooperação Técnica na Área de HIV/AIDS</u> - Botsuana
2006	<u>Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo do Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte sobre Cooperação na Área de HIV/AIDS.</u>
2006	<u>Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica, Científica e Tecnológica para Implementação do Projeto “Fortalecimento da Resposta à Epidemia de HIV/AIDS em El Salvador</u>
2006	<u>Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica para Implementação do Projeto “Implementação e Adequação das Normas Técnicas da Estratégia Sanitárias Nacional de Combate à DST/HIV/AIDS”</u> - Peru



2005	<u>Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Brasil e Cabo Verde para Implementação do ``Programa de Cooperação Internacional em HIV/AIDS - FASE II ``</u>
2005	<u>Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Brasil e Guiné-Bissau para Implementação do ``Programa de Cooperação Internacional em HIV/AIDS - FASE II</u>
2005	<u>Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe para a Implementação do Projeto Ações de Prevenção e Controle do Vírus da Deficiência Imunológica Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Hiv/Aids) em São Tomé e Príncipe</u>
2005	<u>Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica para Implementação do "Programa de Cooperação Internacional em HIV/AIDS - Fase II" – Timor Leste</u>
2005	<u>Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica para Execução do Projeto "Apoio ao Programa Nacional de Prevenção e Controle de DST/HIV/AIDS da Guatemala"</u>
2004	<u>Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica, Científica e Tecnológica para Implementação do Projeto Assistência e Tratamento a Pessoas vivendo com HIV/AIDS em El Salvador.</u>
2003	<u>Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica, Científica e Tecnológica para Implementação do Projeto Prevenção e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Vírus de Deficiência Imunológica Humana e a síndrome de Imunodeficiência Adquirida (DST/HIV/AIDS). – Bolívia</u>
2003	<u>Memorandum de Entendimento no Âmbito do Programa de Cooperação Internacional do Ministério da Saúde do Brasil. (HIV e AIDS) – Moçambique</u>
2003	<u>Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica para Implementação do Projeto ``Fortalecimento da Capacidade de Resposta do Programa de Prevenção e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Vírus de Deficiência Imunológica Humana e a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (DST/HIV/AIDS) do Equador ``.</u>
2003	<u>Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica para Implementação do Projeto Prevenção e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Vírus de Deficiência Imunológica Humana e a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (DST/HIV/AIDS) no Peru.</u>
2003	<u>Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica para Implementação do Projeto Assistência e Tratamento a Pessoas Vivendo com HIV/AIDS no Paraguai</u>

2003	<u>Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica para Implementação do Projeto Assistência e Tratamento a Pessoas Vivendo com HIV/AIDS na Colômbia.</u>
2002	<u>Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica para Implementação do Projeto Apoio ao Programa Nacional de Prevenção e Controle de DST/HIV/AIDS da Guatemala.</u>
2002	<u>Protocolo de Intenções sobre Cooperação Técnica no Setor de Saúde - Barbados</u>
2001	<u>Protocolo de Intenções sobre Cooperação Técnica na Área da Saúde. – Moçambique</u>
2000	<u>Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica para Implementação do Projeto "Apoio ao Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe na Prevenção às DST/AIDS".</u>
1999	<u>Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica, Científica e Tecnológica para Implementação do Projeto "Apoio ao Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. El Salvador</u>
1999	<u>Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica, de 09/02/1982, na Área de Saúde. Equador</u>

**Anexo F – Relatórios ao CDESC analisados (2000-2015)**

<b>Country</b>	<b>Reference</b>	<b>Year</b>	<b>Published on</b>
Ireland	E/1990/6/Add.29	2000	06/nov/00
France	E/1990/6/Add.27	2000	25 Oct 2000
Trinidad and Tobago	E/1990/6/Add.30	2000	02 Oct 2000
Nepal	E/1990/5/Add.45	2000	25 Sep 2000
Colombia	E/C.12/4/Add.6	2000	31 Aug 2000
Senegal	E/1990/6/Add.25	2000	31 Aug 2000
Croatia	E/1990/5/Add.46	2000	21 Aug 2000
Germany	E/C.12/4/Add.3	2000	10 Aug 2000
Sweden	E/C.12/4/Add.4	2000	08 Aug 2000
Algeria	E/1990/6/Add.26	2000	28/jul/00
Mongolia	E/1994/104/Add.2 1	2000	23/jul/00
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland (Overseas Territory)	E/C.12/4/Add.5	2000	04/jul/00
Panama	E/1990/6/Add.24	2000	31/mar/00
Ukraine	E/C.12/4/Add.2	2000	21/mar/00
Russian Federation	E/C.12/4/Add.10	2001	27/nov/01
Brazil	E/1990/5/Add.53	2001	20/nov/01
Luxembourg	E/1994/104/Add.2 4	2001	28 Oct 2001
Iceland	E/1994/104/Add.2 5	2001	19 Oct 2001
Israel	E/1990/6/Add.32	2001	16 Oct 2001
New Zealand	E/1990/6/Add.33	2001	16 Oct 2001
Estonia	E/1990/5/Add.51	2001	02 Oct 2001
Benin	E/1990/5/Add.48	2001	05 Sep 2001
Georgia	E/1990/6/Add.31	2001	10 Aug 2001
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland (Crown Dependencies)	E/C.12/4/Add.7	2001	10 Aug 2001
Solomon Islands	E/1990/5/Add.50	2001	30/jul/01
Poland	E/C.12/4/Add.9	2001	13/jul/01
Slovakia	E/1990/5/Add.49	2001	11/jul/01
Czech Republic	E/1990/5/Add.47	2001	23 May 2001
Israel	E/1989/5/Add.14	2001	14 May 2001
Jamaica	E/1990/6/Add.28	2001	10 May 2001
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	E/C.12/4/Add.8	2001	28 Feb 2001
Ecuador	E/1990/6/Add.36	2002	20 Dec 2002
Lithuania	E/1990/5/Add.55	2002	09 Dec 2002
Greece	E/1990/5/Add.56	2002	23 Oct 2002
Guatemala	E/1990/6/Add.34	2002	26/jul/02

Yemen	E/1990/5/Add.54	2002	17 May 2002
Democratic People's Republic of Korea	E/1990/6/Add.35	2002	15 May 2002
Azerbaijan	E/1990/6/Add.37	2003	01 Dec 2003
Serbia	E/1990/5/Add.61	2003	26/nov/03
Kuwait	E/1990/5/Add.57	2003	20/nov/03
Zambia	E/1990/5/ADD.60	2003	01 Sep 2003
Malta	E/1990/5/Add.58	2003	26 May 2003
Italy	E/C.12/4/Add.13	2003	24 May 2003
Denmark	E/C.12/4/Add.12	2003	28 Apr 2003
Republic of Moldova	E/1990/5/Add.52	2003	14 Apr 2003
Spain	E/C.12/4/Add.11	2003	04/jan/03
Canada	E/C.12/4/Add.15	2004	28 Oct 2004
Liechtenstein	E/1990/5/Add.66	2004	27 Oct 2004
Austria	E/1994/104/Add.28	2004	08/jul/04
Norway	E/C.12/4/Add.14	2004	06/jul/04
Monaco	E/1990/5/Add.64	2004	01/jul/04
Uzbekistan	E/1990/5/Add.63	2004	24/jun/04
Slovenia	E/1990/5/Add.62	2004	26 May 2004
China (Hong Kong)	E/1990/5/Add.59	2004	04/mar/04
China (Macau)	E/1990/5/Add.59	2004	04/mar/04
China	E/1990/5/Add.59	2004	04/mar/04
Latvia	E/1990/5/Add.70	2005	21 Sep 2005
Canada	E/C.12/CAN/5	2005	30 Aug 2005
Netherlands	E/1994/104/Add.30	2005	23 Aug 2005
Albania	E/1990/5/Add.67	2005	11 May 2005
Mexico	E/C.12/4/Add.16	2005	25 Feb 2005
El Salvador	E/1990/6/Add.39	2005	23 Feb 2005
Libya	E/1990/6/Add.38	2005	15 Feb 2005
Bosnia and Herzegovina	E/1990/5/Add.65	2005	03 Feb 2005
Morocco	E/1994/104/Add.29	2005	17/jan/05
Belgium	E/C.12/BEL/3	2006	21 Sep 2006
Sweden	E/C.12/SWE/5	2006	06 Sep 2006
Ukraine	E/C.12/UKR/5	2006	14 Aug 2006
Nepal	E/C.12/NPL/2	2006	07 Aug 2006
Costa Rica	E/C.12/CRI/4	2006	22/jun/06
Tajikistan	E/C.12/TJK/1	2006	31 May 2006
The former Yugoslav Republic of Macedonia	E/C.12/MKD/1	2006	29/mar/06
Hungary	E/C.12/HUN/3	2006	17 Feb 2006
Netherlands (Antilles)	E/C.12/ANT/3	2006	13 Feb 2006
Finland	E/C.12/FIN/5	2006	08 Feb 2006
Nicaragua	E/C.12/NIC/4	2007	22 Oct 2007

Kenya	E/C.12/KEN/1	2007	11 Sep 2007
Philippines	E/C.12/PHL/4	2007	07 Sep 2007
Bolivia (Plurinational State of)	E/C.12/BOL/2	2007	20 Aug 2007
Benin	E/C.12/BEN/2	2007	29/mar/07
France	E/C.12/FRA/3	2007	14/mar/07
San Marino	E/C.12/SMR/4	2007	05/mar/07
India	E/C.12/IND/5	2007	01/mar/07
Paraguay	E/C.12/PRY/3	2007	26 Feb 2007
Cyprus	E/C.12/CYP/5	2008	21 Oct 2008
Madagascar	E/C.12/MDG/2	2008	22 Aug 2008
Poland	E/C.12/POL/5	2008	04 Aug 2008
Angola	E/C.12/AGO/3	2008	28 Apr 2008
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland (Overseas Territory)	E/C.12/GBR/5/Ad d.2	2008	14 Feb 2008
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland (Crown Dependencies)	E/C.12/GBR/5/Ad d.1	2008	12 Feb 2008
Republic of Korea	E/C.12/KOR/3	2008	04 Feb 2008
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	E/C.12/GBR/5	2008	31/jan/08
Brazil	E/C.12/BRA/2	2008	28/jan/08
United Nations Interim Administration in Kosovo	E/C.12/UNK/1	2008	15/jan/08
Australia	E/C.12/AUS/4	2008	07/jan/08
Yemen	E/C.12/YEM/2	2009	08 Dec 2009
Uruguay	E/C.12/URY/3-4	2009	22/jul/09
Switzerland	E/C.12/CHE/2-3	2009	17/jul/09
Netherlands	E/C.12/NLD/4-5	2009	17/jul/09
Netherlands (Antilles)	E/C.12/NLD/4/AD D.1	2009	13/jul/09
Afghanistan	E/C.12/AFG/2-4	2009	09/jul/09
Dominican Republic	E/C.12/DOM/3	2009	30/jun/09
Kazakhstan	E/C.12/KAZ/1	2009	08/jun/09
Democratic Republic of the Congo	E/C.12/COD/5	2009	21/jan/09
Chad	E/C.12/TCD/3	2009	13/jan/09
Colombia	E/C.12/COL/5	2009	09/jan/09
Cambodia	E/C.12/KHM/1	2009	07/jan/09
Algeria	E/C.12/DZA/4	2009	06/jan/09
Mauritius	E/C.12/MUS/4	2009	06/jan/09
Netherlands (Aruba)	E/C.12/NLD/4/AD D.2	2010	19 Oct 2010
Turkmenistan	E/C.12/TKM/1	2010	27/jul/10
Germany	E/C.12/DEU/5	2010	27/jul/10
Cameroon	E/C.12/CMR/2-3	2010	19/jul/10
Estonia	E/C.12/EST/2	2010	12/jul/10
Israel	E/C.12/ISR/3	2010	12/jul/10

Republic of Moldova	E/C.12/MDA/2	2010	26/mar/10
Turkey	E/C.12/TUR/1	2010	28/jan/10
Sri Lanka	E/C.12/LKA/2-4	2010	27/jan/10
Russian Federation	E/C.12/RUS/5	2010	25/jan/10
Denmark	E/C.12/DNK/5	2011	22 Dec 2011
Egypt	E/C.12/EGY/2-4	2011	22 Dec 2011
Kuwait	E/C.12/KWT/2	2011	22 Dec 2011
Lithuania	E/C.12/LTU/2	2011	22 Dec 2011
Rwanda	E/C.12/RWA/2-4	2011	04 Oct 2011
Togo	E/C.12/TGO/1	2011	04 Oct 2011
Albania	E/C.12/ALB/2-3	2011	25/jul/11
Japan	E/C.12/JPN/3	2011	16/jun/11
Jamaica	E/C.12/JAM/3-4	2011	14/jun/11
Mauritania	E/C.12/MRT/1	2011	20 May 2011
Ecuador	E/C.12/ECU/3	2011	20 May 2011
Azerbaijan	E/C.12/AZE/3	2011	16 May 2011
Iran (Islamic Republic of)	E/C.12/IRN/2	2011	16 May 2011
Bulgaria	E/C.12/BGR/4-5	2011	09 May 2011
Ethiopia	E/C.12/ETH/1-3	2011	27/mar/11
Iceland	E/C.12/ISL/4	2011	27/mar/11
United Republic of Tanzania	E/C.12/TZA/1-3	2011	27/mar/11
Peru	E/C.12/PER/2-4	2011	20/jan/11
New Zealand	E/C.12/NZL/3	2011	17/jan/11
Argentina	E/C.12/ARG/3	2011	16/jan/11
Slovakia	E/C.12/SVK/2	2011	14/jan/11
Spain	E/C.12/ESP/5	2011	31/jan/11
Ukraine	E/C.12/UKR/6	2012	27 Dec 2012
Djibouti	E/C.12/DJI/1-2	2012	01/nov/12
Bosnia and Herzegovina	E/C.12/BIH/2	2012	01/nov/12
El Salvador	E/C.12/SLV/3-5	2012	29 Oct 2012
Uzbekistan	E/C.12/UZB/2	2012	28 Oct 2012
Austria	E/C.12/AUT/4	2012	28 Oct 2012
Belarus	E/C.12/BLR/4-6	2012	28 Oct 2012
Nepal	E/C.12/NPL/3	2012	28 Oct 2012
Norway	E/C.12/NOR/5	2012	28 Oct 2012
Indonesia	E/C.12/IDN/1	2012	28 Oct 2012
China	E/C.12/CHN/2	2012	06/jul/12
China (Hong Kong)	E/C.12/CHN-HKG/3	2012	06/jul/12
China (Macau)	E/C.12/CHN-MAC/2	2012	06/jul/12
Gabon	E/C.12/GAB/1	2012	29/jun/12
Belgium	E/C.12/BEL/4	2012	18/jun/12
Greece	E/C.12/GRC/2	2013	15 Dec 2013
Uganda	E/C.12/UGA/1	2013	04 Dec 2013
Mongolia	E/C.12/MNG/4	2013	01 Dec 2013

Venezuela (Bolivarian Republic of)	E/C.12/VEN/3	2013	19/nov/13
Iraq	E/C.12/IRQ/4	2013	19/nov/13
Ireland	E/C.12/IRL/3	2013	07/nov/13
Kyrgyzstan	E/C.12/KGZ/2-3	2013	07/nov/13
Gambia	E/C.12/GMB/1	2013	05/nov/13
Thailand	E/C.12/THA/1-2	2013	09 Oct 2013
Italy	E/C.12/ITA/5	2013	09 Oct 2013
Sudan	E/C.12/SDN/2	2013	17 Sep 2013
Montenegro	E/C.12/MNE/1	2013	02 Sep 2013
Chile	E/C.12/CHL/4	2013	12 Aug 2013
Slovenia	E/C.12/SVN/2	2013	26/jun/13
Paraguay	E/C.12/PRY/4	2013	27 May 2013
Guatemala	E/C.12/GTM/3	2013	11 Apr 2013
Romania	E/C.12/ROU/3-5	2013	09 Apr 2013
Tajikistan	E/C.12/TJK/2-3	2013	03 Apr 2013
Viet Nam	E/C.12/VNM/2-4	2013	13/mar/13
Finland	E/C.12/FIN/6	2013	13/mar/13
Portugal	E/C.12/PRT/4	2013	08/mar/13
Monaco	E/C.12/MCO/2-3	2013	08/mar/13
Armenia	E/C.12/ARM/2-3	2013	26 Feb 2013
Serbia	E/C.12/SRB/2	2013	12 Feb 2013
Czech Republic	E/C.12/CZE/2	2013	16/jan/13
Guyana	E/C.12/GUY/2-4	2014	14/jul/14
Angola	E/C.12/AGO/4-5	2014	01/jul/14
Canada	E/C.12/CAN/6	2014	22 Apr 2014
Morocco	E/C.12/MAR/4	2014	23/mar/14
France	E/C.12/FRA/4	2014	19/mar/14
Yemen	E/C.12/YEM/3	2014	13/mar/14
Kenya	E/C.12/KEN/2-5	2014	25 Feb 2014
Burundi	E/C.12/BDI/1	2014	19/jan/14
Honduras	E/C.12/HND/2	2014	30 Oct 2014
The former Yugoslav Republic of Macedonia	E/C.12/MKD/2-4	2014	30 September 2014
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	E/C.12/GBR/6	2014	25 September 2014
Burkina Faso	E/C.12/BFA/1	2015	12 May 2015
Costa Rica	E/C.12/CRI/5	2015	30 April 2015
Cyprus	E/C.12/CYP/6	2015	29 April 2015
Dominican Republic	E/C.12/DOM/4	2015	11 sept 2015
Namibia	E/C.12/NAM/1	2015	13 feb 2015
Philippines	E/C.12/PHL/5-6	2015	27 April 2015
Poland	E/C.12/POL/6	2015	8 May 2015
Sweden	E/C.12/SWE/6	2015	16 March 2015
Tunisia	E/C.12/TUN/3	2015	30 June 2015

