

# DA COOPERAÇÃO HUMANITÁRIA À ESTRUTURANTE: O PAPEL DO BRASIL NA CONSTRUÇÃO DE CAPACIDADES PARA RESISTIR À EPIDEMIA DO HIV A PARTIR DA REDE LAÇOS SUL-SUL

Ademar Pozzatti Júnior<sup>1</sup>  
Luiza Witzel Farias<sup>2</sup>

## SINOPSE

Esta pesquisa investiga em que medida o Brasil consegue converter a cooperação humanitária em cooperação estruturante, promovendo assim uma agenda horizontal de cooperação, destinada ao desenvolvimento autônomo dos países do Sul global. No escopo desta empreitada, quer-se compreender a relação entre a cooperação humanitária e a estruturante a partir da ação brasileira no tocante aos membros da Rede Laços Sul-Sul, enquanto um arranjo com potencial catalisador desses tipos de cooperação, simbolizados por doações de antirretrovirais e atos bilaterais destinados à construção de capacidades para o enfrentamento da epidemia do vírus da imunodeficiência humana (*human immunodeficiency virus* – HIV). Para tanto, foram utilizados a revisão bibliográfica e o levantamento e a análise de atos internacionais. Os resultados da investigação sugerem que: *i)* ainda não há o transbordamento da agenda humanitária para a estruturante; e *ii)* a prática brasileira ainda não consegue ultrapassar os enfoques tradicionais da sua política externa, alcançando, por exemplo, a América Central ou a Ásia de maneira mais incisiva, nas duas agendas.

**Palavras-chave:** cooperação humanitária; cooperação estruturante; HIV; construção de capacidades; Rede Laços Sul-Sul.

## ABSTRACT

This research investigates the extent to which Brazil can convert humanitarian cooperation into structural cooperation, promoting a horizontal cooperation agenda aimed at contributing for the autonomous development of the countries in the global South. Based on this approach, its aim is to understand the relationship between Brazil's humanitarian and structuring cooperation and members of the Laços Sul-Sul Network. This arrangement can catalyse these types of cooperation, symbolized in this research by donations of antiretrovirals and bilateral acts aimed at building capacity to deal with the human immunodeficiency virus (HIV) epidemic. For this, it does a literature review, as well as analyses international acts. The research results suggest that: *i)* there is not yet a spill over from the humanitarian agenda to the structuring one; and *ii)* Brazilian cooperation has not managed yet to go beyond traditional regions of interest in its foreign policy, reaching, for example, Central America or Asia.

**Keywords:** humanitarian cooperation; structuring cooperation; HIV; capacity building; Laços Sul-Sul Network.

JEL: O19.

## 1 INTRODUÇÃO

O Brasil se situa entre os países mais inclusivos e relevantes na luta contra a epidemia do vírus da imunodeficiência humana (*human immunodeficiency virus* – HIV), tendo sido o terceiro país no mundo – e o primeiro país em desenvolvimento – a adotar uma política de tratamento como prevenção

---

1. Professor do Programa de Pós-Graduação em Direito (PPGD) e do Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais (PPGRI) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). *E-mail:* <ademar.pozzatti@ufsm.br>.

2. Graduanda em relações internacionais pela UFSM. *E-mail:* <luwarias@gmail.com>.

(no inglês, *treatment as prevention*), viabilizando o acesso universal a medicamentos antirretrovirais (ARV) à população acometida pelo vírus (UNICEF, 2016).

O uso desse tipo de medicação, descoberta na década de 1980 e adotada pelo Brasil desde 1996, não mata o HIV, mas impede que enfraqueça o sistema imunológico, gerando doenças oportunistas. O coquetel anti-aids, formado pela combinação de três ou mais drogas antirretrovirais, vem sendo decisivo para diminuir os índices de mortalidade e aumentar a qualidade de vida das pessoas que vivem com o vírus. Ele também é responsável pela acentuada queda na transmissão vertical (da mãe gestante soropositiva para o filho) observada na última década, pois, na maior parte dos casos, a infecção é evitada por meio do uso preventivo do ARV (UNICEF, 2016, p. 9).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, o Brasil se impõe como destaque na cooperação internacional sanitária. Em virtude do sucesso – abrangência e proeminência – das políticas públicas implantadas domesticamente no enfrentamento da epidemia, a partir dos anos 2000, o país passou a compartilhar sua *expertise* principalmente com outros países em desenvolvimento. Embora já doasse ARV a algumas dessas nações de maneira bilateral, em 2005 investiu na criação, juntamente com os governos de outros sete países – Bolívia, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Nicarágua, Paraguai, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste –, da Rede Laços Sul-Sul (doravante Rede), “uma aliança na qual os países dividem e aprendem uns com os outros” (UNICEF, 2016, p. 12) acerca do enfrentamento à epidemia do HIV. Esse esquema de cooperação tem como parceiros o Fundo das Nações Unidas para a Infância (United Nations Children’s Fund – UNICEF), o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Joint United Nations Program on HIV/Aids – UNAIDS), o Fundo de População das Nações Unidas (United Nations Population Fund – UNFPA), a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization – UNESCO) e o Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids (CICT).

As estratégias promovidas pela Rede para enfrentar a epidemia são a “cooperação técnica entre os países, com base em estratégias e planos de trabalho, troca permanente de informações, acesso aos medicamentos ARV produzidos e doados pelo governo brasileiro e capacitação dos serviços nacionais de saúde” (UNICEF, 2016, p. 9). Nesse sentido, por meio dessa investigação, busca-se compreender em que medida a aproximação entre os países produzida pela Rede impulsionou a produção de normativa destinada à realização da última estratégia – construção de capacidades – entre o Brasil e os demais países-membros. O objetivo é verificar a potência da doação de ARV, elemento fundante da aliança, como um “catalisador de esforços”, conforme proposto por Carlos Passarelli, ex-diretor do CICT (UNICEF, 2016, p. 16).

Essa verificação sugere, em última instância, a possibilidade de compreender em que medida o Brasil consegue associar e/ou converter a cooperação humanitária – emergencial, e dedicada à reabilitação imediata (Brasil, 2006; Milani, 2016; Machado e Alcântara, 2018) – em cooperação estruturante, promovendo assim uma agenda horizontal de cooperação, destinada ao desenvolvimento autônomo dos países do Sul global. Essa autonomia, que se relaciona à cooperação estruturante em pelo menos duas questões principais, “a) integra o desenvolvimento de recursos humanos com o organizacional e institucional e b) parte da exploração dos recursos e capacidades endógenas de cada país para que os próprios atores locais possam assumir a liderança necessária para a formulação” (Ferreira e Fonseca, 2017, p. 2130) de uma futura agenda de desenvolvimento da saúde e sua implementação sustentável.

Para tanto, a segunda seção deste artigo é destinada à compreensão do imenso caminho entre a doação e a recepção de medicamentos, apresentando uma revisão bibliográfica acerca das cooperações humanitária e estruturante. A terceira seção se destina a apresentar os dados referentes a esses dois

tipos de atividades promovidos pelo Brasil via cooperação internacional, a doação de ARV e os atos internacionais destinados à construção de capacidades, adquiridos mediante levantamento. A quarta seção busca debater e estabelecer conexões entre os dados expostos na terceira seção, evidenciando a potência da Rede enquanto um arranjo que aproxima países, servindo de catalisador às oportunidades brasileiras para promover a combinação de doações e construção de capacidades, por meio do direito internacional. Isso porque, no panorama da cooperação aplicada como “*capacity building* por estar direcionada para o treinamento de recursos humanos e a construção de capacidades” (Ferreira e Fonseca, 2017, p. 2130), as “normas e instituições jurídicas internacionais podem aumentar a capacidade e a eficácia das instituições domésticas” (Slaughter e Burke-White, 2006, p. 333).

## 2 EMERGÊNCIA E RESPONSABILIDADE: DA ASSISTÊNCIA HUMANITÁRIA À COOPERAÇÃO ESTRUTURANTE EM SAÚDE

Para Machado e Alcântara (2018, p. 256), a transformação da ideia de “ajuda” e “assistência” humanitária em “cooperação” humanitária não é uma questão apenas de nomenclatura, mas também de função, e, portanto, de política, porque,

ao avaliar os três conceitos utilizados para designar as ações humanitárias prestadas, descritos acima, verifica-se que eles têm em comum a finalidade de proporcionar auxílio àqueles que necessitam de apoio para superar as privações às quais estão momentaneamente submetidos. Ressalta-se, entretanto, que o termo “cooperação” compreende um leque de ações mais completo e de caráter estruturante: visa não apenas prover “ajuda” no sentido estrito da palavra, mas também a atuar em conjunto para o desenvolvimento e/ou a recuperação do país demandante, integrando esforços e soluções tanto para promover sua reabilitação imediata quanto para reforçar sua capacidade de resposta frente às situações emergenciais futuras.

Considerando que o conceito promovido pelo Brasil seja o de cooperação humanitária (Machado e Alcântara, 2018), a doação de ARV deve ser entendida como uma parte em um processo de cooperação mais amplo (Dunda, 2018; Figueiredo, 2018). A doação de medicamentos é ato carregado de importância, não só em momentos de calamidade produzidos por conflitos ou desastres naturais, mas dada a vulnerabilidade do direito humano à saúde em países periféricos com frágeis estruturas de atenção. A saúde dos seres humanos desconhece a possibilidade de espera pela efetiva aquisição ou produção autônoma de medicamentos pelo país em que residem.

Países em desenvolvimento são, geralmente, aqueles com menor capacidade de resiliência e resposta diante de situações de emergência. As doações internacionais são importantes nesses episódios, mas a cooperação humanitária deve dar um passo além, em direção à efetiva construção de capacidades que permitam evitar e preparar-se para fatalidades imprevistas, com iniciativas voltadas ao desenvolvimento sustentável (Machado e Alcântara, 2018, p. 266).

Dessa forma, pode-se pensar a cooperação humanitária como um processo no qual, idealmente, práticas distintas de cooperação deveriam interagir. Isso porque a assistência, marcada por doações e prestação de serviços, é uma prática emergencial e necessária para reagir a uma demanda mais ou menos concreta. Para o Brasil, as ações humanitárias têm a função de

proteger, evitar, reduzir ou auxiliar outros países ou regiões que se encontrem, momentaneamente ou não, em estado de calamidade pública ou situações de emergência, de risco iminente ou grave ameaça à vida, à saúde, à proteção dos direitos humanos ou humanitários de sua população (Brasil, 2006).

E apesar dessa forma ser com frequência entendida como a totalidade do escopo da cooperação, há uma linha tênue entre a assistência que é favorável (e necessária) ao desenvolvimento e a assistência

que produz dependência. Também há aquela doação que não encontra no país receptor a logística necessária ao efetivo alcance dos medicamentos a quem precisa deles, demonstrando que mesmo o ato da doação não pode ser efetivado sem capacidades endógenas favoráveis à recepção (UNICEF, 2016; Machado e Alcântara, 2018).

Por vezes, as condições estruturais dos países em desenvolvimento impossibilitam seus governos de efetivar adequadamente o direito humano à saúde (Torronteguy, 2010; Almeida, 2013). Na estética do subdesenvolvimento, não há transporte para o medicamento até os países receptores, ou dentro deles, o que impossibilita que a doação internacional alcance os indivíduos que deles necessitam. Além disso, a desnutrição diminui a capacidade do remédio em inativar o vírus. Não há estrutura adequada que viabilize a amamentação segura para bebês que puderam ser protegidos do vírus enquanto eram gestados, graças a políticas efetivas, de maneira que tais políticas, se não forem combinadas a outras, perdem o sentido (UNICEF, 2016). Nesse contexto, a cooperação estruturante se apresenta como um instrumento-chave, por meio do qual o direito internacional pode “ser capaz de influenciar as políticas domésticas dos Estados e aproveitar as instituições nacionais” (Slaughter e Burke-White, 2006, p. 328) para alterar essa estética.

Nesse sentido, o processo pelo qual se defende aqui que a cooperação humanitária possa ser efetiva – em termos de resolver emergências e de promover o desenvolvimento – não é linear. Se a doação de medicamento não pode cumprir seu fim sem que existam estruturas que viabilizem o seu efetivo funcionamento – sejam políticas de nutrição ou de Bancos de Leite Humano (BLHs) –, então é necessário se lançar na construção dessas vias simultaneamente. Assim, a prática estruturante mostra-se necessária para dar viabilidade mesmo para o caso inicial de emergência, conforme o cenário descrito.

O objetivo da assistência humanitária se insere, desde os anos 1990, na estruturação de um processo mais amplo, que reforce as capacidades de resposta nacional às epidemias, conforme a Resolução nº 46/182, de 1991, da Organização das Nações Unidas (ONU). E talvez a cooperação estruturante em saúde promovida pelo Brasil e teorizada por pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) possa ser um modelo complementar efetivo no enfrentamento a epidemias específicas, nos países em desenvolvimento. Ela pode, ainda, desafiar a lógica da efemeridade presente na cooperação mais tradicional destinada a doenças específicas (Ipea, 2018), na medida em que é

centrada no fortalecimento institucional dos sistemas de saúde dos países parceiros, combinando intervenções concretas com a construção de capacidades locais e a geração de conhecimento, e ainda promovendo o diálogo entre atores, de forma a possibilitar que eles assumam o protagonismo na liderança dos processos no setor saúde e promovam a formulação autônoma de uma agenda para o desenvolvimento futuro na saúde (Almeida *et al.*, 2010, p. 28).

Nesse cenário, cabe questionar se a construção da Rede Laços Sul-Sul impulsiona um projeto brasileiro inovador de cooperação humanitária, que deve ir ao encontro da cooperação estruturante, realizando, para além das tradicionais ações humanitárias, a cooperação destinada a construir capacidades que viabilizem a eficácia de ações como a doação de ARV. Para tanto, é necessário considerar quais políticas públicas o Brasil costuma internacionalizar, buscando fertilizar outros países, bem como quais necessidades nos países receptores se encontram em proeminência. Assim, a pergunta que guia esta investigação é: a criação da Rede Laços Sul-Sul impulsionou a produção de normativa bilateral, entre o Brasil e os demais membros, destinada ao desenvolvimento de capacidades?

A seção seguinte é responsável por apresentar dados acerca da doação de ARV e da construção de capacidades a partir da data de criação da Rede – 2005 – para viabilizar a tentativa de compreender

em que medida o Brasil combina as duas práticas de cooperação, que constituem estratégias do mesmo esforço de enfrentamento conjunto à epidemia do HIV.

### 3 DA DOAÇÃO À RECEPÇÃO: MEDICAMENTOS E CAPACIDADES

Dunda (2017; 2018) realizou extenso estudo sobre as doações brasileiras de ARV – com base em dados obtidos do Ministério da Saúde (MS), via Secretaria de Vigilância em Saúde e Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais<sup>3</sup> – e a sua relação com interesses da política externa brasileira de 2002 a 2016, concluindo que o país faz uso da cooperação na área como instrumento na persecução desses interesses. Sobre a doação de ARV, em número de comprimidos, doados entre 2003 e 2016, os dados compilados pela autora (Dunda, 2017, p. 6, gráfico 2) informam que há um aumento progressivo na doação a partir de 2004-2005 – período de desenho e criação da Rede, ainda que não seja possível inferir que esse aumento possua ligação direta com ela –, até atingir o seu ápice, em 2009.

Ainda segundo esses dados, as principais oscilações nessas doações se encontram no período a partir da transição para o governo de Dilma Rousseff, em meados de 2010-2011. Dunda (2017) considera que essas oscilações podem ser explicadas tanto por diferentes interesses em relação ao governo anterior como por uma diversificação das ações de cooperação humanitária, como as relativas à segurança alimentar. A partir de 2013 foi verificada uma queda bruta na doação de ARV, sendo que em 2014 foi constatada a menor quantidade de doação desde 2003, e em 2015 há um crescimento substancial.

Sobre o número de países, por região geográfica, que receberam ARV entre 2003 e 2016, os dados apresentados pela autora informam que em 2004, 2005 e 2006, anos iniciais da Rede, houve um aumento da doação de ARV a países da África, da América Central e da Ásia, no âmbito da cooperação humanitária brasileira. Os dados mostram que a África foi o maior receptor de ARV, atingindo o ápice da recepção em 2012 e encontrando diminuição considerável nos últimos anos (2013-2016). A América Central tem o ápice da recepção constatada em 2006, mas some do gráfico construído pela autora em 2007 e no período de 2011 a 2014 (Dunda, 2017, p. 7, gráfico 4). A Ásia foi a região que recebeu menos ARV segundo a autora, sendo que a doação começou em 2006 e perdurou até 2009. Por sua vez, a América do Sul encontra mais momentos de estabilidade na série histórica levantada pela autora.

No caso da construção de capacidades, o relatório de 2016 do UNICEF sobre a Rede aponta alguns *deficit* específicos, que impactam no enfrentamento da epidemia nos países-membros e que se coadunam com as temáticas nas quais a *expertise* brasileira já costuma ser objeto de cooperação internacional. A questão da prevenção vertical, que tem recebido grande importância, está intimamente ligada à questão dos BLHs – cada país estabelece sua posição oficial acerca do aleitamento materno por portadoras do vírus HIV, e esses bancos possuem a certificação necessária à pasteurização adequada que viabilizaria o recebimento de leite humano pelos recém-nascidos cuja genitora possua o vírus, inviabilizando a infecção via amamentação (Brasil, 1995; 2010).

Os BLHs também são capazes, ainda, de auxiliar na nutrição de bebês nascidos prematuros de maneira geral (Anvisa, 2008; Brasil, 2010), impactando também a questão da insegurança alimentar e nutricional, citada por exemplo no caso de Guiné-Bissau (UNICEF, 2016), para a qual

3. DST – doenças sexualmente transmissíveis.

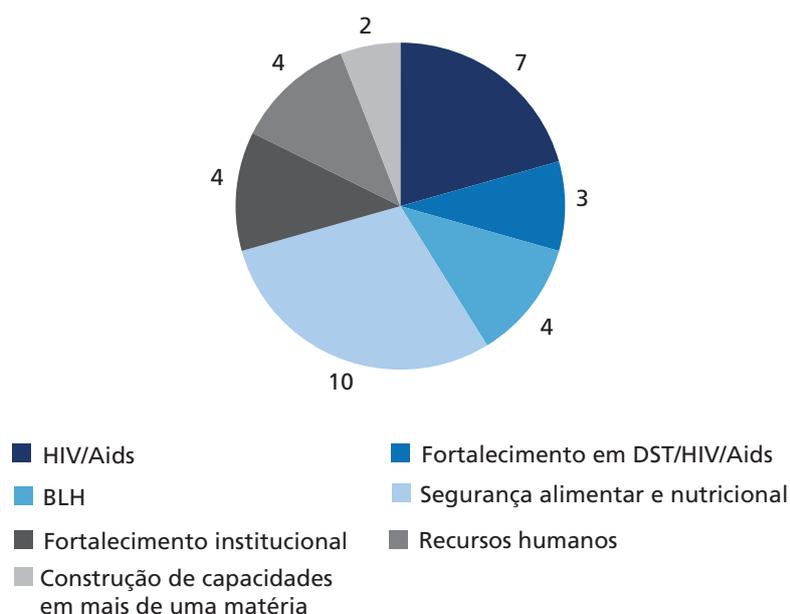
igualmente há *expertise* brasileira compartilhável. Com base nos ideais da cooperação estruturante, e nas deficiências logísticas no recebimento de medicamentos, categorias como o fortalecimento institucional e a capacitação de recursos humanos em áreas da saúde que impactem a questão do HIV também apresentam relevância.

A verificação da existência ou não de esquemas de cooperação nessas categorias se deu mediante levantamento realizado no âmbito do sítio *on-line* da Divisão de Atos Internacionais do Ministério das Relações Exteriores (MRE) do Brasil. Entre os 765 atos internacionais, que correspondem à totalidade dos atos bilaterais – sem nenhum filtro de vigência, abarcando atos em vigor, expirados, superados ou em processo de ratificação – firmados pelo Brasil com os sete países-membros da Rede, quarenta estavam relacionados à temática do HIV, dos BLHs, da segurança alimentar e nutricional, do fortalecimento institucional ou da capacitação de recursos humanos. Foram desconsiderados os protocolos de intenções, visto que o objetivo era a tentativa de construir capacidades concretamente, e esses protocolos apenas apresentam possibilidades mais abstratas. Desses quarenta atos considerados, 34 eram destinados à construção de capacidades. Os outros seis tratavam da doação de medicamentos e outros materiais de saúde, e da coordenação de esforços estatais para lidar com doenças transmissíveis, não configurando esquemas de cooperação estruturante.

Os atos internacionais resultantes do levantamento estão dispostos a seguir, primeiramente em termos de quantidade por categoria elencada (gráfico 1). Nesse critério, às categorias anteriormente citadas foi adicionada a categoria de fortalecimento em DST/HIV/Aids, referente a atos que dizem respeito à construção de capacidade específica em termos de políticas na área ou que, ainda, incluem outras DSTs nesse esquema.

GRÁFICO 1

**Atos de cooperação internacional<sup>1</sup> destinados à construção de capacidades do Brasil com membros da Rede, por categoria**



Fonte: Divisão de Atos Internacionais/MRE.

Elaboração dos autores.

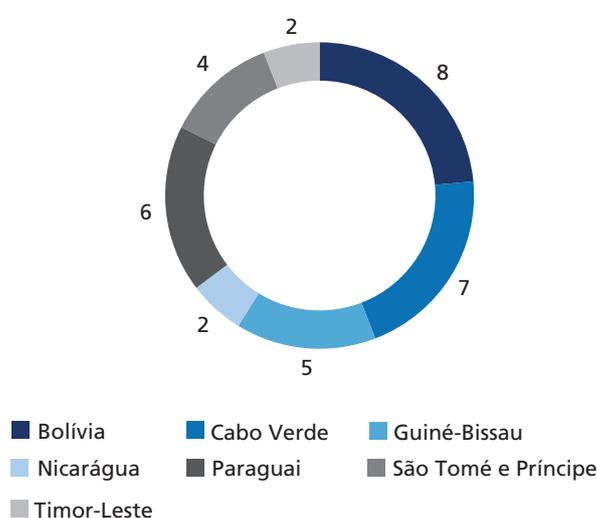
Nota: <sup>1</sup> Assinados até dezembro de 2019.

O gráfico 1 demonstra a proeminência da temática de segurança alimentar e nutricional. Os dez atos nessa temática estão em vigor e foram assinados entre 2009 e 2011. O segundo maior caso é o da temática de HIV/Aids, com sete atos internacionais. Considerando os outros três atos da temática de fortalecimento em DST/HIV/Aids, todos os países apresentam atos de construção de capacidades na matéria de HIV. No entanto, desses dez atos em matéria de HIV, cinco produzidos até 2005 estão expirados, e não há nova produção após 2010.

O gráfico 2 expõe os dados sobre a produção normativa destinada à construção de capacidades, com cada país membro da Rede.

GRÁFICO 2

**Atos de cooperação internacional<sup>1</sup> destinados à construção de capacidades do Brasil com membros da Rede, por país**



Fonte: Divisão de Atos Internacionais/MRE.

Elaboração dos autores.

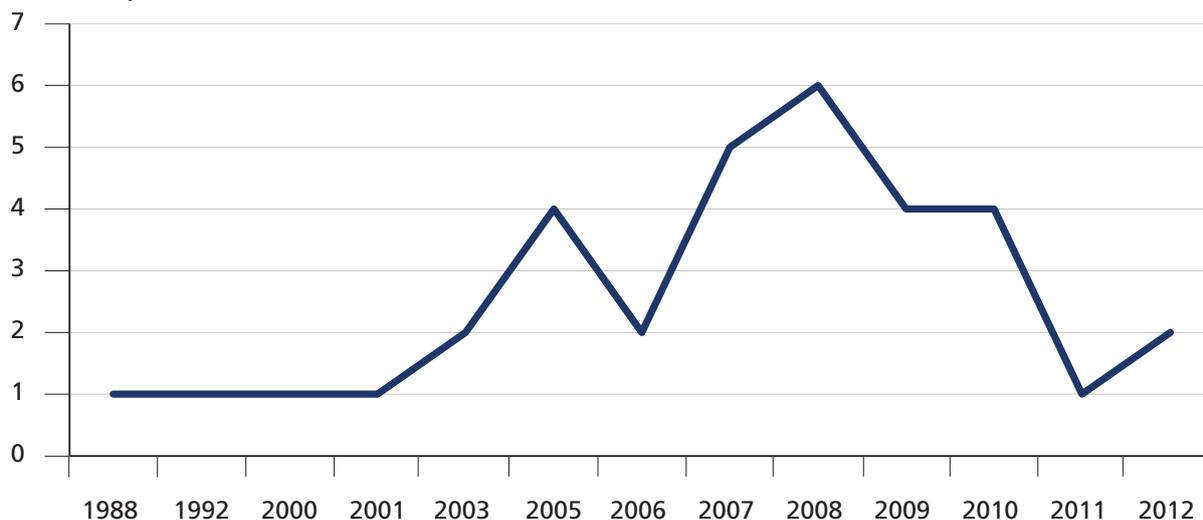
Nota: <sup>1</sup> Assinados até dezembro de 2019.

O gráfico 2 aponta para uma proeminência de países sul-americanos e africanos na produção direcionada à construção de capacidades, mas ainda não é viável a argumentação em torno da potência da associação com a presença dos países em blocos, semelhante ao que ocorreu no estudo de Dunda (2018). O Timor-Leste, por exemplo, faz parte da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) e ocupa a última posição em termos de atos internacionais, junto da Nicarágua.

O gráfico 3, por fim, refere-se ao desenvolvimento anual da cooperação voltada à construção de capacidades. Demonstra que os anos anteriores e o ano de criação oficial da Rede (em 2005) representam crescimento no número de atos internacionais destinados à construção de capacidades, que cai em 2006 e oscila até 2012, quando finda a produção de atos bilaterais destinados a esse fim.

GRÁFICO 3

**Atos de cooperação internacional destinados à construção de capacidades do Brasil com membros da Rede, por ano (1988-2012)**



Fonte: Divisão de Atos Internacionais/MRE.

Elaboração dos autores.

A seção seguinte busca debater os dados em termos de doação de ARV e de construção de capacidades, vislumbrando estabelecer conexões entre eles.

#### **4 DAS INSTITUIÇÕES ÀS CAPACIDADES: OS DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA COOPERAÇÃO SUL-SUL**

Os dados compilados por Dunda (2017) sobre a doação de ARV em número de comprimidos relacionam-se com o gráfico 1 sobre construção de capacidades, na medida em que uma das justificativas da autora sobre oscilações tem a ver com a diversificação da agenda humanitária brasileira, como no caso da segurança alimentar e nutricional, argumento corroborado pelo gráfico 1, que demonstra a proeminência da temática na conformação de atos bilaterais. Além disso, a queda em 2010 nas doações de ARV (Dunda, 2017) é acompanhada pelo fim da produção de atos específicos sobre capacidades em HIV/Aids, e a queda abrupta em 2011 pelo fim da produção de atos de construção de capacidades entre esses países de maneira geral, conforme demonstra o gráfico 3. Isso sugere que as duas práticas de cooperação caminham juntas.

Além disso, os dados sobre a doação de ARV por região, de Dunda (2017), demonstram momentos em que as regiões da América Central e da Ásia somem do gráfico construído pela autora: a primeira região, de 2011 a 2014, e a segunda, de 2010 a 2016. Isso pode ter conexões com a baixa quantidade de atos internacionais destinados à construção de capacidades nessas regiões (conforme demonstra o gráfico 2), e também com as opções geográficas prioritárias da política externa brasileira a partir do início do século XXI (Almeida, 2013).

Ademais, o estudo de Dunda (2018) elenca a impossibilidade de ligar a doação de ARV à participação dos países em blocos de cooperação, visto que isso evidencia o recebimento de grandes quantidades de ARV por países de dentro e de fora de blocos proeminentes no período analisado. Essa impossibilidade também aparece aqui, notadamente no caso do Timor-Leste, enquanto país da

CPLP, com baixa quantidade de atos destinados à construção de capacidades, similar à Nicarágua. No entanto, talvez os interesses geográficos, ou mesmo alguma falta de aproximação diplomática, possam exercer algum impacto sobre a conformação de agendas nos dois modelos de cooperação, visto que países da Ásia e América Central se encontram em *deficit* nos dois casos. Em grande parte, pode-se explicar também que a África e a América do Sul sejam regiões priorizadas e de tratamento inicial pela abordagem da cooperação estruturante em saúde (Almeida, 2013).

Essas conexões podem indicar que o Brasil diversifica a sua agenda de cooperação humanitária, alcançando temas como a segurança alimentar e nutricional, mas que, ao mesmo tempo, no caso da epidemia de HIV, especificamente com os membros da Rede, não intensifica essa cooperação para construir capacidades diretamente no setor, após o seu ano de criação. Da mesma forma, parece haver alguma insuficiência em transpassar as regiões com as quais tradicionalmente coopera, alcançando, por exemplo, a América Central e a Ásia de maneira mais incisiva, o que limita o potencial de transformação social existente tanto no arranjo da Rede como na *expertise* brasileira.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento histórico da abordagem da assistência humanitária já traz consigo – como é possível verificar na Resolução nº 46/182, de 1991, da ONU – a ideia de que as doações de ARV, por exemplo, são apenas parte do processo mais amplo que deve ser a cooperação humanitária. Nesse sentido, a abordagem brasileira da cooperação estruturante em saúde parece ser útil para pensar a complementaridade desse processo. Além de ter como objetivos o fortalecimento de capacidades endógenas e a construção de outras necessárias à efetividade do medicamento doado, também visa ao desenvolvimento futuro autônomo, tendo a sustentabilidade como uma meta.

Nessa seara, nenhum dos dois modos de viabilizar a realização de direitos humanos é melhor que o outro, mas ambos são complementares e necessários. Na prática brasileira com os países da Rede Laços Sul-Sul, enquanto um arranjo que aproxima países e que propõe os dois modelos de cooperação – doações e construção de capacidades – como estratégia no enfrentamento à epidemia de HIV, as duas formas de cooperar parecem caminhar juntas, aumentando e decaindo simultaneamente. Da mesma forma, os atos de construção de capacidades concentram-se em maior quantidade nas áreas que correspondem aos principais objetos de doação (de alimentos e ARV), segurança alimentar e HIV.

No entanto, apesar de as estratégias da Rede incluírem a ideia de capacitação, os dados apresentados sobre as diversas regiões geográficas – tanto em termos de doação como de construção de capacidades – sugerem que ela não é capaz de servir como catalisadora da aproximação da prática brasileira com países em regiões como a Ásia e a América Central, cuja cooperação é menos tradicional que no caso da América do Sul e da África. O término da produção normativa em 2012 sugere ainda que, se serviu como catalisadora da aproximação com regiões mais tradicionais, essa ação ainda não apresenta sustentabilidade.

Para compreender melhor a complexidade que envolve a articulação entre a prática emergencial e a estruturante, e o potencial presente na construção de arranjos coletivos como a Rede para influenciar essa articulação, são necessários ainda estudos sobre outros arranjos coletivos, bem como sobre a prática bilateral brasileira nos dois casos.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. Saúde, política externa e cooperação Sul-Sul em saúde: elementos para a reflexão sobre o caso do Brasil. *In: FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro – desenvolvimento, Estado e políticas de saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea, 2013.
- ALMEIDA, C. *et al.* A concepção brasileira de cooperação Sul-Sul estruturante em saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 25-35, mar. 2010.
- ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos.** Brasília: Anvisa, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Aleitamento x mulheres infectadas pelo HIV: recomendações.** Brasília: MS, 1995.
- \_\_\_\_\_. Decreto de 21 de junho de 2006. Cria o Grupo de Trabalho Interministerial sobre Assistência Humanitária Internacional. Brasília: Congresso Nacional, 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes: manual de bolso.** Brasília: MS, 2010.
- DUNDA, F. F. A doação de medicamentos antirretrovirais no contexto da política externa brasileira (2002-2016). *In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS*, 6., 2017, Belo Horizonte. **Anais...** Belo horizonte: ABRI, 2017.
- \_\_\_\_\_. A cooperação Sul-Sul brasileira em HIV/AIDS: a doação de antirretrovirais como *soft power* do Brasil no cenário internacional. **Carta Internacional**, v. 13, n. 3, p. 109-136, 2018.
- FERREIRA, J. R.; FONSECA, L. E. Cooperação estruturante: a experiência da Fiocruz. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2129-2133, jul. 2017.
- FIGUEIREDO, M. T. de. Cooperação técnica e humanitária internacional e o protagonismo brasileiro na resposta regional e global ao HIV. *In: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde e política externa: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018).* Brasília: MS, 2018.
- IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: levantamento 2014-2016.** Brasília: Ipea; ABC, 2018.
- MACHADO, R.; ALCÂNTARA, T. L. R. de. Cooperação humanitária em saúde. *In: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde e política externa: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018).* Brasília: MS, 2018.
- MILANI, C. Sul tenta construir conceitos próprios para a cooperação. *In: MSF – MÉDICOS SEM FRONTEIRAS. Crises humanitárias, cooperação e o papel do Brasil.* Rio de Janeiro: MSF, 2016. p. 159-169.
- ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **AG/RES/46/182: strengthening of the coordination of humanitarian emergency assistance.** New York: ONU, 1991.
- SLAUGHTER, A.; BURKE-WHITE, W. The future of international law is domestic (or, the European way of law). **Harvard International Law Journal**, Cambridge, United States, v. 47, n. 2, jun. 2006.
- TORRONTÉGUY, M. A. A. **O direito humano à saúde no direito internacional: efetivação por meio da cooperação sanitária.** 2010. Tese (Doutorado) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- UNICEF – FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Rede Laços Sul-Sul.** Brasília: UNICEF, jul. 2016.