

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SOCIOECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E RELAÇÕES INTERNACIONAIS

CURSO DE GRADUAÇÃO EM RELAÇÕES INTERNACIONAIS

TIAGO MOCELLIN PITTAS

**A PROJEÇÃO EXTERNA BRASILEIRA A PARTIR DO CASO DOS BANCOS
DE LEITE HUMANO**

FLORIANÓPOLIS, 2015

TIAGO MOCELIN PITTAS

**A PROJEÇÃO EXTERNA BRASILEIRA A PARTIR DO CASO DOS BANCOS
DE LEITE HUMANO**

Monografia submetida ao curso de Relações Internacionais da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito obrigatório para a obtenção do grau de Bacharelado.

.Orientadora: Prof^a. Dr^a. Clarissa Franzoi Dri

FLORIANÓPOLIS, 2015

TIAGO MOCELLIN PITTAS

A PROJEÇÃO EXTERNA BRASILEIRA A PARTIR DO CASO DOS BANCOS DE
LEITE HUMANO

A Comissão Examinadora, nomeada pelo Coordenador de Monografia, resolve atribuir ao acadêmico Tiago Mocellin Pittas, após a apresentação do trabalho intitulado, “A Projeção Externa Brasileira a partir do caso dos Bancos de Leite Humano, a nota 9,5, referente a disciplina CNM 7280 – Monografia.

Florianópolis, 08 de julho de 2015.

Banca Examinadora:

Profª. Drª. Clarissa Franzoi Dri - Orientadora

Universidade Federal de Santa Catarina

Profª. Drª. Iara Costa Leite

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Daniel Ricardo Castelan

Universidade Federal de Santa Catarina

À minha mãe, Edite, por todo apoio e esforço por mim, desde meus primeiros passos.

A meu pai, José Carlos, pelo incentivo e confiança.

À minha vó, Josefina, por todo carinho e alegria. Sua luz permanece entre nós.

Ao Snow, pela descontração nos momentos mais nervosos.

Ao Oirã e seus membros, que me acolheram da melhor maneira e proporcionaram experiências e aprendizados que nunca imaginei ter.

Aos amigos e amigas, pelos momentos construtivos e de descontração durante o curso ou fora dele.

Aos professores, pelo conhecimento transmitido. Em especial à professora Clarissa que, mais do que orientadora, tornou-se uma amiga e um exemplo.

À Cristiane, por fim, por todo amor, motivação e apoio sobrenaturais. Nada disso aconteceria sem ti. Tu és mais que especial, te amo.

RESUMO

Com início nas últimas décadas, o Brasil iniciou projetos de cooperação técnica em bancos de leite humano (BLH). Isso foi possível à partir do sucesso obtido pelo modelo brasileiro, que se destacou domesticamente pela criação de tecnologia barata. Os projetos de cooperação em BLHs ocorrem durante os períodos em que o governo brasileiro exercia políticas externas de autonomia pela integração (Fernando Henrique Cardoso) e autonomia pela diversificação (Lula). Sua promoção externa ocorre a partir da concepção Sul-Sul estruturante em saúde, a qual remete ao objetivo de promover relações horizontais com os países parceiros, cessando a tradicional transferência passiva de conhecimentos e criando instituições que permaneçam a longo prazo. O presente trabalho busca entender o que motiva o Brasil a promover internacionalmente os bancos de leite humano. Conclui-se que a realização desse modelo de cooperação técnica evidencia a busca brasileira por *soft power*, uma vez que os ganhos na arena da saúde representam objetivos mais amplos. O país busca, através dessa prática, demonstrar capacidade de liderança e ganhar prestígio internacional.

Palavras-chave: cooperação Sul-Sul; bancos de leite humano; política externa brasileira; política externa brasileira para a saúde; *soft power*.

ABSTRACT

During the last decades, Brazil has initiated technical cooperation projects in human milk banks (HMB). This was possible because of the success achieved by the Brazilian model, which became domestic success by creating cheap technology. The cooperation projects in HMBs occurred during the periods that the Brazilian government performed foreign policies of autonomy by integration (Fernando Henrique Cardoso) and autonomy by diversification (Lula). Its external promotion takes place using the South-South structural conception in health, which refers to the objective of promoting horizontal relations with partner countries, stopping the traditional passive transference of knowledge and creating long term institutions. This work seeks to understand what motivates Brazil to promote human milk banks internationally. It concludes that the achievement of this technical cooperation model points out that Brazil seeks to strengthen its soft power, as the gains in the health agenda represents broader objectives in foreign policy. Through this practice, Brazil intends to show leadership skills and gain international reputation.

Key-words: South-South cooperation; human milk banks; Brazilian foreign policy; Brazilian foreign policy for health; soft power.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Cooperação Estruturante em Saúde: Inovações Contextuais e Operacionais

26

Gráfico 1 – Projetos de Cooperação Técnica Internacional em Saúde em acompanhamento pela Divisão de Projetos em 2012

56

Figura 2 – Programa para a Implantação de Bancos de Leite Humano nos países da CPLP

62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Principais Temas Regionais em Saúde

36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC – Agência Brasileira de Cooperação

AISA – Assessoria de Assuntos Internacionais

ALBA – Aliança Bolivariana para os Povos da Nossa América

ARV – Antirretroviral

BLH – Banco de leite humano

CAN – Comunidade Andina de Nações

CARICOM – Comunidade do Caribe

CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

EUA – Estados Unidos da América

FHC – Fernando Henrique Cardoso

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IberBLH – Programa Ibero-Americano de Bancos de Leite Humano

IFF – Instituto Fernandes Figueira

ISAGS – Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde

MERCOSUL – Mercado Comum do Sul

MRE – Ministério das Relações Exteriores

MS – Ministério da Saúde

ODM – Objetivo de Desenvolvimento do Milênio

OEA – Organização dos Estados Americanos

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

OTCA – Organização do Tratado de Cooperação Amazônica

PALOP – Países Africanos de Língua Portuguesa

PECS/CPLP – Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP

PNIAM – Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

REDEBLH – Rede Nacional de Bancos de Leite Humano

RPFC-CPLP – Reunião de Pontos Focais de Cooperação da CPLP

SGT 11 - Subgrupo de Trabalho 11 Saúde

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

SICA – Sistema da Integração Centro-Americana

SISCOOP – Sistema de Gestão de Projetos e Ações de Cooperação Internacional em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TC 41 – Termo de Cooperação nº41

UNASUL – União de Nações Sul-Americanas

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. SAÚDE E POLÍTICA INTERNACIONAL	16
2.1. DA SAÚDE INTERNACIONAL À SAÚDE GLOBAL	16
2.2. O BRASIL COMO NOVO ATOR INTERNACIONAL EM SAÚDE	22
2.3. ACORDOS REGIONAIS EM SAÚDE	30
2.4. SAÚDE COMO RECURSO DE <i>SOFT POWER</i> ?	37
2.5. CONCLUSÕES PARCIAIS	42
3. PRÁTICA E EXPANSÃO DOS BANCOS DE LEITE HUMANO	44
3.1. O DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO DE SUCESSO	44
3.2. A EXPANSÃO DO MODELO: ORIGEM E CONSOLIDAÇÃO DE UMA PERSPECTIVA	55
3.3. REGIÕES PRIORITÁRIAS E TENTATIVA DE LIDERANÇA: A ORIENTAÇÃO DA EXPANSÃO	60
3.4. CONCLUSÕES PARCIAIS	68
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, os bancos de leite humano (BLH) constituem em importantes ferramentas de auxílio na redução dos índices de morbidade e mortalidade infantis. Eles são centros responsáveis pela promoção do aleitamento e coleta e processamento para distribuição posterior. Vale destacar, no entanto, que a criação de BLHs está associada à evolução histórica de formas alternativas de aleitamento materno, precedido por outras práticas, como o uso de amas-de-leite.

Sendo reconhecida sua relevância, ganhou destaque na arena internacional, a partir de diferentes modelos e práticas de cooperação. Dois que podem ser ressaltados são o anglo-saxão e o brasileiro. No caso do desenvolvido pelo Brasil, destaca-se, sobretudo, seu custo inferior, com qualidade semelhante. Isso foi possível a partir de desenvolvimentos internos na área, com base em diferentes momentos históricos em que se foi valorizando cada vez mais a importância dos bancos de leite como maneira alternativa de amamentação, para os casos em que o aleitamento materno não é possível.

Como consequência do sucesso das iniciativas domésticas, o país iniciou um processo de expansão do seu modelo de bancos de leite humano a outros países. Observa-se que, presentes na cooperação técnica em BLHs, estão alguns dos países que fazem parte de blocos que se priorizam nas diretrizes gerais de política externa recente, a partir dos governos Fernando Henrique Cardoso (FHC) e, principalmente, Luiz Inácio Lula da Silva. Esses governos realizaram as perspectivas da autonomia pela integração e autonomia pela diversificação, respectivamente (VIGEVANI; OLIVEIRA, 2003; VIGEVANI; CEPALUNI, 2007).

A partir disso, percebe-se, portanto, a relevância dos bancos de leite no cenário atual da saúde global. Como consequência, procura-se, no presente trabalho, compreender em que medida o Brasil projeta-se internacionalmente utilizando-se da cooperação técnica em BLHs. Quais são as razões que motivam o Brasil a promover internacionalmente os bancos de leite humano?

Como uma possível resposta, tem-se a principal hipótese do trabalho, que diz respeito ao desejo brasileiro de aumentar seu poder relativo no sistema internacional

através da promoção da cooperação técnica em bancos de leite. Esse seria um meio de aumentar o *soft power* do país. Também é suposto que a atuação brasileira dá-se em conformidade à concepção de cooperação Sul-Sul estruturante em saúde. No contexto de política externa, ocorreria dentro das perspectivas de autonomia pela integração e autonomia pela diversificação, em especial nesta última. Dessa maneira, o Brasil seria motivado a realizar uma estratégia de diversificar as parcerias por meio de relações com países em desenvolvimento, o que lhe permitiria alcançar o objetivo de acréscimo de *soft power*.

À vista disso, o objetivo geral deste trabalho é entender o que motiva o Brasil a promover internacionalmente os BLHs. Em específico, procura-se entender em que medida essa promoção é uma atuação de *soft power*; quais são as relações entre atuação em bancos de leite, política externa brasileira e política externa brasileira para a saúde; e, por fim, averiguar como a atuação internacional brasileira em BLHs se vincula com o contexto da saúde internacional. O trabalho, por conseguinte, caracteriza-se como uma análise de política externa.

A importância do trabalho reflete-se na dimensão que adquiriu o desenvolvimento sanitário ao longo do tempo. Isso ocorre historicamente com mais força a partir do término da Guerra Fria, quando novos temas ganham intensidade na pauta da agenda internacional (NYE, 1990). A elaboração dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) é prova disso, já que conta com metas referentes ao desenvolvimento sanitário. Entre instituições internacionais em geral, também houve tendência ao acréscimo de debates relacionados a essas novas preocupações.

Dentro disso, localiza-se o aleitamento humano. Sua dimensão é demonstrada também historicamente. A amamentação foi reconhecida como tarefa importante no desenvolvimento infantil desde os primeiros passos da civilização (VINAGRE *et al*, 2001). Com o passar do tempo, formas alternativas de amamentar foram criadas, como o uso das amas-de-leite. Uma dessas formas veio a ser os bancos de leite, sendo o primeiro inaugurado no ano de 1900, na Áustria. Seu uso foi expandido, sendo que hoje existem, apenas na Europa, cerca de 165 BLHs (SOARES, 2013, p. 11). No Brasil, o primeiro foi aberto em 1943 e hoje existem mais de 214. Os números comprovam sua importância para a saúde infantil. Ademais, entre os ODMs, há um específico que

remete à saúde infantil, área a qual os BLHs podem ser efetivos, no auxílio à redução das taxas de morbidade e mortalidade.

O que procura verificar-se, em suma, é se os bancos de leite humano exercem papel importante na agenda externa brasileira. Através da cooperação nessa área, o Brasil poderia projetar-se como um líder, transferindo tecnologia, dentro da cooperação Sul-Sul, além de possivelmente trocar conhecimentos com os outros países. Dessa forma, o país poderia integrar-se aos novos temas da agenda internacional e, através deles, ganhar influência externa e aumentar seu poder relativo.

Metodologicamente, esta pesquisa consultou diferentes tipos de fontes. Obras bibliográficas, como livros e artigos científicos, foram consultados, do mesmo modo que documentos oficiais de órgãos governamentais, instituições e organismos internacionais. Pela amplitude de informações encontradas, não foram necessárias entrevistas. Com base no encontrado, foram elaboradas análises que permitiram responder à pergunta de pesquisa, bem como averiguar as hipóteses formuladas.

Para isso, o trabalho se divide em dois capítulos. O primeiro, intitulado Saúde e Política Internacional, busca clarificar o contexto o qual se desenvolveu a saúde global em geral, de modo que sejam percebidas as bases de como a cooperação em BLHs é realizada. Com esse propósito, divide-se o capítulo em quatro seções: Da Saúde Internacional à Saúde Global, demonstrando o desenvolvimento histórico dos conceitos sanitários e sua base; O Brasil como Novo Ator Internacional em Saúde, expondo como o Brasil busca atuar nos temas sanitários globais; Acordos Regionais em Saúde, exibindo como é abordado o tema da saúde nas Américas, em especial nas organizações as quais o Brasil faz parte; e, por fim, Saúde como Recurso de *Soft Power?*, que procura analisar como o tema sanitário entra nessa busca por poder.

Já o segundo capítulo denomina-se Prática e Expansão dos Bancos de Leite Humano. Este busca expor a importância que os bancos de leite possuem atualmente, assim como a atuação brasileira, suas prioridades e objetivos. Dessa maneira, divide-se em três partes: O Desenvolvimento de um Modelo de Sucesso, demonstrando como o leite humano é relevante para o desenvolvimento, crescimento e sobrevivência, assim como funcionam os modelos existentes de BLHs e suas formas de operação; A Expansão do Modelo: origem e consolidação de uma perspectiva, em que se descreve

como funciona o paradigma brasileiro de bancos de leite humano e como funciona a cooperação internacional empreendida pelo país no tema; e Regiões Prioritárias e Tentativa de Liderança: a orientação da expansão, seção em que são elencados os principais parceiros brasileiros.

2. SAÚDE E POLÍTICA INTERNACIONAL

As políticas públicas em bancos de leite humano estão inseridas num contexto de saúde global. Assim, para que se realize um entendimento pleno do que constituem as agendas da saúde global e do Brasil nos dias atuais, é necessário que se compreenda o contexto em que a área desenvolveu-se. Para isso, torna-se necessária reflexão desde as primeiras conferências e primeiras políticas públicas até o período atual.

Dessa forma, o capítulo está organizado em quatro seções. A primeira delas visa expor as questões pertinentes à saúde internacional, especialmente os primeiros passos em que se basearia o cenário sanitário dos dias atuais. A segunda seção faz alusão à política externa brasileira para a saúde, realizando a sua contextualização histórica e atual. A terceira expõe os passos do regionalismo latino-americano voltado às questões de saúde, em especial naquelas organizações em que o Brasil tem atuação mais destacada como membro. A quarta e última parte, por fim, apresenta o conceito de *soft power* e sua relação com a saúde, elencando também exemplos brasileiros.

O que se espera, dessa forma, é que se tornem claros os contextos em que a cooperação em bancos de leite humano, dentro da temática da saúde materno-infantil, é exercida no Brasil e no mundo (caso a ser abordado no capítulo seguinte). O objetivo deste capítulo é, em suma, revelar as circunstâncias em que culmina a cooperação atual e apresentar os conceitos pertinentes.

2.1. DA SAÚDE INTERNACIONAL À SAÚDE GLOBAL

Os desafios à governança global criados pelo fenômeno da globalização não são novos. Como afirma Fidler (2001, p. 841, tradução nossa), “a globalização da saúde pública levou ao desenvolvimento da diplomacia internacional em saúde e a regimes internacionais para a saúde pública iniciando em meados do século XIX”¹. A cooperação internacional em saúde, desta forma, tem geralmente seu início considerado

¹ No original: “the globalization of public health led to the development of international health diplomacy and international regimes for the public health beginning in the mid-19th century” (Fidler, 2001, p. 841).

a partir do ano de 1851, quando foi realizada a primeira Conferência Sanitária Internacional.

Essa conferência, convocada pelos franceses e que teve a presença de onze países europeus mais a Turquia, ocorreu principalmente em função dos perigos advindos de doenças infecciosas (em especial cólera, mas também febre amarela e peste), entretanto ainda associado a narcóticos e álcool, segurança dos trabalhadores e poluição transfronteiriça (CLIFT, 2013, p. 14; FIDLER, 2001, p. 842). O contexto era de mudanças econômicas e sociais consequentes da revolução industrial, associado ao crescimento acelerado das grandes cidades, especialmente em áreas em desenvolvimento, e ao avanço da tecnologia, notadamente no setor de transportes. Nesse sentido, o papel dos comerciantes foi fundamental: ao transportarem bens e pessoas, acabavam levando também doenças infecciosas de um lado a outro; além disso, eram eles que faziam o transporte no comércio internacional de ópio e álcool. As políticas de controle, até então exercidas por práticas de quarentena, principalmente na Europa, e que vinham do século XIV, desagradavam as empresas, as quais acabavam exercendo pressão sobre os Estados. A partir disso, inclusive organizações não-governamentais passaram a cooperar com instituições internacionais em saúde com vistas à resolução desses problemas sanitários (FIDLER 2001, p. 845).

A Conferência Sanitária Internacional de 1851 foi, então, envolvida em uma esfera de interesses que envolviam assuntos de saúde pública e motivações comerciais. Cada país, inclusive, era representado tanto por um diplomata quanto por um médico que poderiam até divergir em seus votos (CLIFT 2013, p. 14). O resultado final foi de falha em um acordo que garantisse maiores regulações de quarentena contra a cólera – o que permaneceria como desfecho dos acordos pelas próximas décadas (EDITADO POR HARVARD, [200?]). Perdurava o debate entre contagionistas e anti-contagionistas². A razão era a de que enquanto “as nações marítimas, notadamente a Grã Bretanha, queriam minimizar quaisquer resoluções de saúde que pudessem interferir o livre fluxo

² Conceitua-se “contagionista”, no dicionário da língua portuguesa Michaelis, como “sequaz da doutrina patológica de transmissibilidade, por contato, de certas moléstias de indivíduo a indivíduo”. Os contagionistas, assim sendo, acreditavam que algumas doenças eram transmissíveis por meio do contato físico, diferentemente dos anti-contagionistas que julgavam que as doenças estavam no ambiente, não sendo necessário contato físico para a transmissão e podendo ser transmissível à distância em indivíduos pré-dispostos a terem a doença (por razões de hereditariedade ou etnia). Enquanto os contagionistas defendiam medidas de quarentena perante epidemias, os anti-contagionistas opunham-se a essas medidas. Esse foi um debate comum no século XIX (LIMA, 2002, p. 30-32; ACKERKNECHT, 2009).

das trocas comerciais”³, havia também a visão oposta (contagionista) que defendia que a cólera era universalmente contagiosa (CLIFT, 2013, p. 14; EDITADO POR HARVARD, [200?]).

Em relação a conferências futuras, vale notar a quinta delas, de 1881, sediada em Washington, que teve a presença de sete delegações latino-americanas, entre elas a do governo brasileiro (INTERNATIONAL SANITARY CONFERENCE, 1881). Essa foi uma exceção ante as demais conferências, essencialmente europeias. Em consequência a essa iniciativa estadunidense, surgiu outra estimulada pela União Pan-Americana. Tal iniciativa acabou resultando na criação da posteriormente chamada Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (CLIFT, 2013, p. 15-16). Além da OPAS, outras repartições sanitárias foram institucionalizadas. Um dos mais antigos organismos sanitário do mundo seria o de Alexandria, já que em 1831 havia sido criado um organismo que se designava a conter ameaças contagiosas a lugares sagrados do Islã; tal repartição tornaria-se, no século seguinte, a instituição regional do Escritório Internacional da Higiene Pública (criado em 1907, com sede em Paris), agora com propósitos universais. Além destas, igualmente criou-se a Organização de Higiene da Sociedade das Nações, em 1919, sediada em Genebra (VENTURA, 2013a, p. 63).

Desde então se expandiu esse processo envolvendo Estados, organizações internacionais e atores não-estatais que viria a culminar na criação de diversos tratados e convenções internacionais, sendo o mais proeminente resultado a criação da Organização Mundial da Saúde em 1948. Como a globalização diminui a capacidade de ação do Estado perante o que acontece no seu próprio território, torna-se necessária a produção de procedimentos, normas e instituições internacionais – nesse caso, com o propósito de defesa da governança global em saúde (FIDLER, 2001, p. 842-844). Esse período de 1851 até 1948 possui, portanto, algumas características que são:

a tendência de internacionalizar a saúde em função do comércio; a necessidade de cooperação que os riscos de contaminação impunham aos Estados; o envolvimento de corporações multinacionais e de atores não governamentais em numerosas iniciativas; e a grande diversidade entre os resultados dos diferentes regimes jurídicos adotados (VENTURA, 2013a, p. 62-63).

³ No original: “the maritime nations, notably Britain, wanted to minimize any health regulations that would interfere with the free flow of trade and commerce” (CLIFT, 2013, p. 14).

Com a criação da OMS, então, um novo estágio é iniciado. Ao contrário das convenções sanitárias que possuíam escopo de ação muito limitado, a nova organização surgiu tendo como uma de suas características propósitos mais amplos, em uma agenda que abrangia mais temas. No próprio preâmbulo da constituição da organização, foram reconhecidos princípios que dizem respeito aos direitos humanos, paz e segurança, formação de opinião pública e cooperação por parte da mesma, entre outros. Segundo observa Clift (2013, p. 18),

uma característica distintiva da constituição é o reconhecimento de que saúde é dependente não somente da provisão de serviços de saúde, incluindo aqueles relacionados a doenças transmissíveis, mas também em ‘medidas sociais’⁴ (CLIFT, 2013, p. 18, tradução nossa).

Conforme Ventura (2013a, p. 91), há uma tensão inerente ao intergovernamentalismo na atuação da organização. Por outro lado, a instituição beneficia as questões de saúde pública. Assim, por ser a

instituição encarregada de dirigir e coordenar a ação sanitária internacional no seio do sistema das Nações Unidas, a OMS oferece então uma espécie de “enquadramento político e técnico” aos países, a fim de enfrentar numerosos problemas de saúde pública (VENTURA, 2013a, p. 91).

Quanto à evolução histórica da instituição ao longo do tempo, Clift (2013, p. 18-50) separa em quatro fases: os primeiros quarenta anos (1948-1988), a reforma da OMS (1989-1998), os anos Brundtland (1998-2003) e a reforma atual (2010 até o presente). Em relação à primeira fase, há uma separação em momentos distintos: nas primeiras duas décadas, a organização teria primado pelo aspecto técnico e pelo conhecimento médico; a partir dos anos 1970, refletindo mudanças econômicas e políticas no ambiente internacional, a OMS criaria uma nova orientação (Saúde para Todos), distinguindo-se pela promoção da atenção primária em saúde; já a partir da década de 1980, houve confronto de ideias neoliberais de cortes de gastos públicos – defendida a partir da inclusão do Banco Mundial na formulação de uma agenda relacionada à saúde - com os profissionais da OMS (CLIFT, 2013, p. 18-50).

A segunda fase, da reforma da organização, esteve enquadrada dentro do contexto de debates gerais relacionados à Organização das Nações Unidas (ONU) como um todo. O resultado foi que os programas financiados por contribuições voluntárias

⁴ No original: “A distinguishing feature of the constitution is the recognition that health is dependent not just on the provision of health services, including those unrelated to communicable diseases, but also on ‘social measures’” (CLIFT, 2013, p. 18)

tornaram-se mais importantes e ocorreu também uma série de outras mudanças institucionais. A fase dos anos Burdtdland, corresponde ao período em que a líder política norueguesa Gro Harlem Burdtdland apresenta dois grandes objetivos para a OMS: trabalhar mais em campo e trazer a saúde para a agenda do desenvolvimento. Por fim, a reforma atual se dá através de propostas em três áreas principais, sendo elas programas e definição de prioridades, governança e gestão (CLIFT, 2013, p. 18-50; VENTURA, 2013a, p. 109-123).

Em meio à emergência do contexto do cenário internacional vigente a partir da década de 1990, a organização propõe um novo conceito. No lugar do termo “saúde internacional”, que se refere ao “estudo dos processos e das relações que envolvem o poder mundial, afetando os perfis epidemiológicos e a organização dos sistemas de saúde em cada uma das nações” (FORTES *et al*, 2011), é inserido “saúde global”, que remete “às questões de saúde que transcendem fronteiras nacionais e governos e demandam intervenções nas forças e fluxos globais que determinam a saúde das pessoas” (KICKBUSCH *et al*, 2006, p. 7 *apud* KICKBUSCH; BERGER, 2010, p. 19). Assim, ao transcender os interesses específicos das nações, essa nova perspectiva busca novas formas de governança articulando os níveis nacional e internacional, ao mesmo tempo em que busca congrega múltiplos atores.

A partir dessa nova perspectiva, o padrão de condução da diplomacia da saúde sofre uma alteração. Do padrão tradicional, bilateral, ocorrem mudanças em direção a políticas multilaterais, englobando também atores não-estatais, novas funções e valores. Uma dessas alterações é a fusão com novos temas e o ganho de importância na agenda internacional. A saúde global passa a ser vista não mais como um tema inserido dentro de agendas específicas referentes a cada país, como comércio ou segurança; agora há uma ascensão da saúde como direito humano por si, uma visão de desenvolvimento humano a partir dela, que assume papel de grande importância e se relaciona com diversos outros temas, sendo vista “com mais frequência e intensidade em todas as funções da política externa” (KICKBUSCH; BERGER, 2010, p. 20-22). Tal fato é perceptível especialmente nos países em desenvolvimento (ALCAZAR, 2008 *apud* KICKBUSCH; BERGER, 2010, p. 21). A saúde torna-se, em vista disso, objeto da diplomacia, crescendo o diálogo com a agenda da política externa (KICKBUSCH; BERGER, 2010, p. 20-22). As políticas de saúde devem ser, portanto, abordadas de

maneira global e não meramente através de políticas nacionais. A interseção com a política externa é capaz de prover isso com maior eficácia. Assim se realiza a diplomacia de saúde global.

Nesse sentido, é possível avaliar historicamente os modelos de cooperação para o desenvolvimento (especialmente na relação saúde e desenvolvimento), que vão ao encontro do conceito de diplomacia da saúde global acima exposto, especialmente a partir do período pós-Segunda Guerra Mundial e de criação do sistema da Organização das Nações Unidas. Se até a década de 1970 imperava uma visão simples de transferência de capital e de técnicas para fomentar o desenvolvimento, a partir desse momento houve uma virada, num contexto mundial de crises. Necessitava-se um novo modelo de desenvolvimento, o qual fosse “capaz de promover uma crescente interdependência econômica dos países em desenvolvimento, uma maior cooperação e solidariedade entre esses países e um crescimento acelerado rumo a patamares mais equitativos de desenvolvimento” (ALVES *et al*, 2010, p. 9). Há aqui, em suma, uma transição de um modelo de assistência técnica para um de cooperação técnica.

Enquanto o primeiro modelo é de caráter assistencialista e normalmente faz com que os países doadores imponham sua visão de mundo e métodos de trabalho (em muitas oportunidades tornando-se díspares em relação às necessidades do país receptor), o segundo tem um caráter mais cooperativo (de intercâmbio). Isso teve reflexo no terreno das práticas de cooperação em saúde, que passaram a formular diretrizes indicando práticas como, por exemplo, adoção de modos de operação mais flexíveis e organização em rede para a cooperação técnica. O final dos anos 1970 e os anos 1980, contudo, prejudicaram esse modelo, graças às recorrentes crises (ALVES *et al*, 2010, p. 9-10; BUSS; FERREIRA, 2011a, p. 243-245). O reflexo disso na OMS pode ser visto dentro do primeiro momento da evolução histórica proposta por Clift. Na etapa em que predominava o modelo de desenvolvimento baseado na transferência de renda, a preocupação da organização em saúde era prioritariamente técnica; após, na criação do programa Saúde Para Todos, é reproduzida a nova visão de desenvolvimento que busca maior intercâmbio e horizontalidade; por fim, as crises do final dos anos 1970 e dos anos 1980 dão margem para emergência do Banco Mundial e de ideais neoliberais que fazem frente às práticas e valores da instituição no período anterior.

No início da década de 1990, entretanto, as práticas de cooperação foram redefinidas, sob a égide da hegemonia dos Estados Unidos (EUA), tendo como características: diminuição do papel do Estado, influência crescente de atores não-estatais e perda de relevância de algumas organizações internacionais multilaterais, como a OMS, para outras, como o Banco Mundial. Entretanto, a Agenda para a Paz das Nações Unidas, de 1992, e sua culminância na Declaração do Milênio, de 2000, introduzem o conceito de desenvolvimento humano. Dessa forma, houve expansão do que antes (nos anos 1970) era visto como cooperação e novas formas de se estabeleceram foram implementadas, como a descentralização. Os recursos também cresceram. Algumas das preocupações da década de 1970 foram resgatadas, especialmente no tocante à preocupação com a disparidade das relações Norte-Sul (ALVES *et al*, 2010, p. 9-10).

Nesse contexto, acontece a cooperação Sul-Sul, que se encaixa na perspectiva de cooperação que permite maior intercâmbio de técnicas e mais horizontalidade entre os participantes do que na transferência de recursos. Dessa maneira, adequa-se melhor do que a abordagem de transferência de capital e técnicas no que se espera na nova diplomacia da saúde global, à medida em que é mais horizontal e ultrapassa as fronteiras nacionais, tendo seu caráter extrasetorial em diálogo com a política externa. Aos países, é incentivado o intercâmbio de experiências, bem como a adequação das técnicas às suas próprias características internas.

O que se observa, portanto, é que as primeiras conferências originárias da diplomacia da saúde criaram alicerces que perduram até os dias atuais. A partir deles, instituições, regras e normas de procedimento puderam ser criadas. Essas, por sua vez, evoluíram e culminaram no que hoje entende-se como diplomacia da saúde global e que traz como características fundamentais o seu aspecto extrasetorial e o diálogo com outras áreas, como a política externa. O Brasil adaptou-se a essa nova tendência, como expõe a seção seguinte.

2.2. O BRASIL COMO NOVO ATOR INTERNACIONAL EM SAÚDE

A política externa para a saúde no Brasil desenvolve-se a partir de um início considerado recente. Com o passar do tempo, ganha novos traços, assentado em

diferentes contextos, tanto no âmbito interno quanto no externo. É importante entender seu histórico para que se compreenda a atuação do país na área.

As ações organizadas de saúde pública, no Brasil, iniciaram desde o final do século XIX e início do XX, como reação a epidemias recorrentes principalmente no Rio de Janeiro. Entre esses atos que foi criada, por exemplo, em 1902, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)⁵ (BUSS *et al*, 2011, p. 214). O envolvimento brasileiro em saúde na área da política externa é, portanto, recente, iniciando a partir desse período e destacando-se pela participação tanto de diplomatas quanto de instituições internas sanitárias, embora em diferentes momentos. Uma das primeiras iniciativas de relevância que se costuma citar como exemplo da atuação da diplomacia brasileira na saúde, mesmo que levada a cabo por um sanitarista (Geraldo de Paula Souza), é a da participação na Conferência de São Francisco, em 1945, no pós-Segunda Guerra Mundial. Nessa conferência, em conjunto com a China, o Brasil apresentou a proposta de uma Conferência Internacional de Saúde que teria como consequência futura a criação da OMS. Mais à frente, o Brasil continuaria a empenhar-se na elaboração da constituição dessa nova organização (SANTANA, 2012, p. 88; BUSS *et al*, 2011, p. 215). Além disso, há um histórico de cooperação com organizações como a OPAS desde a sua criação, inclusive por atores como a Fiocruz e outras instituições. Embora essa seja “uma história de cem anos com nítidas descontinuidades” (LIMA, 2002, p. 26), houve intercâmbio entre especialistas e gestores da saúde, além da importância da organização regional na construção de uma agenda comum. Dessa maneira, Buss *et al* (2011, p. 215) reforçam que as etapas do envolvimento brasileiro na esfera internacional teriam sido:

num primeiro momento a adoção de modelos organizacionais do exterior, seguida da captação de ajuda internacional (...), ampliando-se posteriormente com o crescimento do número de convênios com instituições de outros países e através de intercâmbio com grandes centros de desenvolvimento de saúde (...); e, a partir da década passada, com a Fiocruz passando a integrar a Rede Mundial de Institutos Pasteur, como um dos 32 Centros que a integram em todo o mundo (BUSS *et al*, 2011, p. 215).

Apesar desse envolvimento, o tema sanitário era relegado a uma segunda categoria; só mais à frente viria a ganhar destaque entre os temas mais relevantes da política externa. Uma apreciação histórica sobre o porquê de a saúde permanecer tanto

⁵ A Fundação Oswaldo Cruz é uma instituição vinculada ao Ministério da Saúde e notabiliza-se por ser a instituição de ciência e tecnologia em saúde que mais se destaca na América Latina, de acordo com seu site oficial: <http://portal.fiocruz.br/>.

tempo sem essa importância na agenda da política externa brasileira é dada por Alcázar (2005) *apud* Santana (2012). Três fatores seriam os relevantes: predominância da área tratada por especialistas, inacessível à diplomacia; subordinação aos temas econômicos; e fragilidade institucional da saúde no âmbito estatal (ALCÁZAR, 2005 *apud* SANTANA, 2012, p. 89). O mesmo autor destaca o que viriam a ser as circunstâncias fundamentais na aproximação entre política externa e saúde, sendo três delas internas e uma externa. As internas seriam: o novo discurso do Estado, de saúde de natureza aberta, independente, universal e integral, sob a égide de uma instituição importante politicamente; maior papel do Ministério da Saúde (MS); e condições orçamentárias favoráveis à execução desse novo papel. A circunstância externa seria a relevância adquirida pelos temas sociais, como o sanitário, em esfera internacional (ALCÁZAR, 2005 *apud* SANTANA, 2012, p. 89).

Em 1988, com a nova Constituição Federal, há a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema, de cunho descentralizador, visa garantir o acesso integral, universal e igualitário à saúde pelos cidadãos brasileiros. A partir dele, o Brasil tornou-se o país no mundo de maior atendimento gratuito de saúde (BRASIL, 2006). Utilizando-se dessas credenciais, o país pode, então, assumir nova postura em âmbito internacional, conforme observou Alcázar em sua análise acima. É com base nisso que se desenvolve o que posteriormente seria conceituado como cooperação estruturante em saúde, elaborado por Almeida *et al* (2010).

Esse modelo de cooperação está intimamente ligado também a um certo tipo de modelo de desenvolvimento e ao cenário internacional como um todo. Como descrito na seção anterior, houve sistemática recuperação de valores que predominavam nos anos 1970 e que viriam a desencadear preocupações tocantes à disparidade entre países do Norte e do Sul, resultando em iniciativas globais (entre as quais, em saúde). Já na década de 1990 – principalmente a partir dos anos 2000 – cresce a importância no que remete àquela cooperação dita Sul-Sul, ou seja, entre países em desenvolvimento. O Brasil faz parte dessa tendência, e é nela sobretudo que se destaca a cooperação estruturante em saúde.

O contexto vigente do meio para o final da década de 1990 e início dos anos 2000 era do governo Fernando Henrique Cardoso. Esse presidente retomaria e aprofundaria as adequações na política externa iniciadas no período Collor de Mello.

Buscou-se alterar a existente agenda reativa na política externa, até então caracterizada pela “autonomia pela distância” (predominante nos anos de Guerra Fria), por uma nova lógica, de “autonomia pela integração”, em que predominava uma agenda internacional pró-ativa, moldada com base nas novas tendências mundiais e cujo objetivo seria “ampliar o poder de controle sobre seu destino” conforme salientam Vigevani e Oliveira (2003). A autonomia pela integração permitiria ao Brasil articular-se com o meio internacional sem submeter-se; continuar sua postura amigável frente aos países do Norte, porém atendendo as necessidades e especificidades do país; e influenciar na agenda internacional com perspectivas próprias. Buscava-se fazer crescer e desenvolver o país, com vistas à superação dos problemas sociais. Entendia-se que os interesses brasileiros estavam atrelados aos internacionais – dessa forma, atuar internacionalmente seria uma forma de legitimação e concretização dos interesses específicos nacionais. Nesse período, o governo ainda buscava, entretanto, evitar isolar-se frente às grandes potências. Isso o faria convergir, então, às tendências mundiais e aderir aos regimes, sem ter uma posição subordinada (VIGEVANI; OLIVEIRA, 2003).

Já da eleição de Lula em diante, em 2002, tem início um processo de alteração de ênfase em certos temas da política externa brasileira, com a realização de mudanças e ajustes em relação ao período anterior, mesmo que não tenha ocorrido nenhuma grande ruptura com os paradigmas históricos predecessores. Os governos Lula e FHC, embora tenham em sua base diferentes tradições da política externa brasileira (refletindo em suas ações, crenças e preferências), apresentam um grande ponto em comum: desenvolver economicamente o país sem submeter sua autonomia. Assim, a partir desse novo momento o Brasil passaria a atuar através da lógica da “autonomia pela diversificação”, que diz respeito a parcerias com países do Sul – inclusive na adesão aos princípios e normas internacionais – e acordos com parceiros não tradicionais, com o intuito de reduzir as assimetrias frente aos países desenvolvidos e, então, aumentar a capacidade de negociação do país, atuando em forma de bloco junto a semelhantes, numa posição mais horizontal com seus parceiros (VIGEVANI; CEPALUNI, 2007).

Foi, portanto, nesse ambiente propiciado pelo cenário externo, juntamente com as formas as quais o Brasil montava suas políticas frente ao mundo, que se desenvolve um novo modo de fazer a cooperação internacional em saúde: a chamada cooperação Sul-Sul estruturante em saúde. Além de preconizar e propor que se explorem as

capacidades e recursos de cada país, esse novo modelo traz duas inovações: “íntegra formação de recursos humanos, fortalecimento organizacional e desenvolvimento institucional; e rompe com a tradicional transferência passiva de conhecimentos e tecnologias” (ALMEIDA *et al*, 2010, p. 28), concentrando, dessa forma, as características da cooperação Sul-Sul. Ao expor que esse modelo cessa a “hegemonia da oferta” característica da cooperação para o desenvolvimento tradicional (Norte-Sul), Ventura (2013b) afirma que

enquanto a cooperação internacional oferecida pelo mundo desenvolvido é, em geral, orientada ao enfrentamento de doenças ou de vulnerabilidades específicas, a cooperação dita estruturante volta-se ao apoio às autoridades, ao fomento às escolas de formação de profissionais e ao enfrentamento das debilidades dos sistemas nacionais de saúde. Deste modo, os elementos estruturais prevalecem sobre a ajuda conjuntural, pontual e temporária (VENTURA, 2013b, p. 103).

Nesse modelo, reúnem-se atenções para melhora institucional dos sistemas de saúde dos países parceiros, através de ações conjuntas que utilizam de construção de capacidades locais e geração de conhecimento. Ou seja, o objetivo é que se construam instituições estruturantes de saúde local. Os agentes internacionais, por conseguinte, são variados e adquirem um novo papel de atuação. O objetivo é que eles atuem conjuntamente de forma descentralizada, em redes nacionais e regionais, e que se dediquem aos esforços de estruturação dos sistemas de saúde de seus países (ALMEIDA *et al*, 2010). A Figura 1 congrega essas informações organizadas em um modelo ilustrativo.

Figura 1 – Cooperação Estruturante em Saúde: Inovações Contextuais e Operacionais



Assim, Almeida *et al* (2010) resumem as características principais do que forma a cooperação estruturante em saúde em cinco aspectos estratégicos, políticos e técnicos interrelacionados. Em primeiro lugar, vem a ênfase na cooperação horizontal; em segundo, o foco no desenvolvimento de capacidades em saúde; em terceiro, iniciativas coordenadas em âmbito regional; em quarto, o envolvimento de ministros da saúde na busca de construção de consensos; em quinto, o estímulo à parceria entre os Ministérios da Saúde e os de Relações Exteriores. Esse último aspecto relaciona-se com o conceito de diplomacia da saúde global de Kickbusch e Berger (2010) exposto na seção prévia. No caso da política externa brasileira para a saúde, esses princípios são, de fato, válidos, comprovando, em vista disso, o padrão estruturante aplicado, especialmente a partir do governo Lula, contexto em que se insere de maneira mais expressiva a cooperação Sul-Sul.

O tema da saúde, entretanto, só seria reconhecido como tema predominante na agenda brasileira em 2007 pela Agência Brasileira de Cooperação (ABC), que ainda salienta que o Brasil é um dos países que mais difunde a cooperação técnica sanitária no mundo. Uma característica forte da postura brasileira, especialmente na diplomacia da saúde, é a participação de diversos órgãos governamentais cooperando com o Itamaraty, reforçando o caráter de horizontalização da política externa (PINHEIRO, 2009). Isso é reforçado em julho de 2005, quando há assinatura entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde de um Protocolo de Intenções que tem como fim aperfeiçoar a coordenação de ambos na cooperação técnica em saúde a países em desenvolvimento. Outro exemplo de importância é, além desse, a assinatura pelo Brasil da Declaração de Oslo⁶ em março de 2007. Dessa maneira, o Brasil demonstra convergência à tendência mundial de aproximação das duas pastas (ZARPELON, 2013; ALVES *et al*, 2010, p. 23-29; SANTANA, 2012, p. 87-95). O Ministério da Saúde, porém, já havia criado previamente, em 1998, um órgão especializado em assuntos

⁶ A Declaração de Oslo de 2007 foi uma iniciativa dos ministros de relações exteriores de Brasil, França, Indonésia, Noruega, Senegal, África do Sul e Tailândia. Nela os ministros demonstram sua preocupação em mostrar explicitamente que a saúde era tema de política externa e investimentos na área são fundamentais para o desenvolvimento e o crescimento econômico, concordando que problemas sanitários podem levar a perigos na estabilidade e na segurança dos países. Nesse documento, os ministros acordam em dar mais atenção à saúde através de uma série de iniciativas (AMORIM *et al*, 2011).

internacionais, a Assessoria de Assuntos Internacionais (AISA)⁷, mostrando atenção, ainda que inicial, aos assuntos globais.

Já em 2006, o governo brasileiro, por meio do MS e da Fiocruz, assinou com a Organização Pan-Americana de Saúde o Termo de Cooperação nº41 (TC 41), formalizando o Protocolo de Intenções entre o Ministério das Relações Exteriores (MRE) e o MS. Essa iniciativa foi resultado de uma iniciativa datada de 2003, a partir do Programa de Difusão e Intercâmbio sobre Reforma Sanitária, elaborado conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pela representação da OPAS no Brasil (PIRES-ALVES *et al*, 2012, p. 445). O TC 41 ocorreu em função da intensificação das iniciativas de cooperação realizadas pelo Brasil, acompanhadas pelo escritório da OPAS no país que, em conjunção com a Oficina de Washington, buscava realizar um programa de ação com base nas necessidades demonstradas pelos países. O que acontece a partir do TC 41 é a facilitação da realização de processos de cooperação triangular⁸ entre o governo brasileiro, através do MS e suas agências (em destaque SGTES⁹ e Fiocruz), a OPAS e os países receptores e suas instituições (ALVES *et al*, 2010). Conforme SANTANA (2012), o TC 41 potencializa os projetos existentes, ao objetivar “intensificar o intercâmbio de experiências, conhecimentos e tecnologias entre instituições de saúde brasileiras e dos países integrantes da OPAS/OMS, com prioridade para a África lusófona e a América Latina”, ao mesmo tempo em que permite a atuação internacional de diversas instituições brasileiras e está fundamentado em alinhamento, horizontalidade e autonomia.

Exemplos dessa cooperação, no caso da saúde, são em especial relacionados à Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) e a União de Nações Sul-Americanas (Unasul)¹⁰. Ambos podem ser vistos claramente como exemplos tanto da

⁷ A AISA “constitui órgão de atuação do Gabinete do Ministro de Estado e responde pela elaboração das diretrizes, coordenação e implementação da política internacional do Ministério da Saúde, assim como pela posição brasileira sobre temas de saúde em âmbito internacional, de acordo com as diretrizes da Política Externa do Brasil, e em permanente articulação com as áreas técnicas das Secretarias e das Unidades Vinculadas do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2013a).

⁸ A cooperação triangular é uma forma complementar à cooperação bilateral. Pode envolver dois Estados e uma organização internacional ou também três Estados, por exemplo. Pode haver auxílio no financiamento, no aprendizado de novas práticas de cooperação, entre outros.

⁹ A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) marca a valorização na área de recursos humanos na saúde, formulando políticas orientadoras de gestão, formação e qualificação na área. Ver mais em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgtes>

¹⁰ Vale destacar que, em 2012, dos 107 projetos de cooperação sanitária em curso, 66 eram com a América Latina, 38 com a África e 9 com o Oriente Médio e a Ásia (BRASIL, 2012 *apud* VENTURA, 2013b, p. 101). Ou seja, há um predomínio claro da preferência dada a acordos entre países em

perspectiva da autonomia diversificada que o país executa a partir do governo Lula quanto da cooperação estruturante em saúde. O sentido disso está em que são acordos com países em desenvolvimento baseados em ideais como os do TC 41 e o da política externa brasileira recente.

Com relação à CPLP, a operacionalização da cooperação foi dada a partir do desenvolvimento de um Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS/CPLP), que leva em consideração as características particulares dos países. Já na Unasul, o processo ocorre por meio do Conselho Sul-Americano de Saúde – criado em 2008 juntamente com o seu semelhante dedicado à segurança – que aprova uma Agenda de Saúde (BUSS; FERREIRA, 2010).

Além dessas experiências, também são promovidas outras ações com vistas à realização das estratégias propostas para promoção da cooperação estruturante e do intercâmbio entre países parceiros. Há, por exemplo, promoção de diversos cursos internacionais em saúde, a constituição de diversas redes, entre outros. Realizações de cursos, reuniões técnicas, transferência de tecnologia estabelecimento de redes de grupos institucionais, fazem parte, em suma, desse grupo (BUSS *et al*, 2011, p. 220-225).

As ações de política externa para a saúde, no Brasil, são, portanto, recentes. Mesmo que o seu início tenha sido no início do século XIX, a saúde era ainda vista de uma forma secundária, inclusive no momento em que o Brasil era protagonista na criação da OMS. Isso permaneceria durante as primeiras fases da instituição, momento em que ela era especialmente voltada a assuntos técnicos. A partir da redemocratização brasileira e das políticas públicas sanitárias descentralizadoras é que o país engaja-se com maior vigor no tema da saúde internacionalmente. Esse período coincide com um momento de maior abertura da OMS, que alarga sua agenda e vê a saúde como sob o ponto de vista do desenvolvimento humano.

As ações de política externa para a saúde, então, iniciaram a partir de problemas internos do país e logo se expandiram. Promovidas em um momento em que a saúde era vista mais em função de uma perspectiva economicista, a área cresce em importância

desenvolvimento e uma indicação de que nas regiões da Unasul e da África é onde se concentra o polo centralizador.

com o passar do tempo. Nos últimos anos ressurgiu uma visão da política externa, como um todo, que favorece cooperação Sul-Sul; a ela, o setor da saúde se alinha, emergindo o conceito de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. Isso deu-se sob os pressupostos da diplomacia em saúde, através da aproximação entre o MRE e o MS. Essas tendências nacionais estão atreladas a contextos mais amplos e que também influenciam, como o regional, a ser analisado na sequência.

2.3. ACORDOS REGIONAIS EM SAÚDE

A forma a qual o tema da saúde insere-se na agenda do regionalismo nas Américas também é de importante destaque. Para os fins do presente trabalho, tornam-se importantes especialmente os casos em que o Brasil está envolvido, dado que a influência das organizações pode ser importante para explicar as políticas nacionais.

Como já dito anteriormente, a primeira Conferência Sanitária Internacional sediada no continente foi em 1881, na cidade de Washington. Mais à frente, em 1902, viria a ser criada a Oficina Sanitária Internacional, transformada em 1923 na Oficina Sanitária Pan-Americana, e que viria a se tornar a Organização Pan-Americana de Saúde em 1943. A OPAS possui autonomia em matéria de saúde frente à OEA e, com a criação da Organização das Nações Unidas e da Organização Mundial de Saúde, a organização passou também a fazer parte do sistema ONU, vinculando-se à OMS e constituindo o escritório regional para as Américas. Sua fonte de financiamento foi sempre limitada, contudo cresceu ao longo do tempo, e suas principais provisões de recursos foram de países-membro, de fundações (Fundação Rockefeller, Fundação Kellogg) e de instituições vinculadas à ONU. A OPAS, desde sua criação, busca criar um ambiente regional de cooperação, em que se elaborem ações e políticas que melhorem o estado da saúde pública nos países da região a partir de uma agenda comum (NUNES, 2007; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2002). Conforme a organização, ela busca a horizontalidade, uma vez que seus trabalhos são de “cooperação técnica entre países, orientada ao fortalecimento de capacidade própria para sua autosuficiência e desenvolvimento em matéria de saúde, superando as concepções Norte-Sul” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1998, p. 10).

Os temas abordados nas primeiras décadas eram semelhantes ao restante do mundo. As doenças infecciosas constituíam a base da agenda, sendo a febre amarela um dos maiores temores da época. A preocupação era principalmente em relação às consequências que isso traria às questões comerciais e havia temor quanto aos portos marítimos. Os dois elementos mais relevantes na relação entre a instituição e os países que dela faziam parte, até 1947, seriam a difusão de ideias científicas relacionadas à saúde (essencialmente através das Conferências sanitárias Pan-Americanas e do Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana) e relacionadas à notificação e às formas de combate às doenças transmissíveis – através da aprovação do Código Sanitário Pan-Americano de 1924. Outros temas foram discutidos, como reforma da saúde pública, saúde materno-infantil, câncer e problemas de nutrição. Ao final desse período, o Brasil ganhava cada vez mais importância em termos de participação e as ações de cooperação começavam a ser mais impactantes (LIMA, 2002, p. 47-63; NARRO, 2012). Desse período até meados da década de 1960, houve a criação da OMS e a execução de uma nova política dos Estados Unidos de manter relações bilaterais com os governos latino-americanos. Estes dois fatos viriam a impactar a Organização Pan-Americana da Saúde no novo contexto da Guerra Fria. A partir daí, por exemplo, os EUA tenderiam a suspender alguns recursos e programas relacionados à OPAS. A cooperação entre países e com a organização, entretanto, foi facilitada pela criação de novos centros numa divisão por zonas, de forma descentralizada – um deles no Rio de Janeiro. De toda forma, entre os temas preponderantes do período houve alterações: saúde dos trabalhadores, migrações, saúde mental, organizações de serviços nacionais de saúde, zoonoses, alimentos, fármacos, relações entre saúde pública e seguros sociais e questões de engenharia sanitária entrariam na pauta, enquanto a saúde materno-infantil ganharia mais peso com trabalho conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Ainda que a agenda tenha sido ampliada, assuntos anteriores, especialmente os relacionados a doenças transmissíveis, continuaram importantes – a febre amarela, por exemplo, continuou como matéria prioritária para o Brasil durante algum tempo (LIMA, 2002, p. 73; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2002, p. 34-35).

Nos anos seguintes, especialmente no Brasil, esteve em curso um período de urbanização. Esse momento suscitava desafios comuns aos países da América Latina, que dizem respeito a como se desenvolver e, ao mesmo tempo, garantir a suas

populações acesso aos bens e serviços básicos. Muitos países também passaram por regimes ditatoriais, altamente centralizadores, e por planos de desenvolvimento que afetariam suas infraestruturas. Até o começo da década de 1970 houve, de modo geral, crescimento econômico, inclusive com o Brasil passando pelo período do “milagre”. Em relação às realizações da organização nesse período e seus temas centrais, vale destacar, além da contínua preocupação com doenças infecciosas (a varíola, como destaque, fora erradicada no ano de 1973), incursões no campo dos recursos humanos (com a criação de novos cursos, por exemplo), melhora no serviço de acesso à informação, preocupações com a mortalidade infantil, entre outras. Áreas como a do saneamento e o ambiente ganhariam peso significativo, com o desenvolvimento da engenharia sanitária. Além disso, houve reconhecimento da saúde como direito fundamental do indivíduo e que o dever do Estado era assegurá-lo (LIMA, 2002, p. 79; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2002, p. 37-41).

A partir da década de 1980, a instituição prossegue sua evolução rumo ao alargamento da agenda, visando cada vez mais definir a saúde como direito humano – e não mais como um recurso para estimular ou não obstaculizar o comércio, como motivado em seu início. A partir disso, também, a saúde foi definida em uma perspectiva de defesa da paz (vale a lembrança que ocorreram guerras civis na América Central). A OPAS defendeu ideais inclusive dissonantes ao contexto regional da época, de crise econômica e em voga de políticas liberalizantes e de cortes em gastos públicos, como viria a ser o Consenso de Washington. Além disso, novas ameaças surgiram, especialmente no campo das doenças infecciosas, com a AIDS. Também foi defendida a abordagem interdisciplinar da saúde, com fomento a conhecimentos inclusive nas ciências sociais. A engenharia sanitária continuou a ser desenvolvida, assim como o desenvolvimento de recursos humanos aprofundou-se especialmente a partir de 1985, com a criação de novos programas de treinamento. A organização intercedeu também pelos princípios do programa Saúde para Todos, defendendo a descentralização de serviços de prestação primária de saúde¹¹. Transformar os sistemas de saúde dos países era visto como uma necessidade, através de aprimoramento da infraestrutura, fomento à atenção primária de saúde e atenção a grupos vulneráveis. A agenda foi ainda mais além dos temas tradicionais, abarcando novos assuntos, como a violência, e novas

¹¹ No caso brasileiro, isso foi reforçado pelo período democratizante e pela oposição à alta centralização do governo autoritário, além de sua fraca prestação de serviços públicos; assim, foi criado o SUS.

abordagens para questões já antigas foram adotadas (LIMA, 2002, p. 94-105; AUER; ESPINEL, 2011, p. 123; PRATA, 2007, p. 94; PIRES-ALVES *et al*, 2012, p. 446).

A OPAS, entretanto, não é a única organização regional a tratar de saúde na América Latina. Embora historicamente tenha havido outras que trataram do tema, para entender o que se passa hoje na região, é mais válido analisar as instituições atuais, especialmente aquelas as quais o Brasil faz parte. Ou seja, Mercado Comum do Sul (Mercosul) e União de Nações Sul-Americanas, já que ambos tratam de saúde, mesmo que não seja exclusivamente ou o propósito único dessas organizações.

O Mercosul foi criado em março de 1991 com a assinatura do Tratado de Assunção por Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai. Além desses citados, também faz parte como país membro a Venezuela, que entrou no bloco em 2012. São países associados Bolívia (Estado membro em processo de adesão), Chile, Peru, Colômbia, Equador, Suriname e Guiana – ou seja, todos os países sul-americanos fazem parte, como membros ou associados. Como seu próprio nome indica, a intenção era criar um mercado comum na região, através da integração política, econômica e social dos Estados integrantes.

O viés do Mercosul, em sua primeira fase, era prioritariamente econômico. Dessa forma, as questões de saúde, principalmente aquelas que datam de período mais próximo da assinatura do Tratado de Assunção, são majoritariamente referentes a questões produtivas e ligadas ao comércio, que possam atuar como um facilitador deste. Assim, uma análise da agenda do Mercosul sugere que temas como adoção de medidas sanitárias da Organização Mundial do Comércio, medidas para livrar a região de doenças transmissíveis e riscos como a febre aftosa e a influenza aviária, relação com produtos médicos e indústria farmacêutica, medidas de controle fitossanitário, harmonização de padrões sanitários e de profissões de saúde, foram os que mais tiveram resoluções, entre outros que apareceram menos, embora também estivessem na pauta, como saneamento, por exemplo (MERCOSUL, base de dados). Houve, dessa maneira, “harmonização das legislações nacionais referentes aos bens, serviços, matérias-primas e produtos da área da saúde, como também os protocolos de vigilância epidemiológica e o controle sanitário” (ALVES *et al*, 2010, p. 25).

Vale salientar também a criação da Reunião de Ministros de Saúde em 1995, responsável pela proposição de medidas de saúde para o bloco e a criação do Subgrupo de Trabalho 11 Saúde (SGT 11). O primeiro traz à tona temas que busquem o conhecimento regional, economia conjunta, ações de capacitação, fortaleçam estratégias, articulem ações entre organizações não-governamentais (ONGs) e instituições internacionais, além de prevenção de doenças – como HIV e dengue –, política de medicamentos, doação e transplante, controle de riscos e outros (QUEIROZ; GIOVANELLA, 2011; UNASUL, 2010, p. 4). Já o segundo é responsável pelo marco regulatório e é integrado por dirigentes, especialistas e técnicos com o objetivo de harmonizar legislações e regulamentações, eliminando obstáculos ao comércio regional e objetivando a promoção da saúde. Antes da criação do SGT 11, as matérias de saúde eram elaboradas pelo Subgrupo de Trabalho 3, que tinha como objetivo fornecer padrões e eliminar obstáculos técnicos à livre circulação de produtos alimentícios e sanitários (QUEIROZ; GIOVANELLA, 2011).

A partir do início dos anos 2000, porém, começam debates regionais para a formação de uma nova organização. Sua culminância seria a criação, em maio 2008, da Unasul, através da aprovação de seu Tratado Constitutivo. Seus ideais são multissetoriais e congregam o Mercosul e a Comunidade Andina de Nações (CAN). Seus países membros são os doze Estados independentes da América do Sul. A partir da sua criação, um dos órgãos que se destaca é o Conselho Sul-Americano de Saúde. Embora haja sobreposição de temas com outras instituições existentes, como o Mercosul, percebe-se que os assuntos prioritários ou que se referem aos interesses dos Estados da região em geral são levados ao órgão de saúde da Unasul. Caso não seja aprovado, ou então seja relativo a interesses específicos a um grupo de países pertencentes a outra organização, o assunto é levado a esta outra instituição; no caso do Brasil, o Mercosul. Isso ocorre de modo que, desde a sua criação, a Unasul atua como um polo bastante marcante em assuntos de saúde, ao mesmo tempo em que não exclui completamente o funcionamento de outras instituições, que permanecem tendo na prática a possibilidade de criar marcos regulatórios na área.

Uma análise documental de resoluções e normas da organização sugere alguns assuntos discutidos. Os planos de ação 2010-2015 do Conselho Sul-Americano de Saúde afirma que as áreas de trabalho são: Rede Sul-Americana de Vigilância e

Resposta em Saúde; Desenvolvimento de Sistema de Saúde Universais; Acesso Universal a Medicamentos; Promoção da Saúde e ação sobre os determinantes da Saúde; Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos em Saúde. Outros temas ainda são citados como passíveis de discussão pelos ministros e de incorporação na pauta, como soberania alimentar; fome, alimentação e nutrição; saúde ambiental; saúde nas fronteiras; saúde de imigrantes; emergências e desastres; gênero; saúde mental; interculturalidade; carreira sanitária (do profissional em saúde); e violência. Ainda podem ser citados como temas os quais existem resoluções ou normas: controle de doenças (como influenza H1N1, dengue, chagas, câncer) e saúde pública, propriedade intelectual e inovação, entre outros. Percebe-se, portanto, que a agenda é bastante ampla e envolve temas mais sociais do que os do Mercosul (UNASUL, 2010).

Referente a preocupações acerca do aleitamento humano, algumas questões podem ser respondidas. Com relação à OPAS, esta é uma parceira do Brasil em ações cooperativas com outros países, especialmente através da cooperação triangular. Sobre o Mercosul e a Unasul, embora não haja uma ampla gama de políticas explicitamente para isso, existe, em ambas, uma preocupação clara em relação à saúde infantil – onde se encontra, de fato, o objetivo da promoção de bancos de leite humano. No que remete ao Mercosul, por exemplo, existe inclusive a proibição da venda comercial do leite materno; em relação à Unasul, apesar da sua recente criação, foi criado o dia sul-americano de doação voluntária, gratuita e altruísta de leite humano – 19 de maio (UNASUL, 2012).

Os temas preponderantes de atuação das três organizações, nos diferentes momentos de cada uma, estão definidos na Tabela 1, abaixo. Fica evidente que mesmo organizações que surgem com propósitos mais comerciais e preocupações economicistas da saúde, acabam evoluindo para um enfoque mais social e expandindo sua agenda, mesmo que em níveis distintos – casos da OPAS e do Mercosul. No caso da Unasul, sua relação com a saúde é desde o início política e social, como a organização se propõe.

Tabela 1 – Principais Temas Regionais em Saúde

Organização (Período)	Alguns temas principais
OPAS (1902 – 1947)	Doenças infecciosas (principalmente febre amarela); difusão de ideias científicas e de formas de combate a doenças; reforma da saúde pública; saúde materno-infantil; câncer; nutrição.
OPAS (1947 – 1960)	Saúde dos trabalhadores; migrações; saúde mental; organizações de serviços nacionais de saúde; zoonoses; alimentos; fármacos; saúde pública e seguros sociais; engenharia sanitária; saúde materno-infantil; doenças transmissíveis.
OPAS (1960 - 1982)	Doenças infecciosas; recursos humanos; acesso à informação; saúde infantil; engenharia sanitária; reconhecimento da saúde como direito fundamental.
OPAS (1982 até o presente)	Saúde como direito humano; defesa da saúde em prol da paz; doenças infecciosas (surgimento da AIDS); abordagem interdisciplinar (ciências sociais); engenharia sanitária; recursos humanos; reforma dos sistemas de saúde; novos temas (violência, por exemplo).
Mercosul como um todo (1991 até o presente)	Harmonização das legislações nacionais referentes aos bens, serviços, matérias-primas e produtos da área da saúde: controle fitossanitário, doenças infecciosas, indústria farmacêutica, adoção de medidas sanitárias.
Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul (1995 até o presente)	Doenças; política de medicamentos; doação e transplante; controle de riscos; capacitação; estratégias conjuntas.
SGT 11 – Mercosul (1996 até o presente)	Eliminar obstáculos ao comércio regional e objetivar a promoção da saúde.
Unasul Saúde (2008 até o presente)	Vigilância e resposta; desenvolvimento de sistemas de saúde universais; acesso universal a medicamentos; promoção da saúde e ação sobre seus determinantes; recursos humanos; soberania alimentar; fome, alimentação e nutrição; saúde ambiental; saúde nas fronteiras; saúde de imigrantes; emergências e desastres; gênero; saúde mental; interculturalidade; carreira sanitária (do profissional em saúde); violência; controle de doenças; saúde pública, propriedade intelectual e inovação.

Fonte: elaboração própria do autor

Há que ser salientado que existem ainda outras organizações na América Latina que tratam de assuntos sanitários. São elas a Comunidade Andina de Nações, a Comunidade do Caribe (CARICOM), o Sistema da Integração Centro-Americana (SICA), a Aliança Bolivariana para os Povos da Nossa América (ALBA), o Projeto Integração e Desenvolvimento Mesoamérica (Projeto Mesoamérica) e a Organização do

Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA). Entre essas, o Brasil só faz parte da OTCA.

Isto posto, o que se vê é que desde o início da cooperação em saúde na América Latina, em 1902 com a criação da Oficina Sanitária Internacional, os valores de colaboração internacional estão colocados. As três organizações mais importantes no que remete ao Brasil são referência no assunto e possuem papel na discussão de políticas sanitárias. A vinculação delas com a política externa brasileira, especialmente no período dos governos FHC e Lula, ocorre num contexto em que a saúde passa a ser debatida como possível meio de obtenção de *soft power*, conforme discute-se abaixo.

2.4. SAÚDE COMO RECURSO DE *SOFT POWER*?

Ao perceber o cenário mundial pós-Guerra Fria, Nye (1990) desenvolve o conceito de *soft power*. O autor observa que, como já acontecera muitas vezes na história do mundo, o conjunto de fatores que moldam o poder internacional encontrou um ponto de mutação depois da queda da União Soviética, acarretando alteração na natureza das relações entre Estados. A definição de poder estaria perdendo ênfase nas questões militares e de conquistas, ou seja, nos aspectos tradicionais da Guerra Fria. Em contraste, outros fatores, como tecnologia, educação e crescimento econômico se tornam cada vez mais importantes.

Além disso, Nye (1990) salienta que há outra mudança significativa em curso. Cada vez mais importante vem sendo o papel de outros atores além do estatal. Essa mudança ou acréscimo de atores traz ao cenário internacional objetivos distintos aos meramente estatais e faz com que algumas áreas ganhem importância em relação a outras. Além disso, o custo-benefício do uso da força deteriora. Dessa maneira, outros instrumentos, como habilidades organizacionais, de comunicação e institucionais tornaram-se importantes, da mesma forma que a manipulação da interdependência (NYE, 1990, p. 157-158).

A consequência disso, nessa mudança de natureza do poder, é que, em vários temas, atores privados ou Estados menores tornaram-se mais poderosos em relação ao que eram e em relação aos países historicamente possuidores de maior *hard power*. Nye (1990, p. 160) enumera cinco tendências que levariam a essa difusão do poder:

interdependência econômica, atores transnacionais, nacionalismo em Estados fracos, difusão da tecnologia e mudança na natureza de questões políticas. Assim, os países centrais, embora ainda controlem os recursos de *hard power* (os recursos de poder tradicionais), agora possuem menos capacidade de controlar certos setores do cenário internacional. Além disso, as questões internacionais atuais não colocam tanto um Estado contra o outro; trazem, contudo, problemas que requerem atuações conjuntas de ação coletiva e cooperação internacional. O tema da saúde global, por exemplo, constitui uma arena com essas características.

É, em suma, dessa maneira que o *soft power* ganha importância nos dias atuais. Ele se dá através da influência, não da coerção como seria com o *hard power*. Segundo Nye (1990, p. 167, tradução nossa), hoje o “*soft power* cooperativo é tão importante quanto o comando do *hard power*. Se um Estado pode fazer seu poder parecer legítimo aos olhos dos outros, ele irá encontrar menos resistência aos seus desejos”¹². Ou seja, cada vez mais significativo afirma-se o poder de tornar suas ideias legitimamente aceitas internacionalmente para, através delas, ganhar poder e influenciar o cenário internacional, já que os outros Estados estarão mais suscetíveis a atuar em consonância a essa nova prática legitimada. Nesse ambiente, então, o *soft power* pode ser definido como um contraste do *hard power*. Enquanto o primeiro se dá através da legitimação de valores culturais e de ideologias, bem como de regras e de instituições internacionais, com o intuito de definir a agenda política e determinar os rumos do debate, o segundo ocorre de forma coerciva. Um é tão importante quanto o outro. Se a capacidade de obter recursos, constituída no *hard power*, constitui uma vantagem, através do *soft power* um Estado pode exportar seus valores e, dessa maneira, tornar suas vontades mais legítimas e aceitas no meio internacional, dirimindo ou minimizando objeções externas. Fazem parte do *soft power* assuntos ambientais, sanitários, referentes a direitos humanos, sociais, entre outros.

Em relação à saúde, as características do *soft power* são perceptíveis a partir de características específicas. Há um número elevado e crescente de participações de atores não-governamentais, como ONGs, empresas transnacionais e sociedade civil, no cenário da diplomacia de saúde atual. Além disso, há uma gama de novos Estados ganhando

¹² No original: “soft co-optive power is just as important as hard command power. If a state can make its power seem legitimate in the eyes of others, it will encounter less resistance to its wishes” (NYE, 1990, 167)

importância, especialmente em desenvolvimento, como Brasil, China, Índia, México, África do Sul, entre outros. O rápido crescimento econômico proporcionou uma mudança de posição a nível internacional, tornando esses países mais ativos nas questões globais. Com esses novos atores, novas abordagens a temas habituais também surgem – por exemplo, a cooperação Sul-Sul. Dessa forma, a saúde, hoje, é muitas vezes utilizada como um instrumento da política externa, com intuito de alcançar objetivos mais amplos (KICKBUSCH; BUSS, 2011). Lee e Gómez (2011, p. 61-62) definem a diplomacia de saúde em duas perspectivas constituintes da agenda da nova diplomacia, a qual fazem parte novos processos, atores e temas. A primeira diz respeito à diplomacia médica, que é mais específica e é referente à recomendação de que se use a saúde como um instrumento para objetivos posteriores de política externa. No outro lado, a segunda visão, da diplomacia de saúde global, é abordada como uma forma de aproveitar os atores e processos globais para benefício dos objetivos próprios da saúde. De toda forma, ambas tem inerentes a importância do *soft power* e do crescimento da diplomacia da saúde, especialmente em países em desenvolvimento (LEE; GÓMEZ, 2011, p. 61-62).

Nesse contexto, vale destacar a atuação brasileira. Se o país não está entre os mais vigorosos em *hard power*, o mesmo não pode ser dito sobre *soft power*, sobretudo no caso da saúde. Esse setor foi desenvolvido especialmente a partir dos últimos vinte anos, com uma ampla gama de conhecimento técnico produzido. Ao estabelecer vínculos com outros países, especialmente através da cooperação Sul-Sul, o governo brasileiro fortalece a si próprio e alcança um papel mais proeminente no cenário internacional (PETHERICK, 2011). O engajamento brasileiro nas questões pertencentes à saúde global iniciaram a partir da redemocratização e da criação do SUS, fundamentado num sistema universal de saúde pública (LEE; GÓMEZ, 2011, p. 64).

Principalmente a partir do governo Lula, entretanto, o Brasil passa a empenhar-se ainda mais nessa temática. O país tornou-se, por exemplo, um dos maiores doadores mundiais de recursos, alcançando a cifra de US\$4 bilhões anuais em 2010 (LEE; GÓMEZ, 2011, p. 64). A ajuda bilateral caracteriza-se menos por ser focada em assistência social e mais em transferência de ideias e de conhecimento científico e técnico. Além disso, numa clara demonstração de *soft power*, o Brasil fornece auxílio ao país receptor para a construção de vontade política e de instituições para suporte das

políticas que são apoiadas. Da mesma forma, engaja-se com mais determinação em instituições multilaterais do que outros países que também se destacam ao buscar aumentar seu *soft power*, como a China (LEE; GÓMEZ, 2011, p 63).

Exemplos da atuação brasileira na obtenção de *soft power* através da diplomacia de saúde são, especialmente, os casos dos remédios antirretrovirais da AIDS e da política de controle do tabaco. No primeiro caso, a política de acesso a medicamentos da AIDS vem em consonância à política doméstica do país de acesso universal, proposta que o Brasil reforçou no âmbito da Conferência Mundial de AIDS, propondo que isso fosse reconhecido como um direito humano. O país, então, defendendo a quebra de patentes dos remédios, para universalizar o acesso a menor custo, colocou-se de encontro às empresas farmacêuticas. Para vencê-las, foi necessário esforço. O Brasil buscou o apoio de países em condição semelhante, tais como Índia, Tailândia e África do Sul, organizações não-governamentais e também sensibilizar a sociedade civil. Assim, o país conquistou seu objetivo, obtendo respeito e reconhecimento como um líder global em ascensão (LEE; GÓMEZ, 2011, p. 63).

O segundo caso é referente à Convenção Quadro para Controle do Tabaco, tratado desenvolvido sob a égide da OMS entre 1999 e 2003. Esse tratado propunha uma série de inovações, e o Brasil esteve promovendo e encorajando negociações favoráveis a sua elaboração. A notoriedade e a credibilidade que o país ganha vem do fato de que, embora seja um dos maiores produtores e exportadores, defendia, ao mesmo tempo, maior controle sobre o tabaco. Da mesma forma que no caso dos remédios da AIDS, aqui o país também teve que lidar com grandes empresas, nesse caso domésticas. Da mesma forma, o governo concretou coalizões entre ministérios (MS e MRE), organizações não-governamentais e sociedade civil, além de países, especialmente regionais, mas se estendendo em seguida a outros (LEE *et al*, 2010). Igualmente, nessa ocasião, o país conquistou respeito e credibilidade externas, aumentando seu *soft power*, além de colocar em prática políticas domésticas (tanto no próprio Brasil quanto em outros países) favoráveis aos seus interesses e ideologias.

Além desses dois, porém, há outros casos em que o país demonstra vontade de ser um líder em termos de saúde global. São outros exemplos da atuação brasileira: a atuação no setor de saúde da Unasul como um todo e, em especial, na criação do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), abrangida pela instituição;

negociações na área de amostras do vírus influenza; e em assuntos de doenças não-transmissíveis (PETHERICK, 2011). Esses casos demonstram que o Brasil tem conhecimento de como praticar o *soft power* em saúde, ao mesmo tempo em que busca promover o avanço técnico da área, sob suas ideologias e, quando possível, também instituições. O caso a ser proposto pelo presente trabalho, dos bancos de leite humano, caso se enquadre como atuação de *soft power*, não seria, portanto, o primeiro; seria outro meio pelo qual o país fortaleceria suas políticas domésticas e, no cenário global, sua capacidade de poder.

Da mesma forma, essa noção de *soft power* é perceptível se analisada em conjunto às ideias de autonomia presentes nos governos Fernando Henrique Cardoso e Lula. Já no governo FHC existe a percepção de que deve ser exercida uma atuação internacional pró-ativa, pautada nos novos temas (como o sanitário), com intuito de ganhar relevo internacionalmente; isto é, aumentar sua projeção externa e ganhar mais espaço e legitimidade em suas ações, o que iria refletir, como consequência, em um aumento no *soft power* e em maior capacidade de influenciar na agenda global e determinar os rumos do debate. O governo Lula modifica a ênfase em certos processos do período anterior, entretanto mantém essa visão sobre as formas de obter poder. O principal eixo alterado diz respeito ao destaque dado à cooperação Sul-Sul, que passou a ser priorizada.

Associada a esses fatores, ganha notoriedade a cooperação estruturante em saúde, de caráter Sul-Sul em sua essência. Essa abordagem aponta como necessidade a alteração das estruturas para benefício a longo prazo dos Estados envolvidos, desenvolvimento de recursos humanos e rompimento com a transferência passiva de tecnologias. Com essa base, o Brasil pode exportar suas políticas públicas sanitárias a outros Estados. Esse fato serve não somente para aprimorar os serviços em saúde do país parceiro, como também para angariar *soft power* à medida que a perspectiva brasileira adquire legitimidade internacional, o país se credencia como ator relevante globalmente e aprimora suas relações com países parceiros. O Brasil demonstra que atua conforme a percepção de que os novos problemas globais requerem novas soluções que sejam realizadas em conjunto, aceitando inclusive a participação de novos atores.

Outro ponto diz respeito às organizações regionais, como Organização Pan-Americana da Saúde, Mercosul e Unasul. Historicamente, conforme demonstrado

anteriormente, o Brasil costuma apoiar as iniciativas debatidas pela OPAS e há reciprocidade. Do mesmo jeito, há o apoio da instituição às iniciativas brasileiras recentes, caracterizadas como estruturantes. Um exemplo é a assinatura do TC 41, que facilita a cooperação triangular entre o governo brasileiro e suas agências, a OPAS e os países parceiros e suas instituições. Assim sendo, é manifesta a legitimação das regras e instituições brasileiras, bem como o respeito à inserção de atores externos através da cooperação triangular e a percepção de resolução coletiva de questões comuns.

Com relação ao Mercosul, percebe-se que, assim como a Unasul, este foi fundado no período pós-Guerra Fria, em que já eram iniciados os passos rumo à percepção da relevância do *soft power*. Isso representa-se no Mercosul ao passo que o bloco amplia sua agenda para assuntos além dos econômicos ou que impactem diretamente no comércio. Assim, os novos temas são percebidos e adequados à organização. Já sobre a Unasul, esta tem em sua origem objetivos sociais mais patentes, sendo uma instituição mais aberta. O papel brasileiro na sua criação, bem como de seu órgão relacionado à saúde, remete à importância a que o país dá aos temas sanitários e à legitimação de seu modo de realizar políticas no setor, sendo o ISAGS um exemplo. Vale ressaltar ainda que, assim como em relação à OPAS, no caso do Mercosul e da Unasul está presente a percepção de que os novos problemas devem ser resolvidos a partir de ações coletivas. É nítido, desse modo, que, a partir da abordagem de Nye (1990), a saúde é um dos temas que vem ganhando destaque em termos globais. Diversos Estados perceberam isso como uma capacidade de aumentar sua projeção em termos de poder, especialmente os países em desenvolvimento, que avaliam nessa uma nova oportunidade de transformar as relações de poder mundiais. O Brasil, com as suas especificidades, faz parte desse grupo.

2.5. CONCLUSÕES PARCIAIS

Tendo como base o exposto neste capítulo, chega-se, então, ao contexto em que se desenvolveu a saúde global nas últimas décadas e que se elaboraram políticas brasileiras para o setor. Da mesma forma, conceitos fundamentais foram expostos.

Observa-se que, a partir das primeiras conferências sanitárias, houve a constituição da base do que seria o processo sanitário nos dias atuais. Exposta a evolução da diplomacia da saúde, chega-se à saúde global vigente, em que há interseção

entre os setores sanitários e de política externa dos países, maior gama de atores e ampliação da agenda. Também demonstra-se a ênfase nos modelos de desenvolvimento, especialmente naquele chamado de cooperação Sul-Sul. A partir dele percebe-se a ação estruturante do que se torna a política externa brasileira para a saúde atual. Não se buscam mais, praticamente, soluções conjunturais aos problemas sanitários. A prioridade é dada àqueles projetos que visem alterar estruturalmente a saúde nos países parceiros, de modo que se exaltem princípios como a horizontalidade e a descentralização. Nesse caso, novos atores envolvidos são percebidos durante o processo.

Entre esses atores, está a Organização Pan-Americana da Saúde. Ela é envolta de maneira triangular entre a cooperação exercida pelo Brasil e outros Estados americanos. Seu histórico demonstra uma evolução de abertura na agenda, adquirindo caráter cada vez mais social. Da mesma forma o Mercosul tem seu início estritamente comercial, inclusive no que é pertinente à saúde, mas vê a agenda alargar-se com o passar do tempo. No caso da Unasul, esta é uma organização que já surge com amplo escopo em matéria sanitária, dando prioridade a temas sociais.

Vale observar, por fim, o que diz respeito ao *soft power*. Através dele, países em desenvolvimento, principalmente, viram uma possibilidade de diminuir a margem de poder relativo entre si e os países desenvolvidos. A abrangência de novos temas no cenário internacional proporcionou isso. No caso do brasileiro, observa-se que o governo percebeu essa possibilidade ao inserir-se nos novos temas, especialmente o sanitário.

Como consequência do exposto, acredita-se que já há base conceitual e histórica suficiente para exposição acerca do envolvimento do governo brasileiro em ações de cooperação na área de aleitamento humano. Esse é o caso específico do próximo capítulo, onde os conceitos prévios, vistos como tendências atuais do cenário global e da atuação externa brasileira, podem ser confirmados ou não.

3. PRÁTICA E EXPANSÃO DOS BANCOS DE LEITE HUMANO

Existe, contemporaneamente, a percepção de que a construção e prática dos bancos de leite humano são socialmente importantes. Esse modo de ver a questão foi desenvolvido historicamente, dentro de determinados contextos e situações que culminaram na difusão de sua prática nos dias de hoje, com destaque para a liderança brasileira. Em vista disso, torna-se importante a análise de sua construção histórica e de como a cooperação técnica no setor desenvolve-se nos dias atuais, especialmente sob a liderança brasileira.

Para responder isso, o capítulo está dividido em três seções. A primeira é voltada às questões do histórico e importância da execução e difusão de BLHs, sendo ressaltados os diferentes modelos existentes. A segunda diz respeito à análise da política externa brasileira como exportadora e disseminadora do modelo criado pelo país. A terceira e última, ressalta as regiões prioritárias para expansão do modelo, além de evidenciar alguns aspectos referentes à cooperação com estas regiões.

O que se pretende com esse capítulo é que fique clara a relevância que os bancos de leite possuem no mundo atual, bem como o contexto que proporcionou isso. A partir disso, busca-se a compreensão das diretrizes as quais o Brasil segue e os objetivos que são procurados na prática da expansão internacional de bancos de leite humano, especialmente para determinadas regiões.

3.1. O DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO DE SUCESSO

Na busca pela diminuição da morbidade e da mortalidade infantis¹³, o leite humano demonstra ser importante. Sendo assim, há o desenvolvimento de modelos que visam suprir os casos de necessidade. Entre eles, e com amplo destaque, encontra-se o brasileiro.

O leite humano caracteriza-se pela sua fundamental importância no desenvolvimento do recém nascido, sendo o melhor método de amamentação. A

¹³ Por morbidade entende-se a relação entre o número de pessoas afetadas por determinada moléstia e o número total de habitantes em determinado tempo e espaço. Mortalidade, por sua vez, é entendida como o total de óbitos acontecidos em dado espaço de tempo.

indicação é de que seja a alimentação exclusiva da criança durante os primeiros seis meses, sendo mantido alternadamente com outros métodos em sequência. Seus benefícios englobam uma ampla gama de fatores, que vão do curto ao longo prazo. Incluem aspectos biológicos, como importante fonte de nutrientes e defesa imunológica, entre outros, e aspectos clínicos, que garantem menor probabilidade de desenvolvimento de certos riscos à saúde (SOARES, 2013, p. 13). No grupo dos recém nascidos e dos lactentes¹⁴, há alguns subgrupos específicos que necessitam do leite humano de forma prioritária: entre os recém-nascidos, os prematuros, especialmente os que possuem baixo peso ou estejam com alguma infecção; e entre os lactentes, os alérgicos às proteínas do leite de vaca, os com deficiências imunológicas e os com diarreia protraída (VINAGRE *et al*, 2001, p. 343).

Dessa forma, o leite humano é visto como o principal meio de amamentação do bebê. Caso não seja possível ter a própria mãe como uma fonte, recomenda-se a busca de outras, como os bancos de leite humano. Seu efeito na sobrevivência, crescimento e desenvolvimento é notório, tendo, assim, sua importância comprovada. As indicações mais convencionais para a prescrição de BLHs são nutricionais (caso de prematuridade, entre outros), terapêuticas (em caso de doenças infecciosas, por exemplo) e preventivas (como quando há alergia às proteínas do leite de vaca) (SOARES, 2013, p. 13).

Um problema surge em populações de baixa renda, especialmente de países pobres como os da África, Ásia e alguns latino-americanos, em que, muitas vezes, as famílias acabam não amamentando seus recém-nascidos com leite humano, optando por alternativas industrializadas. Essa opção não é prejudicial apenas pelos aspectos anteriormente citados em favor da amamentação humana, mas também porque, com a criança mais vulnerável em função da falta de alimentação materna, aliam-se as condições precárias desses países. Assim, desnutrição e infecção relacionam-se e o aleitamento materno torna-se ainda mais necessário para reversão dos quadros de morbidade e mortalidade infantis (FREITAS, 2014, p. 7).

A importância da amamentação já fora percebida desde os primórdios da humanidade. A análise histórica é válida, uma vez que “o processo de amamentar é uma prática biologicamente determinada, porém socialmente condicionada” (Vinagre *et al*,

¹⁴ Lactante significa a mulher que produz leite, enquanto lactente se refere à criança que mama.

2001, p. 341). Diversas civilizações antigas, como as da Babilônia, Egito, Grécia e Roma, já percebiam a importância do leite humano. Esses povos já constatavam que este poderia prevenir doenças – Hipócrates, por exemplo, percebeu menor índice de mortalidade entre bebês amamentados. Os dois primeiros povos citados costumavam amamentar as crianças por dois a três anos, inclusive com a presença de amas-de-leite, fato que foi intensificado pelos gregos e romanos (VINAGRE *et al*, 2001, p. 341). Essa prática era conhecida como *wet nursing*, termo que significa que as crianças poderiam ser amamentadas por quem fosse considerado possuidor de atributos considerados necessários para ser caracterizado como doadora (SOARES, 2013, p. 11).

A era cristã incentivou a proteção às crianças, inclusive em relação à amamentação. Aos poucos, entretanto, o aleitamento materno foi caindo em desuso pelos europeus. Cada vez mais foi vista com desdém pela elite europeia, tendo assim as amas-de-leite ganhado papel cada vez mais rotineiro na amamentação infantil. Como consequência, a mortalidade infantil aumentou bastante, expressa, no século XVIII, a elevada cifra de 99,6% em Dublin (onde não havia opção de amas-de-leite), sendo alta também em Londres (80%) e Paris (56%) (VINAGRE *et al*, 2001, p. 341).

Esse contexto, entretanto, passou por mudanças. Muitas alterações nos hábitos sociais ocorreram especialmente a partir do século XIX, com regiões industrializando-se e urbanizando-se rapidamente na Europa e nos Estados Unidos. Conforme Vinagre *et al* (2001, p. 342), “até o final do século 19, a amamentação ao peito era uma opção que determinava a vida e a morte”, sendo, portanto, resultado direto dos costumes da sociedade em transformação.

Com a industrialização, o trabalho foi ainda mais valorizado, em detrimento da relação da criança com a mãe. Desse modo, crescia a importância das amas-de-leite; elas traziam consigo, porém, problemas, como o custo financeiro elevado e a privação do leite materno aos filhos da própria ama. Com vistas a resolver alguns desses problemas, foram criados os primeiros bancos de leite humano, sendo o primeiro em Viena, em 1900, e o segundo em Boston, em 1910. Essa prática, então, espalhou-se pelo mundo ocidental (VINAGRE *et al*, 2001, p. 340)

No início do século XX, contudo, o que se via era a criação de formas artificiais de leite que viriam a substituir o humano. Em 1911 foi criado o leite em pó. Pouco

sabia-se cientificamente sobre os valores nutricionais do leite humano, e considerava-se à época que o em pó seria o melhor substituto. O critério utilizado era o crescimento, valorizando-se, assim, a alimentação cada vez mais precoce e com maior número de alimentos (VINAGRE *et al*, 2001, p. 342). Nota-se, portanto, que aliado aos fenômenos da industrialização, da urbanização, do trabalho da mulher, ocorreu a criação de fórmulas alternativas que levaram a redução da importância social da amamentadora.

Após a Segunda Guerra Mundial, a alimentação artificial desenvolveu-se ainda mais, levando ao desinteresse em bancos de leite em alguns países, especialmente na América do Norte. Enquanto na Inglaterra, por exemplo, todas as maternidades e hospitais possuíam seus próprios bancos de leite, nos EUA e Canadá havia apenas dois funcionando até o final dos anos 1980. Sua utilização era prioritariamente com prematuros. Um grande baque, contudo, seria, ainda na década de 1980, o surgimento da AIDS, transmissível através do leite, resultando no fechamento de diversos BLHs pelo mundo e na queda de sua importância de modo geral. A crise logo foi superada, visto que descobriu-se, ainda nesta década, que a pasteurização do leite eliminava as chances de transmissão do vírus por esta via. Em 1985, por fim, viria a ser criada a Associação dos Bancos de Leite Humano, em Washington. Tal associação visa a promoção de cooperação entre bancos de leite humano e a difusão de conhecimento científico e surge como um importante incentivador da prática da amamentação (VINAGRE *et al*, 2001, p. 344). Ainda na década de 1980, criaram-se as primeiras normas referentes à implementação e funcionamento dos BLHs, que viriam a ser sustentadas por desenvolvimento nas áreas científicas e tecnológicas. Existem, hoje, 165 bancos de leite pela Europa, 214 pelo Brasil e milhares pelo mundo (SOARES, 2013, p. 11; FREITAS, 2014, p. 12).

Já em setembro de 2000, na maior reunião de chefes de estado mundial, houve a elaboração da Declaração do Milênio. Esse documento refletia preocupações de praticamente todos os países do globo, transformando necessidades reais das pessoas em objetivos concretos delineados pelos líderes dos países presentes. Ele demonstrava preocupações essencialmente no combate à extrema pobreza e outros males da sociedade. Virou realidade através da elaboração dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, cuja vigência vai até 2015. São eles: a) redução da pobreza; b) atingir o ensino básico universal; c) igualdade entre os sexos e autonomia

das mulheres; d) reduzir a mortalidade na infância; e) melhorar a saúde materna; f) combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; g) garantir a sustentabilidade ambiental; h) estabelecer uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento. Entre os oito, então, pelo menos três são voltados diretamente à saúde: o ODM 4, o ODM 5 e o ODM 6.

No caso do presente trabalho, o quarto objetivo, de redução da mortalidade na infância, é o que mais se adequa. Se em 1990 o número de crianças menores de cinco anos que morriam era de 12,7 milhões, em 2013 já representava 6,3 milhões; uma redução, portanto, de 17 mil mortes diárias. Isso demonstra que o programa motivou a elaboração de medidas efetivas de reduzir em dois terços a mortalidade em menores de cinco anos (o que constitui sua meta principal), embora ainda haja a ser feito para alcançá-la. Uma dessas medidas motivadas pelo programa, que pode ter auxiliado a diminuir os índices de morbidade e mortalidade infantis, é a cooperação entre bancos de leite humano. No caso brasileiro, o alcance pode ser ainda maior, uma vez que o país dá prioridade a acordos entre países do Sul, os quais demonstram possuir maiores taxas de mortalidade infantil em relação aos países ricos. Além disso, o Brasil já alcançou a meta desejada (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, sem ano; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, sem ano).

Ao encontro dessa perspectiva, também está a percepção do Banco Mundial. Ele estima que investir em iniciativas de saúde infantil traz retornos que equivalem a sete vezes o valor investido, através de redução de custos com segurança social e do aumento da produtividade econômica. Ainda assim, é necessário que se realize um aporte maior do que o atual para que se cumpram os objetivos, além da contínua promoção de políticas públicas (FREITAS, 2014, p. 5).

Nesse contexto histórico, diferentes modelos de bancos de leite humano são criados. Tully (2001), com base em análise de discursos, faz referências a algumas características próprias de BLHs de diferentes países que tiveram delegados presentes no I Congresso Internacional de Bancos de Leite Humano, sediado no Brasil, em 2000. Iniciando pelo modelo do Reino Unido, onde há sete BLHs, são dadas as instruções sobre higiene às doadoras, que são monitoradas verbalmente e sorologicamente por conta de precauções patológicas (igualmente na França e na América do Norte) e guardam o leite congelado em casa. O hospital tenta manter o mesmo lactente sob o

aleitamento das mesmas doadoras. Os bancos de leite não fazem parte de clínicas de amamentação. Por fim, novamente semelhante ao caso francês, o custo é coberto por um seguro nacional de saúde. Já na América do Norte, mais especificamente entre Canadá e Estados Unidos, há sete bancos de leite. Não há nenhuma regulação nacional, embora informalmente sejam seguidas as orientações do Human Milk Banking Association of North America. Na França, país em que existem 18 BLHs e cujo primeiro foi aberto em Paris, no ano de 1947, criaram-se regulações nacionais, como no Brasil. Outras finalidades são serviços como suporte de amamentação e conselhos, especialmente a mães de prematuros em unidades de terapia intensiva neonatais (TULLY, 2001).

Em relação ao modelo brasileiro, a autora salienta que este é organizado do nível nacional para o local, com treinamento de pessoal, registro dos certificados e centros de referência estaduais e nacionais – característica da descentralização. Um dos objetivos principais é continuar desenvolvendo tecnologia, métodos baratos e equipamentos para doadores de bancos de leite, para que seja preservado o componente único do leite e se produza um produto seguro. O caso da Venezuela e do Caribe é peculiar. Seus sistemas são moldados a partir do paradigma brasileiro, inclusive tendo seus diretores treinados no Brasil. Nesse caso, também os bancos de leite estão situados em hospitais e atuam igualmente na promoção do aleitamento (TULLY, 2001).

Após o I Congresso Internacional de Bancos de Leite Humano, a que Tully (2001) faz referência, diversas outras parcerias foram realizadas com países latino-americanos, de forma parecida ao caso venezuelano e caribenho. Isso ocorre também em relação aos países da CPLP. Para esses conjuntos de países, priorizados pelo governo brasileiro, o modelo do Brasil interessa por conta de sua viabilidade financeira, ao mesmo tempo em que é de qualidade certificada. Dessa forma, a perspectiva brasileira de realização de políticas públicas em BLHs adequa-se melhor às capacidades e necessidades desses países. Além disso, o Brasil demonstra vontade política em exercer essas parcerias, que estão de acordo com as perspectivas de autonomia pela integração e pela diversificação, bem como a possível busca por obtenção de *soft power*. Desse modo, o Brasil exerce a cooperação estruturante em saúde e, ao mesmo tempo, é capaz de atingir o objetivo de política externa de realçar o relacionamento com países do Sul, obtendo, conseqüentemente, prestígio e credenciais que contam na busca de *soft power*, ao passo em que auxilia com uma tecnologia que é vantajosa para os parceiros.

De maneira geral, demonstra-se um comprometimento mundial em relação ao tema. Embora os países em desenvolvimento analisados não monitorem sorologicamente seu leite, todos os BLHs usam o aquecimento para minimizar patógenos e possuem procedimentos que visam minimizar a perda de nutrientes e fatores imunológicos. Outra semelhança é que em nenhum modelo há pagamento aos doadores, a despeito de em alguns (normalmente anglo-saxões) se fornecerem bombas extratoras de leite.

No entanto, ainda no que diz respeito ao modelo brasileiro, observa-se que, quando é reestruturado em forma de rede, ele cria uma forma de operação que vai de encontro ao modelo anglo-saxão. Em vez de continuar a importação de equipamentos sofisticados e caros dos Estados Unidos, o país desenvolveu tecnologias próprias e mais baratas, substituindo os equipamentos anteriores. Assim, o novo modelo em rede foi criado de uma forma simples, eficiente e economicamente viável a países em desenvolvimento (FREITAS, 2014, p. 13).

Em relação à história brasileira com o aleitamento materno e os bancos de leite humano, é possível realizar algumas inferências. Maia *et al* (2006, p. 286), afirma que desde a abertura do primeiro BLH brasileiro, em 1943,

as percepções e construções sociais acerca de tais unidades de serviço sofreram flutuações ao longo do tempo, e a depender do momento histórico que se considere, atores e grupos sociais lhes atribuíram diferentes significados. Assim foram caracterizadas tanto como estruturas de apoio às situações de excepcionalidade do desmame comerciogênico, como unidades de atendimento a serviço da amamentação (MAIA *et al*, 2006, p. 286).

Dessa forma, a depender do momento histórico, sua característica muda. De qualquer maneira, vale salientar que o objetivo da inauguração do primeiro BLH brasileiro foi de coletar e distribuir leite humano para atender casos vistos como especiais, e assim foi a expansão dos BLHs até os anos 1980. A partir de 1985, então, observa-se um processo de aceleração dessa expansão. Nesse momento, os bancos de leite assumem novo papel na saúde pública brasileira, realizando-se estratégicos para ações de promoção, proteção e apoio à amamentação. Mais à frente, isso viria a impulsionar e tornar-se na maior rede mundial de bancos de leite humano.

Com isso, a trajetória dos bancos de leite humano, no Brasil, pode ser caracterizada em três períodos paradigmáticos distintos. O primeiro é considerado uma fase de consolidação, tendo início em 1943 com a implantação da primeira unidade de BLH no Brasil: o à época chamado Instituto Nacional de Puericultura, hoje conhecido como Instituto Fernandes Figueira (IFF)¹⁵, no Rio de Janeiro. Antes dela, existia o Lactário de Leite Humano (análogo ao que viriam a ser os bancos de leite), na cidade de Salvador. Essa fase de implantação e consolidação durou até 1984. Durante esse período, especialmente na década de 1940, havia declínio na amamentação no Brasil, em uma fase de expansão do desmame comerciogenico em favor do surgimento das indústrias produtoras de leite artificial no país, que se pautavam no *marketing* dos leites artificiais aliados a uma suposta base científica, somados ainda ao desinteresse de profissionais da saúde. Os objetivos da implementação de distribuição de leite humano deram-se em função apenas da necessidade de atendimento a casos especiais, em situações de emergência em que a alimentação artificial – sempre a primeira opção – não era possível por algum motivo. Fatores como a valorização crescente a produtos industrializados, a apologia ao desmame precoce pelos serviços de saúde e a cruzada higiênica contra as amas-de-leite, tornaram o leite humano um produto limitado e de preço elevado. Ou seja, o leite humano não era um concorrente ao industrializado; era, sim, uma alternativa para os casos em que este falhava. Durante esse tempo, o maior desafio era o de aumentar o volume de leite obtido, tendo, em vista disso, como principal propósito a coleta; políticas de estímulo à amamentação eram secundárias (ALMEIDA, 1999, p. 92-94; MAIA *et al*, 2006, p. 286-7; VINAGRE *et al*, 2001, p. 342).

Com vistas a cumprir o objetivo maior desse período, a obtenção do leite, foram utilizadas diversas estratégias questionáveis. Criava-se uma situação de relação comercial, de compra e venda pelos bancos de leite, não um processo de doação solidária: houve uma profissionalização da doação, sendo que cada doadora recebia de acordo com o volume doado. Entre a intenção de funcionar como um órgão de proteção social e de encorajamento à amamentação natural, e a prática, de profissionalização da doação, houve um claro distanciamento, por conseguinte. Como consequência, praticamente todas as doadoras eram de baixa renda (ALMEIDA, 1999, p. 97-98).

¹⁵ Fundado em 1924, é uma unidade de assistência, ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico da Fiocruz. O IFF é voltado para a saúde da mulher, da criança e do adolescente.

A partir de 1985 até 1997, inicia-se o segundo momento, tido como de ampliação da forma de atuação, incorporando novas atividades, como promoção, apoio e proteção à amamentação. Entre outros motivos, isso foi possível através do surgimento de legislação federal específica, mobilização social e esforços em busca de melhora dos bancos de leite resultadas pela criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM). O IFF foi o responsável pela reestruturação operacional a qual passaram os BLHs nacionais, resultando nesse segundo paradigma. Havia o entendimento de que o modelo vigente anteriormente oferecia riscos à saúde dos receptores, que a maioria dos bancos de leite humano desestimulava a amamentação, que não havia legislação na área e que deveriam ser realizadas experiências que visassem superar esses problemas (ALMEIDA, 1999, p. 104; MAIA *et al*, 2006, p. 287). A comprovação de que 85% das mortes por desnutrição em lactentes desmamados eram ligados à utilização de amamentação artificial incentivou também essa nova fase (FREITAS, 2014, p. 11). Essas percepções foram observadas no âmbito do PNIAM e levadas à cabo pelo IFF, que era o mais antigo BLH e com mais problemas na estrutura operacional. O resultado foi o aumento da qualidade, sendo certificada. Assim, foi criado uma novo conceito de BLH que rompia com o anterior:

O Banco de Leite Humano é um centro especializado, responsável pela promoção e o incentivo ao aleitamento materno e execução de atividades de coleta, processamento e controle de qualidade de colostro, leite de transição e leite humano maduro, para posterior distribuição, sob prescrição de médicos ou de nutricionistas, sendo este obrigatoriamente vinculado a um hospital materno e/ou infantil. É uma instituição sem fins lucrativos, sendo vedada a comercialização dos produtos por ela distribuídos (ALMEIDA, 1992a *apud* ALMEIDA, 1999, p. 104).

Os principais alvos assistenciais tornaram-se aqueles que não podiam receber leite materno, deixando em papel secundário sistemas de coleta, processamento e distribuição. Além disso, dentro das ações assistenciais do BLH-IFF, foi introduzida a promoção da amamentação. Cresceu o compromisso de desenvolver recursos humanos, aprimorar tecnicamente e fomentar bancos de leite no país, demonstrando a nova importância exercida através da reestruturação operacional. Até 1998, existiam 104 BLHs no Brasil, sendo 90 deles – e mais dois no exterior – com apoio do BLH-IFF, que passou a servir como polo de produção, difusão e absorção do conhecimento. O crescimento exponencial foi possibilitado graças à Fundação Legião Brasileira de

Assistência, principal agente de difusão do modelo iniciado pelo IFF, a partir da elaboração do Programa Nacional de Bancos de Leite Humano, que deu início a diversos futuros centros de referência regionais. Também foi de fundamental importância o Grupo Técnico de Bancos de Leite Humano (posteriormente Comitê Nacional de Bancos de Leite Humano), criado pelo PNIAM para assessoramento técnico e de importante papel de iniciar a institucionalização do que eram experiências isoladas¹⁶. Ainda ocorreria, em 1992, o I Encontro Nacional de Bancos de Leite Humano, que daria bases à futura Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (REDEBLH), criada em 1998 (ALMEIDA, 1999, p. 105-7; MAIA *et al*, 2006, p. 287). Assim, rompia-se com o modelo anterior que visava substituir as amas-de-leite. Esse segundo paradigma, executando melhor seu papel a serviço da amamentação, serviu como base para a criação da REDEBLH, apoiando iniciativas e gerando novas tecnologias. Esse segundo estágio, contudo, terminou em 1997 e, no ano seguinte, iniciou o terceiro, vigente até os dias atuais.

Essa última fase é pautada no modelo de Rede Nacional, crescendo de forma descentralizada e com ênfase na construção do conhecimento técnico a níveis municipais e estaduais. É nesse período que é criada a REDEBLH, projeto que congrega a Fiocruz e o Ministério da Saúde, e que representa uma importante decisão de política pública que traz um novo modelo de gestão mais apropriado às condições da conjuntura já vigente à época, de grande expansão dos bancos de leite; dessa maneira, a forma de trabalho em rede parecia a mais adequada. Seus principais objetivos são a redução da mortalidade infantil e a melhora dos indicadores de aleitamento materno no país, tendo a promoção da informação e do conhecimento como ferramentas. Além disso, esse novo modelo possibilitou a expansão da REDEBLH para além das fronteiras nacionais. Dessa forma, o Brasil consolidou-se como referência no tema, especialmente em função da promoção e incentivo à pesquisa e desenvolvimento tecnológico (MAIA *et al*, 2006, p. 288; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, sem ano). Atualmente, fazem parte 214 BLHs em funcionamento, além de 125 postos de coleta (FREITAS, 2014, p. 12). A forma de rede iniciou de maneira não-oficial, para depois ser institucionalizada. Sua importância no campo da cooperação internacional foi de suma importância para o aumento de

¹⁶ O mesmo grupo viria a elaborar aquele que seria o documento base para a legislação federal de 1988, publicada pelo Ministério da Saúde em forma de portaria (ALMEIDA, 1999, p. 106)

espaço e respeito no âmbito governamental, resultando em maiores verbas e maior atenção (FREITAS, 2014, p. 26).

Vale ressaltar, apenas, que, no período pré-1943, portanto anterior aos períodos paradigmáticos descritos, o Brasil estava inserido num contexto mundial de amas-de-leite – além do já salientado desmame comerciogênico - e, nesse contexto, o aleitamento natural, como prática, estava se tornando um hábito cada vez menos comum (VINAGRE *et al*, 2001, p. 342). A cultura vigente no Brasil, resultado da influência europeia, através dos portugueses, apontava para uma visão de que amamentar não era uma tarefa nobre. Esta só viria a ser alterada com a percepção do movimento higienista, que colocaria como pressuposto que amamentar é uma atividade natural; só em casos específicos, em que sua impossibilidade era fato, valeria a utilização de amas-de-leite. (ALMEIDA, 1999, p. 93) Isso salienta ainda mais a importância de se incentivar a amamentação através de ações de políticas públicas, principalmente a partir do momento que, como Almeida (1999, p. 94) demonstra, tais inovações científicas que levavam ao desmame comerciogênico na verdade não eram melhores que o aleitamento natural, pelo contrário. Dessa forma, então, os bancos de leite surgiram como uma alternativa moderna e segura às amas-de-leite, até então utilizadas, embora inicialmente deixados em segundo plano em relação aos produtos artificiais. Com o tempo, sua importância foi cada vez mais percebida na redução da morbidade e da mortalidade infantis.

É importante essa ressalva da evolução histórica dos bancos de leite humano no Brasil já que é essencialmente a partir dessa terceira fase exposta por Maia *et al* (2006, p. 288) que se inicia com força a cooperação brasileira com outros países, mais à frente constituindo a forma de rede. O progresso da iniciativa no âmbito internacional, tendo o Brasil como modelo a ser seguido, é descrito nas seções seguintes, em que se apresenta o perfil do país como exportador e as regiões prioritárias para tanto.

Em vista do exposto, é perceptível a importância do leite humano para os lactentes, especialmente recém nascidos e prematuros. Sua viabilidade, no entanto, nem sempre é possível a partir da mãe, tornando-se necessária a busca por fontes alternativas, como os bancos de leite humano. A partir disso, elaboram-se diversos modelos de BLHs, sendo os mais destacados o brasileiro e o anglo-saxão. Com destaque

no plano doméstico, o do Brasil demonstra-se atraente para uma ampla gama de países, a serem apresentados nas seções seguintes.

3.2. A EXPANSÃO DO MODELO: ORIGEM E CONSOLIDAÇÃO DE UMA PERSPECTIVA

Expostos o histórico e a importância dos bancos de leite humano, com destaque para o caso brasileiro, fica clara a relevância do modelo desenvolvido pelo país. A partir disso, o Brasil pode lançar-se para a cooperação técnica internacional, tendo como base uma política pública doméstica de qualidade comprovada e eficaz no contexto mundial de busca de soluções para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial no que toca aos países em desenvolvimento. O país realiza esses projetos de acordo com interesses mais profundos, que estão de acordo com recomendações gerais de política externa no período. Seus motivos e desdobramentos serão explicados ao longo da seção.

Vale recordar que o país vinha, a partir do governo FHC, atuando através da lógica da autonomia pela integração, executando uma política externa pró-ativa e mantendo certo diálogo com os países do Sul, embora de forma mais tímida. Com a emergência do governo Lula, entra em vigor a chamada autonomia pela diversificação, em que a aproximação com os países em desenvolvimento é explícita. Esse ponto, inclusive, a partir de 2004, consta de forma clara e prioritária dentro da Agência Brasileira de Cooperação. A mesma agência prioriza também projetos com países da América Latina e Caribe, da África (em especial Países Africanos de Língua Portuguesa - PALOPs - e Timor Leste), além do apoio à CPLP.

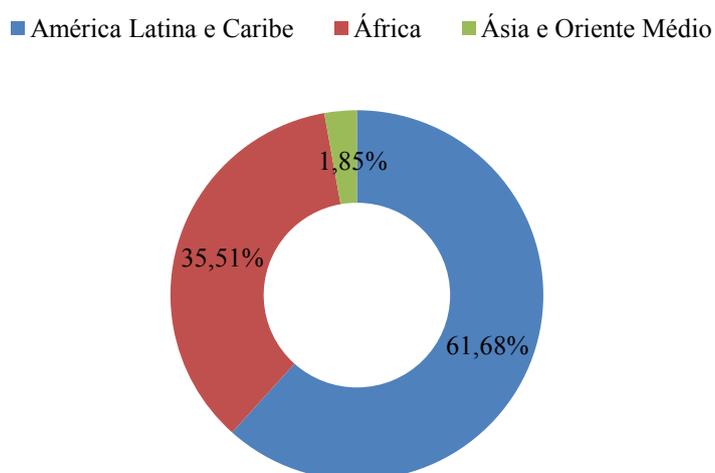
No campo doméstico, o Brasil iniciara uma reavaliação e reformulação das políticas públicas em saúde a partir do fim da ditadura e início da redemocratização. Nesse período, em contraponto às políticas fortemente centralizadoras do regime ditatorial, foram elaborados programas descentralizadores que primavam pela universalidade, beneficiando a todos os brasileiros, sendo o SUS o grande exemplo. Esses ideais pautaram também novas medidas em BLHs, que tiveram uma nova fase a partir de 1985. A reestruturação que foi iniciada em 1998 e que viria a resultar na Rede Nacional de Bancos de Leite Humano, no entanto, é a que estimula a cooperação internacional – mesmo que esta já tivesse dado seus primeiros passos anteriormente através, por exemplo, de um projeto com a Venezuela em 1996.

Dessa forma, o que se vê é uma convergência de prioridades de política externa ligados a políticas domésticas que vão resultar nas iniciativas na área de bancos de leite. O país exporta, através da cooperação técnica em saúde, uma política pública, além de sua tecnologia, que dá resultado interno e atrai os países em desenvolvimento pela sua efetividade e baixo custo. Dessa maneira, como afirma Dunda (2012, p. 178),

o período de estruturação da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano a partir de 2003 é coincidente com o aprofundamento das relações políticas brasileiras tanto para a América Latina, quanto quanto para países africanos sob a égide do Governo Lula (DUNDA, 2012, p. 178).

Dados do Ministério da Saúde de 2013, inclusive, apontam para 107 projetos em saúde em execução, os quais são 66 desenvolvidos com países da América Latina e Caribe, sendo que destes, 50% são com países-membro da Unasul (BRASIL, 2013b). Já referente aos países africanos, são 38 projetos implementados, com prioridade àqueles países de língua portuguesa (em torno de 22 projetos). Em relação a bancos de leite humano, o relatório aponta para 20 países contemplados e 49 BLHS implantados (BRASIL, 2013b). Essas informações podem ser analisadas percentualmente no Gráfico 1, a seguir. Através dele fica clara a prioridade que é dada à África e, majoritariamente, América Latina e Caribe.

Gráfico 1 – Projetos de Cooperação Técnica Internacional em Saúde em acompanhamento pela Divisão de Projetos em 2012



Fonte: elaboração própria do autor a partir dos dados de Brasil (2013b)

Já em 2010, os bancos de leite representavam 37% da agenda internacional do MS, sendo o principal projeto para essas regiões (DUNDA, 2012, p. 189). É perceptível, na prática, por conseguinte, a preferência dada aos países latino-americanos e caribenhos, assim como aos CPLP, mais especificamente aos PALOP. Sua prioridade é dada não só no discurso, como também na execução de projetos. A importância dos bancos de leite humano também aparece a partir do momento em que é, inclusive, a área citada pelo próprio Ministério da Saúde como exemplo.

Nos outros países, normalmente a instituição brasileira responsável pela atuação ativa e presente em todos os projetos de BLHs é a Fiocruz. Ela auxilia, através da transferência de tecnologia, a estruturar ou reestruturar o país receptor, através da estrutura física, da capacitação de recursos humanos, além da transferência da tecnologia nacional de coleta e manutenção do leite. Ela atua como importante elo entre o Brasil e o outro país, já com respaldo e experiência internacional.

Dessa forma, a atuação brasileira pode ser classificada como um caso de cooperação técnica em que há claramente sinais de busca por *soft power*. O país usufrui de sua condição de líder de tecnologia no tema para buscar relações com países parceiros essencialmente do Sul, seguindo uma lógica já presente nas prioridades da sua política exterior, principalmente a partir do momento da lógica da autonomia pela diversificação. Ao auxiliar países parceiros na execução de projetos de bancos de leite humano, o Brasil exporta também seu modelo, legitimando sua prática e criando novas regras e instituições sob a égide desses valores, além de aprimorar diálogos e abrir espaços para cooperação em novos setores.

Dessa maneira, é de notar-se também que o Brasil possui histórico de *soft power* na área da saúde, não constituindo, então, os bancos de leite humano como caso inicial ou isolado. Os casos das políticas de controle ao tabaco e de acesso a medicamentos da AIDS (antirretrovirais ou ARVs), já apresentados no primeiro capítulo, servem de ilustração. No caso do tabaco, o Brasil conseguiu, através de um processo exaustivo, estabelecer novas regras mais rígidas para o seu controle, mesmo tendo domesticamente uma indústria forte. Já no caso da AIDS, o governo brasileiro procurou instaurar sua política universalizante, através da produção de remédios genéricos que fossem mais baratos e, desse modo, mais fáceis de serem distribuídos a todos afetados. Nessas situações, assim como em relação aos BLHs, o país mostrou conhecimento técnico e

manobra política para conduzir as negociações e levar adiante seus projetos. Se, no campo da amamentação, o Brasil estava aquém dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e utilizou os bancos de leite humano para auxiliar a alcançar a meta, em relação ao tabaco o país também possui uma larga população afetada e buscou diminuir o índice de fumantes para minimizar as patologias relacionadas. Com relação aos ARVs da AIDS, o processo é semelhante, já que havia conhecimento de uma forma de produzir uma medida paliativa mais acessível para os enfermos: a produção de genéricos. Essas medidas e a busca por legitimá-las trazem credibilidade internacional ao país, uma vez que não é o único que sofre desses males e acaba por servir de exemplo, líder ou aliado de grupos internacionais, principalmente em relação aos países em desenvolvimento.

Nas três situações, a condução de projetos busca favorecer essencialmente os países em desenvolvimento, principais aliados, buscando a diminuição da assimetria Norte-Sul. Novamente, isso está em acordo com a ideia de autonomia presente nos últimos governos, com maior ênfase a partir do governo Lula. Os resultados foram de sucesso, com a legitimação internacional do modelo brasileiro de políticas públicas nos três casos, tornando o Brasil um líder e referência nesses temas.

Como consequência, o país não apenas ganha reconhecimento em saúde, mas também como capacitado a ser um líder, com o diferencial de trazer novos ideais que visem superar as assimetrias Norte-Sul. Ocorre um acúmulo de capital diplomático em temas sociais, permitindo a exploração de novas oportunidades de cooperação (RUBARTH, 1999, p. 118). Abre portas, portanto, para cooperação em novos setores com os países parceiros, representando um possível efeito de transbordamento, a partir do pressuposto de que a cooperação em uma área pode ser transbordada para outra. O Brasil ganha legitimidade como ator, especialmente nos novos temas, demonstrando que é capaz de utilizar os instrumentos de *soft power* que Nye (1990) aponta e, assim, ganhar influência, a fim de ser capaz de determinar os rumos de debates não apenas vinculados à saúde. Conforme Lee e Gómez (2011, p. 64), por trás da busca por reputação na saúde global há o interesse de impulsionar o status do país como um todo. Se o tema sanitário pode ser, atualmente, utilizado como um instrumento de política externa que vise objetivos maiores (KICKBUSH; BUSS, 2011), o Brasil demonstra ser um exemplo disso. Outro fator a ser analisado, é que a projeção externa, quando exitosa,

reforça também as políticas domésticas já existentes (caso dos BLHs) ou permite seu avanço se incipientes (políticas antitabagistas e ARVs da AIDS).

Especificamente referente às iniciativas em bancos de leite humano, a trajetória internacional brasileira é traçada através de projetos tanto bilaterais quanto multilaterais. Entre as iniciativas bilaterais, os projetos iniciam em 1996, com um acordo com a Venezuela. Seguem outros, como com Uruguai e Equador, sendo que os países da América Latina e Caribe são os principais beneficiados, principalmente nos primeiros movimentos internacionais. Mais à frente a iniciativa é expandida, levando o modelo brasileiro a outros lugares do mundo. Com iniciativa da Fiocruz, realiza-se o “Apoio Técnico para a implantação/implementação de bancos de leite humano”, sendo este projeto coordenado e apoiado financeiramente pela ABC e, normalmente, de cunho bilateral. São 25 os países que foram ou serão beneficiados: África do Sul, Angola, Cabo Verde, Moçambique, Argentina, Belize, Bolívia, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equador, Guatemala, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai, Venezuela, Espanha e Portugal. Apenas no caso dos europeus os recursos não provêm do governo brasileiro. A Fiocruz realiza instruções técnicas, como da escolha da instituição que servirá como BLH, bem como seu projeto de infraestrutura, e a partir de então, na maioria dos casos, a responsabilidade passa a ser do país receptor, inclusive na adequação das instalações e na aquisição de equipamentos básicos. Essa fase de adequação de infraestruturas é a primeira, normalmente estendida também a uma segunda, que diz respeito aos princípios de funcionamento em forma de rede descentralizada, como no Brasil (FREITAS, 2014, p. 19-22). Isto posto, observa-se que esse modelo remete ao conceito de cooperação estruturante em saúde, em que a busca é de transformação das estruturas existentes, para benefícios de longo prazo e continuidade do projeto, mesmo após um possível término do prazo e saída do governo brasileiro e de suas instituições.

A trajetória multilateral tem seu início no ano de 2000, na realização do I Congresso Internacional de Bancos de Leite Humano, em Natal. Participaram delegados vindos de diversos países, que trocaram experiências e conhecimentos. Em 2005 é elaborada a Carta de Brasília, um acordo multilateral, no II Congresso Internacional de Bancos de Leite Humano, que também sediou o I Fórum Latino-Americano de Bancos de Leite Humano. Participaram países da região e de fora, além de algumas

organizações internacionais. Nesse momento tem início a construção da Rede Latino-Americana de Bancos de Leite Humano. A prática multilateral também é expandida, inclusive com um caso de cooperação envolvendo o Brasil, outros países e organizações: em 2008, o projeto entre Brasil, Honduras, Guatemala e OPAS, sendo que esta última apoia financeira e institucionalmente. No mesmo ano, os países da CPLP também estabeleceram acordos com o governo brasileiro. Em 2010, há novos eventos que ratificam a Carta de Brasília (FREITAS, 2014, p. 15-17).

O que é perceptível, à medida que se analisa a atuação do Brasil como exportador da tecnologia de bancos de leite humano, é que o país assume esse papel seguindo as diretrizes gerais de política externa. Por conseguinte, há um modo de atuação pautado no *soft power*, que se acentua através da preferência por certos blocos de países. A seção seguinte faz referência a esses grupos de países prioritários, exaltando as regiões em que se concentram a maior parte dos projetos.

3.3. REGIÕES PRIORITÁRIAS E TENTATIVA DE LIDERANÇA: A ORIENTAÇÃO DA EXPANSÃO

Conforme já descrito no capítulo anterior, o Brasil prioriza a cooperação Sul-Sul, de viés mais horizontal, entre países em desenvolvimento. Dentro desse paradigma, destacam-se, na área da saúde, as atividades realizadas em conjunto com a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa e com os países latino-americanos e do Caribe.

A CPLP é constituída, como o nome sugere, de países de diferentes continentes e características que tem em comum o fato de possuírem o idioma português como oficial. Fazem parte dela os países integrantes do grupo dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa¹⁷, Guiné Equatorial, Portugal e Timor Leste, além do Brasil. Criada em julho de 1996, o bloco se auto-intitula “o foro multilateral privilegiado para o aprofundamento da amizade mútua, da concertação político-diplomática e da cooperação entre os seus membros” (COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA, 2006). Seus objetivos visam favorecer a cooperação nos domínios sociais, culturais e econômicos, a prática de projetos de promoção e difusão da língua portuguesa e a concertação diplomática entre os países-membros, com vistas a

¹⁷ Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe.

potencializar sua projeção no cenário internacional (CONSTRUINDO REDES ESTRUTURANTES NA CPLP, 2014).

Sendo um dos seus canais em destaque, a saúde tem um papel efetivo na agenda da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa desde 2000, a partir da III Conferência da CPLP, em Maputo. Há uma percepção de que a saúde é um fator essencial para o desenvolvimento. Para isso, através do PECS-CPLP, a estratégia é de construir redes de instituições estruturantes e capacitar os recursos humanos em saúde, o que é, então, contrário a abordagem tradicional de projetos e programas verticais. A meta é a construção de sistemas universais de saúde de qualidade. Incentiva-se, por exemplo, a criação de Institutos Nacionais de Saúde Pública (INSP-CPLP), em países em que não possuam estas estruturas. Como complemento às citadas redes estruturantes de saúde pública, surgem redes temáticas de investigação, as quais dão suporte técnico e científico aos ministérios da saúde e às redes de instituições, congregando competências disponíveis nos Estados-membro (COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA, 2014). Outro objetivo presente é o de adotar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio como metas a serem cumpridas, inclusive com atividades de monitoramento e avaliação (COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA, 2009).

Já na XXVII Reunião de Pontos Focais de Cooperação da CPLP (RPFC-CPLP), constava o investimento em bancos de leite humano, presente também na agenda do Fundo Especial da CPLP em diferentes reuniões, como a décima e a décima sétima (COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA, 2008; COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA, 2010a). O “Programa para a Implementação de Bancos de Leite Humano nos Países da CPLP” foi proposto pelo Brasil e tem como objetivo apoiar o aleitamento materno, recolher e distribuir leite humano e contribuir para a redução da mortalidade infantil. A entidade coordenadora do projeto é a Agência Brasileira de Cooperação, vinculada ao MRE. Já as entidades executoras são a Fundação Oswaldo Cruz, o Instituto Fernandes Figueira e o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica. A previsão da execução do projeto era de 24 meses, a iniciar por 2008. A RPFC-CPLP considerou o projeto relevante para os objetivos da instituição e indicou sua execução (COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA, 2010b). No Plano Indicativo do Fundo

Especial, que versa sobre o quadro de execução de projetos e ações pontuais da CPLP, foi exposto o andamento do projeto com os países do PALOP mais Timor Leste como beneficiários, conforme demonstra a Figura 2 abaixo:

Figura 2 – Programa para a Implantação de Bancos de Leite Humano nos países da CPLP

Código		Título do Projeto					
Pr30/LB/08		Programa para a Implantação de Bancos de Leite Humano nos Países da CPLP					
Objetivo(s) e Resultado(s) Esperado(s)		<p>Objetivo(s): Contribuir para redução da mortalidade infantil nos países da CPLP</p> <p>Resultado(s) Esperado(s): R1) Banco de Leite Humano implantado em Angola; R2) Banco de Leite Humano implantado em CV; R3) Banco de Leite Humano implantado na GB; R4) Banco de Leite Humano implantado em Moçambique; R5) Banco de Leite Humano implantado em STP; e R6) Banco de Leite Humano implantado em TL.</p>					
Entidade Financiadora	Entidade Executora	Beneficiário (s)	Valor Total do Projeto	Recursos solicitados ao FE	Valor consignado	Valor desembolsado	Saldo Atual (31/12/09)
			EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
ABC, Brasil	Fundação Oswaldo Cruz/ Instituto Fernandes Figueira /Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica	PALOP e Timor-Leste	416.648,00	272.794,00	151.957,08	0,00	151.957,08
Grau de Implementação		<ul style="list-style-type: none"> O projeto foi apresentado à XVII RPFC, de Julho de 2008, tendo obtido a Categoria de Decisão 2; Na ocasião os PF de Moçambique e TL solicitaram um prazo de 30 dias para consultarem os seus respetivos setores; O SECPLP, através da sua NV 603, de 8 de Setembro de 2008, solicitou a estes países que se pronunciassem sobre o projeto, o que não ocorreu até à data; De recordar que de acordo com a categoria de decisão atribuída, o "projeto proposto deverá ser encaminhada ao Secretariado Executivo que verificará se a proposta revista incorpora de forma apropriada as recomendações feitas, dando a conhecê-la aos demais Pontos Focais". Em reunião realizada em Junho de 2009 na sede da ABC, em Brasília, a DirCoop recebeu a informação de que este projeto teria que ser re-equacionado em face de pareceres desfavoráveis entretanto recebidos de Moçambique e TL. Durante a XIX RPFC, de Julho de 2009, o PFC do Brasil reafirmou sua disposição de realizar o Projeto na sua vertente bilateral, em função do interesse e especificidade de cada país beneficiário. Instou que os EM comuniquem seu interesse no Projeto às Embaixadas brasileiras das suas respetivas capitais. <p>Neste sentido, aguarda-se decisão final para sua retirada do PIC - CPLP.</p>					
Observações		<ul style="list-style-type: none"> O projeto tinha uma duração prevista de 24 meses. O objetivo específico do projeto passa pela implantação de uma Rede de Bancos de Leite Humano na CPLP, no mínimo um em cada país, que sirva como referência nacional para o intercâmbio de conhecimento e transferência de tecnologia no âmbito do aleitamento materno. 					

Fonte: Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, 2010b, p. 14-15

Devido a problemas decorrentes das peculiaridades próprias a cada país, o projeto não teve continuidade no plano multilateral. Sua importância, no entanto, é comprovada, uma vez que o projeto foi aprovado, iniciado e teve sua continuação na esfera bilateral com países do bloco. As estruturas criadas pela cooperação realizada no

âmbito da CPLP, não necessariamente em matéria de bancos de leite, mas em saúde em geral, criam uma base capaz de gerar sustentação a projetos, de forma que não sejam extintos assim que cesse a cooperação ou que a conjuntura global dificulte sua permanência. Além disso, as instituições reestruturadas ou criadas no âmbito da CPLP vão ao encontro do que preveem os valores necessários para a implementação de BLHs, de acordo com o modelo brasileiro. Essa estruturação pode ser executada através da capacitação de recursos humanos na área da saúde, por exemplo dentro da saúde infantil - como busca, de fato, a CPLP. Dessa maneira, mesmo que o envolvimento em BLHs não se dê mais de forma direta no plano multilateral, o diálogo entre os governos e a execução de projetos continuam.

Quanto ao plano bilateral da cooperação em saúde na CPLP como um todo, Torronteguy (2010) e Pasqualin e Garcia (2011), realizam análises com base em documentos. De maneira geral, algumas características apresentam-se como tendências. A Fiocruz destaca-se como agente atuante na promoção da estratégia estruturante. Os acordos também permitem a possibilidade de parcerias triangulares, mesmo que sejam com organizações internacionais ou organizações não-governamentais. Do lado brasileiro, observa-se um enfoque intersetorial, em que atuam de maneira conjunta o MRE e o MS, conforme se observa como prática brasileira nos últimos anos. As críticas ficam por conta dos mecanismos de monitoramento e avaliação, que, de forma geral, precisam ser mais claros, periódicos e ter mais publicidade (TORRONTÉGUY, 2010, p. 63-66; PASQUALIN; GARCIA, 2011).

A horizontalidade é apenas formal, pois o que se percebe na prática é que o Brasil ajuda muito mais do que coopera; há, assim, quase exclusiva transferência de tecnologia brasileira. No entanto, essa abordagem difere da Norte-Sul no que diz respeito ao modo como se dão os acordos, em que se busca um modelo que confira sustentabilidade aos projetos, de maneira que possam ser conservados no longo prazo os benefícios ao país receptor, para que este consiga, um dia, sustentar as iniciativas sem ajuda externa. O Brasil também não impõe condicionalidades, como é comum na cooperação Norte-Sul (TORRONTÉGUY, 2010, p. 65-66; PASQUALIN; GARCIA, 2011). Ainda existe a necessidade de que se integrem os níveis individual (capacitação de pessoal), institucional (estruturação das instituições) e desenvolvimento de capacidades sociais, conforme aponta Torronteguy (2010). A partir da promoção dos

três, de maneira integrada, é que o país receptor terá condições de manter as iniciativas após o término dos projetos de cooperação, uma vez que esta possui caráter temporário. No caso do Brasil com a CPLP, há a promoção dos dois primeiros níveis, através da estratégia estruturante em saúde. O terceiro, que acontece quando a sociedade apodera-se do conhecimento compartilhado, é, até o momento, um desafio (TORRONTGUY, 2010, p. 66).

Entre as áreas prioritárias dentro da saúde a qual se dá essa cooperação técnica bilateral com os países da CPLP, o caso dos bancos de leite humano se destaca como uma das áreas em que mais existem acordos. Com base no Sistema de Gestão de Projetos e Ações de Cooperação Internacional em Saúde (SISCOOP)¹⁸, é possível a análise dos projetos e atos internacionais acerca de BLHs vigentes com países da CPLP. Apesar de não constarem iniciativas com Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe, Guiné Equatorial, Portugal e Timor Leste, há com os demais países um total de três projetos (Angola, Cabo Verde e Moçambique) e dois atos internacionais (Cabo Verde e Moçambique).

No caso angolano, a preparação iniciou em 2010, após contatos no I Congresso Ibero-Americano da Rede de Bancos de Leite Humano e prosseguiu em 2011, com visita de brasileiros ao país. Em relação aos moçambicanos, os contatos iniciaram em 2009, sendo assinado em 2010 o acordo para implementação de BLH no país. Referente a Cabo Verde, o programa executivo referente à implementação de bancos de leite humano, foi assinado em 2008, com um subprojeto realizado em 2011, sendo que se seguiram diversos contatos e visitas técnicas. Por fim, embora não conste no SISCOOP, houve um apoio técnico para implementação de BLHs em Portugal, conforme a Fiocruz. Enquanto em Portugal e em Cabo Verde já foram instalados bancos de leite segundo o modelo brasileiro, em Moçambique e Angola encontra-se em fase de implantação (BRASIL, 2014).

Outra região importante é a América Latina. Foi por esse espaço que o Brasil iniciou a cooperação internacional em bancos de leite humano, apenas posteriormente ampliando o escopo para os países da CPLP. O início desse processo foi em 1996, com

¹⁸ O SISCOOP é desenvolvido em parceria com a AISA. Seu objetivo é ser uma ferramenta de auxílio no acompanhamento de ações internacionais do Ministério da Saúde, transmitindo transparência às ações do Ministério. Pode ser acessado através do link: <http://aplicacao.saude.gov.br/siscoop/indexp.jsf>.

um programa de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e a Fiocruz, pelo lado do Brasil, e o governo venezuelano, resultando na implantação de dois BLHs segundo o modelo brasileiro. Outras iniciativas bilaterais e até multilaterais foram executadas, como é o caso do Programa Ibero-Americano de Bancos de Leite Humano (IberBLH).

O programa IberBLH tem como antecedente a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, maior e mais complexa do mundo, que instaurou um modelo baseado na descentralização e na implementação de competência técnica nos estados e municípios. O programa foi aprovado na XVII Reunião Ibero-Americana de Chefes de Estado e Governo, em novembro de 2007, no Chile. Além do Brasil, participam Argentina, Bolívia, Colômbia, Costa Rica, Espanha, Panamá, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela. Seus objetivos dizem respeito à meta de inaugurar pelo menos um BLH em cada país ibero-americano, de forma que haja espaço para o intercâmbio de conhecimento e de tecnologia, buscando a redução da mortalidade infantil. Esse banco de leite a ser criado em cada país deve servir como núcleo de referência à uma Rede Ibero-Americana. Em 2010 foram incorporados novos membros, sendo eles Cuba, El Salvador, Equador, Guatemala, Honduras, México, Portugal, República Dominicana e Cabo Verde (DUNDA, 2012, p. 184).

Como justificativa para a iniciativa ibero-americana, contam alguns fatores. Em primeiro lugar, o sucesso do programa brasileiro, através do desenvolvimento de tecnologias de baixo custo, pesquisa e estruturação própria que a tornam referência internacional. A iniciativa brasileira chegou a ser premiada, em 2001, com o prêmio Sasakawa de Saúde, como melhor projeto de saúde pública. Em segundo lugar, a meta dos países em cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em que os bancos de leite podem favorecer a redução da mortalidade infantil e a melhora à atenção sanitária às gestantes. Outro fator, em 2005, foi a realização do II Congresso Internacional de Bancos de Leite Humano, resultando na Carta de Brasília. Esse documento foi referendado por representantes de Ministérios da Saúde de diversos países da América Latina e Caribe, ditando as bases para a criação de uma Rede Latino-Americana de Bancos de Leite Humano. A partir daí, iniciam-se esforços que resultaram na implantação de BLHs em alguns países da região. Outros contatos foram realizados, ainda, durante o IV Congresso Espanhol de Lactância Materna, em que houve diversas conferências sobre as redes brasileira e ibero-americana. Esse conjunto

de acontecimentos levou à aproximação entre esse grupo de países (PROGRAMA IBERO-AMERICANO DE BANCOS DE LEITE HUMANO, 2007).

A todo tempo, é dado destaque ao Brasil como provedor da tecnologia e grande apoiador de seu uso nos outros Estados. Vale a ressalva de que esse período histórico é o mesmo em que o Brasil resolve, como estratégia de política externa, aprofundar as relações com o Sul global e com os países próximos, em específico. A Rede Ibero-Americana, portanto, vai ao encontro das diretrizes gerais da política externa, de aproximação aos países em desenvolvimento. Com a sua criação em 2007, a IberBLH enquadra-se dentro do paradigma da cooperação estruturante em saúde, em que o Brasil demonstra preferência por projetos com países em desenvolvimento, prevalecendo uma forma mais horizontal de cooperação (ALMEIDA *et al*, 2010). Além disso, compreende-se dentro do período da autonomia pela diversificação, iniciada pelo governo Lula. Com objetivo de diminuir assimetrias em relação aos países do Norte, é dado destaque à cooperação Sul-Sul e às iniciativas de regionalismo, aspectos em que esses países incluem-se (VIGEVANI; CEPALUNI, 2007). Dessa forma, o país é capaz de utilizar-se da saúde como um meio de demonstração de capacidade de liderança, revelando interesse na obtenção de *soft power*, uma vez que é visto como fornecedor da tecnologia para criação ou adequação de estruturas no país receptor (LEE; GÓMEZ, 2011, p. 63). Isso ocorre especialmente no caso da IberBLH, em que é o grande fornecedor. Assim, o país demonstra atuar conforme a percepção descrita por Nye (1990), de que o custo-benefício do uso da força deteriora e crescem os benefícios do *soft power*. Os termos de cooperação com a CPLP demonstram as mesmas características, visto que constituem em um avanço posterior ao início das iniciativas com a IberBLH, consideradas exitosas. Dessa maneira, o Brasil adquiriu legitimidade e credibilidade no tema. Isso serviu tanto como atração aos países da CPLP, que desejam receber o modelo brasileiro, quanto de expansão do *soft power* do país, que trouxe resultados positivos com a IberBLH.

Além da Venezuela, o Brasil realizou projetos e atos internacionais com vários outros países na região. Os dados encontrados na base de dados do SISCOOP e da Fiocruz indicam que, entre os Estados independentes, só não há acordos na América Latina e Caribe com Chile, Guiana e Suriname entre os sul-americanos e Antígua e Barbuda, Bahamas, Barbados, Dominica, Granada, Jamaica, Santa Lúcia, São Cristóvão

e Nevis, São Vicente e Granadinas e Trinidad e Tobago entre os países da América Central e Caribe. Entre os latino-americanos que Brasil possui cooperação na área, são 16 projetos e 16 atos internacionais. O Informe Anual de 2012 traz alguns dados interessantes para análise. No grupo dos participantes e beneficiados da IberBLH, houve um total, até a data do relatório, de 27 BLHs em construção ou projetos novos, 14 já construídos, 275 em funcionamento, 2.117.786 mulheres assistidas em lactância materna, 201.482 mulheres doadoras, 211.742 recém-nascidos beneficiados, 179.615,68 litros de leite coletados e 310 técnicos capacitados (PROGRAMA IBERO-AMERICANO DE BANCOS DE LEITE HUMANO, 2012). O Brasil é o país que apresenta os números mais sonantes – só em bancos de leite em funcionamento, o país possuía 212 dos 275, por exemplo – e não poderia ser diferente, afinal é o líder e exportador na tecnologia, constituinte da maior rede nacional de BLHs do mundo.

No Projeto Ibero-Americano e na CPLP, então, fazem parte majoritariamente países em desenvolvimento, sendo sua base América Latina e Caribe e África. Contudo, vale apenas ressaltar que, fora dessas regiões, ainda entram dois países europeus. Primeiro, a Espanha, que conta com um BLH que funciona desde 2007 a partir do modelo ibero-americano. E depois, em função da aproximação com esses blocos de países e também por ser parte de ambos, Portugal, que também está investindo em bancos de leite, tendo inaugurado seu primeiro em 2008.

A cooperação através do projeto da Rede Ibero-Americana e da CPLP, portanto, converge às diretrizes gerais da política externa, de aprofundar relações com países em desenvolvimento, especialmente os mais próximos geografica e culturalmente. Nesse caso, em que o Brasil apresenta-se mais como fornecedor de ajuda do que propriamente em troca de tecnologias, pode ser vista uma via de aumento do *soft power* nacional. Além disso, exerce papel de produção de efeitos multiplicadores na cooperação entre os países em questão, realçando o bom relacionamento e a confiança existentes. Esse movimento foi possível graças à reestruturação brasileira e à criação da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Através do desenvolvimento de tecnologias nacionais, o país obteve legitimidade internacional, inclusive com o apoio da OPAS, para internacionalizar seu projeto e, a partir disso, tornar seu modelo dominante no tema, sendo o mais aceito, especialmente naquele grupo de países os quais o Brasil prioriza suas relações a partir do governo Lula. Dunda (2012, p. 189-190) afirma que

a ideia de difusão e transmissão de tecnologia em uma área tão específica como os Bancos de Leite Humano como projeto de cooperação técnica em saúde, a sua expansão para outros países, e dentre esses, países sul-americanos, põe o Brasil em uma posição de liderança sul-americana, principalmente quando o país possui a maior e mais complexa rede de bancos de leite humano do mundo (DUNDA, 2012, p. 189-190).

Com isso, então, o Brasil molda a sua projeção externa ao tentar se consolidar como um ator relevante, líder regionalmente e desenvolvedor de novas técnicas que se adequam às necessidades do mundo atual, especialmente entre os países em desenvolvimento. É assim, em suma, que se utiliza o *soft power* brasileiro em matéria de bancos de leite humano.

3.4. CONCLUSÕES PARCIAIS

Dado o exposto acima, fica evidente a importância do aleitamento humano através dos bancos de leite. Eles mostram-se eficazes a partir de sua importância social e histórica, com vistas a desenvolver problemas de morbidade e mortalidade infantis, nos casos em que a mãe não é capaz de amamentar seu filho.

A partir disso, construíram-se modelos de BLHs pelo mundo, sendo os mais relevantes o anglo-saxão e o brasileiro. Embora cada um tenha suas especificidades e algumas semelhanças, a abordagem brasileira destaca-se por sua eficiência e baixo custo. Ao longo de décadas, o Brasil passou por diferentes momentos paradigmáticos que lhe permitiram uma mudança na forma de avaliar socialmente o aleitamento por via de BLHs. Esses paradigmas culminaram no que constitui hoje a maior rede de bancos de leite do mundo, com transferência de tecnologia a diversos outros países.

Dessa forma, o país atingiu um patamar internacional que lhe garante credibilidade externa, dados seus referenciais domésticos e de cooperação internacional. Por conseguinte, o Brasil é visto cada vez mais como um líder capaz de auxiliar aqueles que se interessem, especialmente se estes estiverem no grupo de países prioritários pelas diretrizes gerais de política externa. Esses blocos de países prioritários demonstram ser principalmente os da América Latina e Caribe e os da Comunidade de Países de Língua Portuguesa.

É exercida, então, uma função de ganho de *soft power* através da transferência de tecnologia em bancos de leite humano. Esse ganho de *soft power* é observado uma vez que o Brasil atua principalmente como fornecedor de tecnologia, recebendo pouco tecnicamente em troca. A partir disso, seu modelo de realização de BLHs é legitimado, o país ganha ainda mais credibilidade e as relações com os países receptores melhoram, criando novas possibilidades no campo da diplomacia.

O que se vê, em suma, é que o Brasil percebeu a importância dos bancos de leite humano para a diminuição dos índices de morbidade e mortalidade infantis. A partir disso, foi favorecido pelo contexto dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que trazia isso como uma prioridade para a agenda de praticamente todos os países do mundo, em especial aos países em desenvolvimento, que possuíam piores taxas. De acordo com suas diretrizes de política externa, o Brasil investiu nesse tema pela cooperação técnica e, em troca, recebe ganhos de *soft power*.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A emergência de bancos de leite humano está relacionada com o contexto da saúde global. Em 1851, iniciam as primeiras conferências sanitárias internacionais, motivadas por interesses de saúde pública e comerciais. Ali é que foram criados os alicerces que perduram até os dias atuais, dando origem a instituições, regras e normas de procedimento, elaboradas como consequência (FIDLER, 2001).

A partir de então, expandiu-se esse processo envolvendo Estados, organizações internacionais e atores não-estatais que viria a culminar na criação de diversos tratados e convenções internacionais, sendo o mais proeminente resultado a criação da Organização Mundial da Saúde em 1948. Em meio à emergência do contexto do cenário internacional vigente a partir da década de 1990, a organização propõe um novo conceito. No lugar do termo “saúde internacional”, é proposto “saúde global”. A partir dessa nova perspectiva, o padrão de condução da diplomacia da saúde é alterado. Do padrão tradicional, bilateral, ocorrem mudanças em direção a políticas multilaterais, englobando também atores não-estatais, novas funções e valores. Uma dessas alterações é a fusão com novos temas e o ganho de importância na agenda internacional (KICKBUSCH; BERGER, 2010, p. 19). A saúde passa a ser vista cada vez mais separada de outras agendas em que antes era incluída, como comércio e segurança. A área sanitária, portanto, passa a destacar-se ainda mais no âmbito da política externa, ao mesmo tempo em que são criadas as bases as quais serão efetuados os projetos de cooperação em bancos de leite humano pelo Brasil. Dentro do país também ocorre uma mudança já que, embora inicialmente relegado a uma segunda categoria, o tema da saúde passa a ganhar relevo com a ampliação da agenda sanitária, da mesma forma que com o fim da Guerra Fria e a ascensão dos novos temas na arena internacional. Ações internas, como a criação do SUS, também deram credenciais ao país e motivaram maior ênfase para a saúde nas relações exteriores.

Já no final da década de 1990, época do governo FHC, caracterizava-se a “autonomia pela integração”, em que predominava uma agenda internacional pró-ativa, moldada com base nas novas tendências mundiais e cujo objetivo seria “ampliar o poder de controle sobre seu destino”, conforme salientam Vigevani e Oliveira (2003). A partir do governo Lula, no entanto, a realidade torna-se a da “autonomia pela diversificação”, momento em que não há ruptura com paradigmas anteriores, porém são realizadas

mudanças de ênfases. Uma delas diz respeito às parcerias com países do Sul, que se tornam prioridade (VIGEVANI; CEPALUNI, 2007). A cooperação Sul-Sul caracteriza-se por divergir do modelo de assistência técnica, de caráter solidário e em que muitas vezes ocorre imposição de visões de mundo e métodos de trabalho pelo país doador. Ela é, pois, de caráter mais cooperativo, pautado pelo intercâmbio.

É sobretudo nesse momento que se destaca a cooperação Sul-Sul estruturante em saúde, um novo modo de realizar cooperação internacional no tema. Além de preconizar e propor que se explorem as capacidades e recursos de cada país, esse novo modelo traz duas inovações: “íntegra formação de recursos humanos, fortalecimento organizacional e desenvolvimento institucional; e rompe com a tradicional transferência passiva de conhecimentos e tecnologias” (ALMEIDA *et al*, 2010, p. 28), concentrando, dessa forma, as características da cooperação Sul-Sul. Ou seja, o objetivo é que se construam instituições estruturantes de saúde local que permaneçam após o período do projeto de cooperação. Os agentes internacionais, por conseguinte, são variados e adquirem um novo papel de atuação. Outro aspecto importante, nesse momento, é a aproximação entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde. Para o caso dos BLHs, esse é um momento fundamental, visto que são essas as bases as quais serão moldados os projetos desenvolvidos com outros países. Utiliza-se a prerrogativa dos conceitos de autonomia, aprofundando na autonomia pela diversificação, em que a cooperação Sul-Sul é prioritária. Da mesma forma, adequa-se aos pressupostos da cooperação Sul-Sul estruturante em saúde, ao passo que visa também a promoção de projetos que permaneçam a longo prazo nos países parceiros. É notória a utilização da projeção em BLHs para a obtenção de objetivos mais amplos de política externa.

Nesse contexto, aplica-se a busca brasileira por legitimidade e projeção externa, através do *soft power*. Ao estabelecer vínculos com outros países, especialmente por intermédio da cooperação Sul-Sul, o governo brasileiro fortalece a si próprio e alcança um papel mais relevante no cenário internacional (PETHERICK, 2011). Exemplos da atuação brasileira na obtenção de *soft power* através da diplomacia de saúde são, especialmente, os casos dos medicamentos da AIDS e da política de controle do tabaco (LEE *et al*, 2010; LEE; GÓMEZ, 2011), além da centralidade na constituição de órgãos regionais como o ISAGS. O caso dos bancos de leite humano, por conseguinte, coloca-se como um deles na busca brasileira por prestígio internacional e ganho de *soft power*.

O Brasil, tal qual outros Estados, percebeu uma oportunidade de transformar as relações de poder mundiais, sendo um dos meios a cooperação sanitária (LEE; GÓMEZ, 2011, p. 62). Como demonstra Rubarth (1999, p. 118), o país realiza um acúmulo de capital diplomático em temas sociais, o que o credencia a desfrutar oportunidades inovadoras de cooperação.

Com objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade infantis, os projetos em bancos de leite estão dentro dos padrões de política externa e de política externa para a saúde, uma vez que correspondem aos parâmetros das diretrizes gerais da política externa brasileira e enquadram-se no modelo estruturante de atuação da política externa para a saúde do período. O paradigma brasileiro em BLHs atrai os países em desenvolvimento pela sua viabilidade (custo-benefício), aliada à vontade política do Brasil em promovê-los por meio de um auxílio que traz em si os ideais de horizontalidade da cooperação Sul-Sul, acarretando em mais igualdade do que a cooperação Norte-Sul. O governo brasileiro e suas instituições atuam no sentido de promover reformas duradouras nos países receptores, o que credencia ainda mais o Brasil.

O aspecto do *soft power*, dessa forma, aparece. Como afirmam Torronteguy (2010) e Pasqualin e Garcia (2011), o Brasil ajuda muito mais do que propriamente troca conhecimento, além de não impor condicionalidades. Tendo isso em vista, fica patente a existência de outros interesses: um deles, especificamente, a obtenção de *soft power*. Ao auxiliar países parceiros na execução de projetos em bancos de leite, o Brasil exporta também seu modelo, legitimando sua prática e criando novas regras e instituições sob a égide desses valores, além de aprimorar diálogos e abrir espaços para cooperação em novos setores. O histórico do país em outros projetos sanitários dá força a essa perspectiva. Essas são, por conseguinte, as motivações brasileiras ao promover internacionalmente os BLHs. Além disso, nas noções de autonomia está manifesta a intenção brasileira de obter poder através do *soft power* ao buscar-se a diminuição das assimetrias Norte-Sul através da projeção nos novos temas.

Pelo governo brasileiro parece ter havido, então, a percepção proposta por Nye (1990), de que enquanto o uso da força deteriorou, novos instrumentos, como habilidades organizacionais, de comunicação e institucionais tornaram-se importantes, da mesma forma que a manipulação da interdependência. O país demonstra buscar

ações conjuntas de forma a resolver problemas comuns, ao mesmo tempo em que ganha influência e credenciais com a difusão de suas práticas. Além disso, o Brasil soube observar também a pluralidade de atores que obtiveram importância, como é exemplo na assinatura de acordos triangulares com organizações internacionais e ao confiar a difusão do modelo brasileiro no campo internacional especialmente a instituições à parte do MRE, como a Fiocruz. Além disso, ao constatar a importância dos novos temas, deu mais liberdade à questão da saúde, a partir do acordo entre o Ministério da Saúde e o Ministério das Relações Exteriores, adequando-se, inclusive, à diplomacia da saúde atual. Isso demonstra como a saúde é, contemporaneamente, muitas vezes utilizada como um instrumento da política externa, com intuito de alcançar objetivos mais amplos (KICKBUSCH; BUSS, 2011), inclusive pelo Brasil.

O Brasil instituiu um modelo de sucesso, que se destacou domesticamente a partir de reformas e, então, foi alçado como exemplo em âmbito internacional, trazendo para si credenciais e legitimidade. Este paradigma, desenvolvido em contraponto ao anglo-saxão, passou a ser exportado dentro das premissas seguidas pelo país. Assim, outros países da região, bem como membros da CPLP, usufruem hoje de bancos de leite criados sob a liderança brasileira e veem uma possibilidade de melhora em seus índices de morbidade e mortalidade infantis, a fim de se adequarem, inclusive, aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Dessa forma, ao implementar BLHs com sucesso em países parceiros, o Brasil conquista legitimidade, confiança e fortalece as relações, além de colocar-se como um país capaz de ser líder. Criam-se, ademais, laços que podem ser transpostos a outras formas de cooperação.

O que é perceptível, isto posto, é que o governo brasileiro realiza a cooperação técnica em bancos de leite humano com interesses que transcendem a simples melhora dos fatores de saúde. Assim como em outros projetos sanitários, o país utiliza-se dessa prática como uma forma de demonstrar capacidade de liderança e ganhar prestígio internacional, acumulando *soft power*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACKERKNECHT, E. H. Anticontagionism between 1821 and 1867. **International Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 38, p. 7-21, 2009. Disponível em:

<<http://ije.oxfordjournals.org>>. Acesso em: 02 abr. 2015.

ALMEIDA, C. *et al.* A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 25-35, 2010.

Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/352554>>. Acesso em: 01 dez. 2015.

ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999, 120 p. Disponível em:

<<http://static.scielo.org/scielobooks/rdm32/pdf/almeida-9788575412503.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2014.

ALVES, F. A. P.; PAIVA, C. H. A.; SANTANA, J. P. Cooperação Internacional, Política Externa e Saúde: contribuição ao processo de avaliação do Termo de Cooperação Opas-Brasil nº41 (TC 41). **Observatório História e Saúde**, 2010.

Disponível em: <

http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/CooperacaoInternacional_PoliticaExterna_e_Saude.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2015.

AMORIM, C. *et al.* Oslo Ministerial Declaration - Global Health: A Pressing Foreign Policy Issue of Our Time. **The Lancet**, Oslo, v. 369, n. 9570, p. 1373–78, 2011.

Disponível em: <<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2807%2960498-X/abstract>>. Acesso em: 17 abr 2015.

AUER, A.; ESPINEL, J. E. G. The Pan American Health Organization and international health: a history of training, conceptualization, and collective development. **Rev Panam Salud Publica**, v. 30, n. 2, p. 122-132, 2011. Disponível em: <

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000800003&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 12 abr. 2015.

BRASIL. 2006. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

BRASIL. 2013a. Ministério da Saúde. **Apresentação Aisa**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/281-aisa/l2-aisa/319-texto-apresentacao-aisa>>. Acesso em: 02 abr. 2015.

BRASIL. 2013b. Ministério da Saúde. **Cooperação Internacional**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/282-aisa-raiz/aisa/l3-aisa/402-cooperacao-internacional-em-saude>>. Acesso em: 02 abr. 2015.

BRASIL. 2014. Portal Brasil. **Lançada campanha para incentivar doação de leite materno**. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/05/lancada-campanha-para-incentivar-doacao-de-leite-materno>>. Acesso em: 02 jun. 2015.

BRASIL. Sistema de Gestão de Projetos e Ações de Cooperação Internacional. **Base de dados SISCOOP**. Disponível em: < <http://aplicacao.saude.gov.br/siscoop/>>. Acesso em: 02 nov. 2014.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Brasil e saúde global. In: MILANI, C. R. S.; PINHEIRO, L. (Org.). **Política Externa Brasileira: a política das boas práticas e as práticas da política**. Rio de Janeiro: Editora FGV, p. 241-265, 2011a.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul: a contribuição da Unasul-Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, 2011b. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/09.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 106-118, 2010.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R.; HOIRISCH, C. A Saúde Pública no Brasil e a Cooperação Internacional. **Revista Brasileira de Ciência, Tecnologia e Sociedade**, v.2, n. 2, p. 213-229, 2011.

CLIFT, C. The Role of the World Health Organization in the International System. **Chatham House**, Londres, 2013.

COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA. Canal Saúde CPLP. **Base de dados Canal Saúde CPLP**. Disponível em: < <http://www.cplp.org/id-3333.aspx>>. Acesso em: 02 fev. 2014.

COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA. **Estatuto da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, 2006**. Disponível em: < <http://www.cplp.org/id-2763.aspx>>. Acesso em: 12 fev. 2015.

COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA. **Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS/CPLP) 2009-2012**. CPLP, 2009. Disponível em: < http://cspace.eportuguese.org/tiki-download_file.php?fileId=288>. Acesso em: 22 abr. 2015.

COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA. **Plano Indicativo do Fundo Especial: Quadro de Execuções de Projetos e Ações Pontuais, 2010**. Disponível em: < http://www.cplp.org/Admin/Public/Download.aspx?file=Files%2FFiler%2Fcplp%2FX+RPF%2F5._QuadExecPIC__XXRPF%2F5._QuadExecPIC__XXRPF.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2015.

COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA. **XVII Reunião de Pontos Focais de Cooperação da CPLP**. Lisboa, 2008. Disponível em: < http://www.cplp.org/Admin/Public/Download.aspx?file=Files%2FFiler%2Fcplp%2FPontos_Focais%2FXVIIRPF%2FXVIIRPF_RelatF.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2015.

CONSTRUINDO REDES ESTRUTURANTES NA CPLP. Produção de PECS – CPLP. CPLP, 2014. Disponível em: < <http://rd3.videos.sapo.pt/playhtml?file=http://v2.videos.sapo.pt/5mPQqLYKiFVEmzCRNSBe/mov/1&autoStart=1>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

DUNDA, F. F. E. Cooperação Internacional em Saúde: O caso dos bancos de leite humano. **Seminário Brasileiro de Estudos Estratégicos Internacionais SEBREEI**, Porto Alegre, 2012. Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/sebreei/2012/wp-content/uploads/2013/01/Fabiola-Faro-Eloy-Dunda.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2014.

DUNDA, F. F. E. Cooperação Internacional em Saúde: O caso dos bancos de leite humano. In: SEMINÁRIO BRASILEIRO DE ESTUDOS ESTRATÉGICOS INTERNACIONAIS: INTEGRAÇÃO REGIONAL E COOPERAÇÃO SUL-SUL NO SÉCULO XXI, 2012, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre, UFRGS, 2012. Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/sebreei/2012/wp-content/uploads/2013/01/Fabiola-Faro-Eloy-Dunda.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

EDITADO POR HARVARD. Concepts of Contagion and Epidemics. **Havard**, Cambridge, [200?]. Disponível em: <<http://ocp.hul.harvard.edu/contagion/concepts.html>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

FEDATTO, M. S. Os desafios da Cooperação Internacional em Saúde para o governo de Dilma Rousseff. **Mundorama**, 2015. Disponível em: < <http://mundorama.net/2015/03/26/os-desafios-da-cooperacao-internacional-em-saude-para-o-governo-de-dilma-rousseff-por-maira-s-fedatto/>>. Acesso em: 27 mar. 2015.

FIDLER, D. P. The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 79, n. 9, p. 842-849, 2001. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11584732>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

FORTES, P.; RIBEIRO, H.; SACARDO, D. Saúde Global versus Saúde Internacional. **Saúde no Mundo**, v. 55, 2011. Disponível em: <<https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=538>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

FREITAS, E. Z. **Redes de Bancos de Leite Humano: Uma trajetória de origem brasileira**. UNB, Brasília, 2014. Disponível em: <bdm.unb.br/handle/10483/7895>. Acesso em: 01 dez. 2014.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. **Base de dados REDEBLH**. Disponível em: <

<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>>. Acesso em: 01 nov. 2014.

GIUGLIANI, E. R. J. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano do Brasil: tecnologia para exportar. **Jornal da Pediatria**, v. 78, n. 3, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n3/v78n3a01.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

INTERNATIONAL SANITARY CONFERENCE. **Proceedings of the International Sanitary Conference, 1881**. Disponível em: <<http://pds.lib.harvard.edu/pds/view/6342085>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

KICKBUSCH, I.; BERGER, C. Diplomacia da Saúde Global. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 19-24, 2010.

KICKBUSCH, I.; BUSS, P. Global Health Diplomacy and Peace. **Infect Dis Clin N Am**, v. 25, p. 601-610, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891552011000419>>. Acesso em: 17 abr. 2015.

LEE, K.; CHAGAS, L. C.; NOVOTNY, T. E. Brazil and the Framework Convention on Tobacco Control: Global Health Diplomacy as Soft Power. **PLoS Medicine**, v. 7, n. 4, 2010. Disponível em: <<http://www.plosmedicine.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pmed.1000232&representation=PDF>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

LEE, K.; GÓMEZ, E. J. Brazil's ascendance: The soft power role of global health diplomacy. **The European Business Review**, 2011, p 61-64. Disponível em: <<https://www.aber.ac.uk/en/media/departmental/interpol/chair/KL---Brazil%27s-ascendance-article.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2015.

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 24-116, 2002. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/sd/03>>. Acesso em: 02 mar. 2015.]

MAIA, P.R.S. *et al.* Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, vol 6, n. 3, p. 285-292, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n3/31899.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2014.

MERCOSUL. **Base de dados Mercosul**. Disponível em: <<http://www.mercosur.int/>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

NARRO, M. V. Organización Panamericana de la Salud: 110 años promoviendo la salud. **RPP Noticias**, Lima, 2012. Disponível em: < http://www.rpp.com.pe/2012-12-03-organizacion-panamericana-de-la-salud-110-anos-promoviendo-la-salud-noticia_546041.html>. Acesso em: 20 abr. 2015.

NUNES, E. S. N. O valor da saúde: história da Organização Pan-Americana da Saúde. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 28, n. 56, p. 597-601, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-01882008000200020&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 mar. 2015.

NYE, J. S. Soft Power. *In: Bound to Lead: The Changing Nature of American Power*. Nova Iorque: Basic Books, 1990. Disponível em: < <http://faculty.maxwell.syr.edu/rdenever/PPA-730-27/Nye%201990.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração do Milênio, 2000**. Disponível em: <www.pnud.org.br/Docs/declaracao_do_milenio.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Millennium Development Goals and Beyond. **Base de dados ONU**. Disponível em: <<http://www.un.org/millenniumgoals/>>. Acesso em: 01 dez. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Cooperação Técnica entre países: Pan-Americanismo no Século XXI. **25ª Conferência Sanitária Pan-Americana**,

Washington D.C., 1998. Disponível em:

<http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=1262&layout=blog&Itemid=1158&lang=es>. Acesso em: 20 mar. 2015.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Historia de la Oficina Sanitaria Panamericana en República Dominicana: 1902 – 2002. **Organización**

Panamericana de la Salud, 2002. Disponível em: <

http://www1.paho.org/dor/images/stories/archivos/libro_100_anos_ops.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015.

PASQUALIN, L.; GARCIA, T. S. L. O Mapeamento dos projetos de cooperação horizontal Brasil-África em países de língua oficial portuguesa na área da saúde entre 2000-2010. In: 3º ENCONTRO NACIONAL ABRI, 2011, São Paulo. **Anais...** São

Paulo, Associação Brasileira de Relações Internacionais, 2011. Disponível em: <

http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000122011000300006&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 07 maio 2015.

PEREZ, F. A. **Panorama da cooperação internacional em saúde em países da América do Sul**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-06092012-114245/pt-br.php>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

PETHERICK, A. Hard line take on public health gives Brazil soft political power.

Nature Medicine, v. 17, n. 10, 2011. Disponível em: <

<http://www.readcube.com/articles/10.1038%2Fnm1011-1175>>. Acesso em: 16 abr. 2015.

PINHEIRO, L. Autores y actores de la política exterior brasileña. **Foreign Affairs Latinoamérica**, v. 9, n. 2, 2009.

PIRES-ALVES, F.A.; PAIVA, C.H.A.; SANTANA, J.P. A internacionalização da saúde: elementos contextuais e marcos institucionais da cooperação brasileira. **Rev**

Panam Salud Publica, v. 32, n. 6, p. 444-450, 2012. Disponível em: <

<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v32n6/a08v32n6>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

PNUD. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **Base de dados PNUD Brasil**. Disponível em: < <http://www.pnud.org.br/odm.aspx>>. Acesso em: 01 dez. 2014.

PRATA, A. Vigilância em saúde e controle de doenças na Organização Pan-americana de saúde e globalização. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 40, n. 1, p. 94-95, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822007000100022&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 mar. 2015.

PROGRAMA IBERO-AMERICANO DE BANCOS DE LEITE HUMANO. **Informe Anual 2012**. Disponível em: < http://www.iberblh.icict.fiocruz.br/images/informes/informe_segib_2012.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2014.

PROGRAMA IBERO-AMERICANO DE BANCOS DE LEITE HUMANO. Programa IberBLH. **Base de dados Programa IberBLH**. Disponível em: < <http://www.iberblh.icict.fiocruz.br/>>. Acesso em: 09 nov. 2014.

PROGRAMA IBERO-AMERICANO DE BANCOS DE LEITE HUMANO. **Soporte técnico para la implantación de la Red Iberoamericana de Bancos de Leche Humana**. IberBLH, 2007. Disponível em: < <http://segib.org/upload/INICIATIVA%20BANCOS%20DE%20LECHE.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

QUEIROZ, L. G.; GIOVANELLA, L. Agenda Regional da saúde no Mercosul: arquitetura e temas. **Rev Panam Salud Publica**, v. 30, n. 2, p. 182-188, 2011. Disponível em: < http://www.paho.org/journal/index.php?gid=295&option=com_docman&task=doc_download>. Acesso em: 14 abr. 2015.

RUBARTH, E. O. **A diplomacia brasileira e os temas sociais: o caso da saúde**. Brasília: Instituto Rio Branco, Fundação Alexandre Gusmão, Centro de Estudos Estratégicos, 1999. Disponível em: < <http://www.funag.gov.br/biblioteca/dmdocuments/0021.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

SANTANA, J. F. N. P. **Cooperação Sul-Sul na Área da Saúde: Dimensões Bioéticas.**

Brasília: UNB, 2012. Disponível em:

<<http://repo.bioeticaediplomacia.icict.fiocruz.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/161/TESE%20Paranagua.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

SANTANA, J. P. Um olhar sobre a Cooperação Sul-Sul em Saúde. **Ciência & Saúde**

Coletiva, v. 16, n. 6, 2011. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/37.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

SECRETARIA-GERAL IBERO-AMERICANA. Programa Ibero-Americano de Bancos de Leite Humano (IBERBLH). **Base de dados Relatórios Anuais IBERBLH.**

Disponível em: <<http://segib.org/pt/node/4744>>. Acesso em: 22 abr. 2015.

SISTEMA ECONÓMICO LATINOAMERICANO Y DEL CARIBE. Experiencias de cooperación en el sector de la salud en América Latina y el Caribe: balance crítico y

propuestas de acción de alcance regional. **SELA**, Caracas, 2010. Disponível em: <

http://www.sela.org/attach/258/default/Documento_base_INCOSALC.pdf>. Acesso em: 17 abr 2015.

SOARES, T. S. M. **Banco de Leite Humano: Visão Global e Procedimento de**

Trabalho. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, 2013.

Disponível em: <

<http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/3988/Trabalho%20Banco%20de%20Leite%20-%20T%C3%A2nia%20Soares.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 01 nov.

2014.

TORRONTEGUY, M. A. A. O papel da cooperação internacional para a efetivação de direitos humanos: o Brasil, os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa e o direito à saúde. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 58-67, 2010.

Disponível em: <

www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/download/699/1344>. Acesso em: 29 abr. 2015.

TULLY, M. R. Excelência em Bancos de Leite Humano: Uma Visão do Futuro – The First International Congress on Human Milk Banking. **Journal of Human Lactation**,

v. 17, n. 1, 2001. Disponível em: <jhl.sagepub.com>. Acesso em: 15 nov. 2014.

UNIÃO DE NAÇÕES SUL-AMERICANAS. **Base de dados Unasul**. Disponível em: <<http://www.unasursg.org/>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

UNIÃO DE NAÇÕES SUL-AMERICANAS. Conselho de Saúde Sul-Americano: Plano Quinquenal 2010 – 2015. **Unasul Saúde**, 2010.

UNIÃO DE NAÇÕES SUL-AMERICANAS. Decisão do Conselho de Chefas e Chefes de Estado e de Governo nº11/2012. Estabelece o dia 19 de maio como “Dia Sul-Americano de doação Voluntária, Gratuita e Altruísta de Leite Humano”. **Unasul**, 2012.

VENTURA, D. **Direito e saúde global: o caso da pandemia de gripe A (H1N1)**. São Paulo: Outras Expressões, 2013a.

VENTURA, D. Saúde Pública e Política Externa Brasileira. **SUR Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 1, n. 1, 2013b, p. 99-117. Disponível em: <<http://www.surjournal.org/conteudos/pdf/19/06.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2015.

VIGEVANI, T.; CEPALUNI, G. A Política Externa de Lula da Silva: A Estratégia da Autonomia pela Diversificação. **Contexto Internacional**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 273-335, 2007.

VIGEVANI, T.; OLIVEIRA, M. F. A Política Externa Brasileira na era FHC: Um Exercício da Autonomia pela Integração. **Tempo Social**, São Paulo, vol. 15, n. 2, p. 31-61, 2003.

VINAGRE, R. D.; DINIZ, E. M. A. ; VAZ, F. A. C. Leite humano: um pouco de sua história. **Pediatria**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 340-345, 2001. Disponível em: <<http://pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/543.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2014.

ZARPELON, J. T. G. A diplomacia da Saúde Brasileira: Cooperação Sul-Sul no governo Lula (2003 – 2010). **Mundorama**, 2013. Disponível em: <<http://mundorama.net/2013/07/19/a-diplomacia-da-saude-brasileira-cooperacao-sul-sul-no-governo-lula-2003-2010-por-janiffer-tammy-gusso-zarpelon/>>. Acesso em: 27 mar. 2015.

ZARPELON, J. T. G. Diplomacia Brasileira na Área da Saúde no Governo Lula (2003-2010). In: III FÓRUM BRASILEIRO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA, 2013, Curitiba. **Anais...** Curitiba: UFPR, 2013. Disponível em: <
http://www.forumcienciapolitica.com.br/edicoesanteriores/2013/especific_files/papers/6N4W.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2015.