

Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD
Faculdade de Direito e Relações Internacionais
Curso de Relações Internacionais - FADIR

Natacha Aiala Silva Dos Reis

Brasil como um player importante na construção da cooperação internacional para o desenvolvimento em saúde na Cooperação Sul-Sul.

Natacha Aiala Silva Dos Reis

Brasil como um player importante na construção da cooperação internacional para o desenvolvimento em saúde na Cooperação Sul-Sul.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na Faculdade de Direito e Relações Internacionais (FADIR) na Universidade Federal da Grande Dourados como requisito básico para a conclusão da matéria de Trabalho de Conclusão de Curso.

Orientadora: Profª Janiffer T. G. Zarpelon

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).

R375b Reis, Natacha Aiala Silva Dos

Brasil como um player importante na construção da cooperação internacional para o desenvolvimento em saúde na Cooperação Sul-Sul. [recurso eletrônico] / Natacha Aiala Silva Dos Reis. -- 2024.

Arquivo em formato pdf.

Orientadora: Janiffer T. G. Zarpelon .

TCC (Graduação em Relações Internacionais)-Universidade Federal da Grande Dourados, 2024.

Disponível no Repositório Institucional da UFGD em:

<https://portal.ufgd.edu.br/setor/biblioteca/repositorio>

1. Brasil. 2. Cooperação Sul-Sul. 3. Saúde Pública. 4. Políticas de Saúde. 5. Diplomacia em Saúde. I. Zarpelon, Janiffer T. G.. II. Título.

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

©Direitos reservados. Permitido a reprodução parcial desde que citada a fonte.



ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Em 6 de março de 2024, compareceu para defesa pública do Trabalho de Conclusão de Curso, requisito obrigatório para a obtenção do título de Bacharel em Relações Internacionais, a aluna **Natacha Aiala Silva Dos Reis** tendo como título **“Brasil como um player importante na construção da cooperação internacional para o desenvolvimento em saúde na Cooperação Sul-Sul”**.

Constituíram a Banca Examinadora os professores Dra. Janiffer Tammy Gusso Zarpelon (orientadora), Dr. Alfa Oumar Diallo (examinador) e Dr. Tomaz Espósito Neto (examinador).

Após a apresentação e as observações dos membros da banca avaliadora, o trabalho foi considerado aprovado.

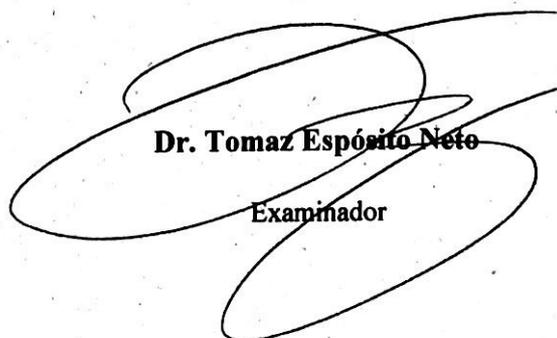
Por nada mais terem a declarar, assinam a presente Ata.

Observações: _____

Assinaturas:


Dra. Janiffer Tammy Gusso Zarpelon
Orientadora


Dr. Alfa Oumar Diallo
Examinador


Dr. Tomaz Espósito Neto
Examinador

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer e dedicar essa monografia aos meus pais que me incentivaram nessa jornada acadêmica tão longe de casa. Agradeço à minha orientadora, professora Dr. Janiffer T. G. Zarpelon por toda a paciência e dedicação que teve durante a realização deste trabalho. Agradeço também a UFGD que me proporcionou vivências únicas durante a graduação, á FADIR que me acolheu e aos professores que cruzaram essa jornada, em especial, aos professores que compõem essa banca, o Prof. Dr. Alfa Oumar Diallo e o Prof. Dr. Tomaz Espósito Neto.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo fornecer uma análise aprofundada do papel do Brasil como um importante agente na construção da cooperação internacional em saúde na Cooperação Sul-Sul, ressaltando sua significância na promoção do desenvolvimento e da saúde global. Por meio desta pesquisa, busca-se contribuir para a compreensão das complexas dinâmicas das relações internacionais e da diplomacia em saúde global, tanto na América Latina quanto em escala global. O trabalho concentra-se na cooperação entre organizações internacionais de saúde e na política externa brasileira no contexto da cooperação internacional para o desenvolvimento. Além disso, destaca-se a história da saúde pública no Brasil, suas contribuições e relevância na Cooperação Sul-Sul para o desenvolvimento na área da saúde, especialmente com os países em desenvolvimento.

Palavras-chave: Brasil, Cooperação Sul-Sul, Saúde Pública, Políticas de Saúde, Diplomacia em Saúde.

ABSTRACT

The objective of this study is to conduct a comprehensive analysis of Brazil's role as a significant contributor to the establishment of international health cooperation within the South-South Cooperation framework, highlighting its pivotal role in advancing global development and healthcare. Through this research, we aim to deepen understanding of the complex dynamics of international relations and global health diplomacy, both within Latin America and globally. The study focuses on examining collaboration among international health organizations and Brazil's foreign policy within the context of international cooperation for development. Additionally, it explores the history of public health in Brazil, its contributions, and its relevance in promoting health development within the South-South Cooperation framework, particularly with regard to developing countries.

Keywords: Brazil, South-South Cooperation, Public Health, Health Policies, Health Diplomacy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. COOPERAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE.....	9
2.1 Cooperação e Organizações Internacionais na saúde.....	9
2.2 Política Externa em Saúde e Cooperação Internacional para o Desenvolvimento.....	15
3. SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E COOPERAÇÃO SUL - SUL.....	22
3.1 História e Política da Saúde Pública no Brasil.....	22
3.2 Cooperação Sul-Sul ou CTPD (Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento).....	27
3.3 Importância do Brasil na Cooperação Sul-Sul.....	28
3.3.1. A Contribuição do Brasil na Cooperação Sul-Sul	31
4. O BRASIL NA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO NA ÁREA DA SAÚDE COM OS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO.....	35
4.1 Bancos de Leite Humano (BLH).....	35
4.2. Cooperação tripartite entre Brasil, Cuba e Haiti.....	39
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
6. REFERÊNCIAS.....	48

1. INTRODUÇÃO

A interseção entre desenvolvimento e saúde tem sido uma preocupação crucial no cenário internacional, à medida que as nações buscam promover uma melhoria significativa nas condições de vida e bem-estar de suas populações. A saúde, sendo um indicador essencial do desenvolvimento humano, desempenha um importante papel na construção de uma sociedade mais equitativa e próspera. Nesse contexto, a cooperação internacional desempenha um papel cada vez mais vital, e a cooperação Sul-Sul se destaca como uma abordagem promissora.

A cooperação Sul-Sul, caracterizada pela colaboração entre países em desenvolvimento, tem ganhado relevância significativa nas últimas décadas. Ela representa uma mudança de paradigma nas relações internacionais, na medida em que as nações do Sul assumem um papel ativo na busca por soluções para desafios globais, incluindo questões de saúde. O Brasil, como uma das economias emergentes e uma nação de dimensões continentais, emergiu como um importante ator nesse cenário, desempenhando um papel preponderante na construção da cooperação internacional em saúde na Cooperação Sul-Sul (ALMEIDA, 2017).

Historicamente, a trajetória do Brasil na cooperação internacional em saúde remonta à década de 1940, quando o país contribuiu para a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), demonstrando um compromisso precoce com questões globais de saúde. No entanto, foi a partir da virada do século que o Brasil intensificou suas ações no cenário internacional de saúde, especialmente no contexto da Cooperação Sul-Sul (POLIGNANO, 2001).

Um marco notável foi a implementação da Política Externa Brasileira de Saúde e Cooperação Sul-Sul em 2005. Essa política estabeleceu as bases para a atuação brasileira na promoção de ações de saúde global, incluindo a transferência de conhecimento e a assistência técnica para outros países em desenvolvimento. Além disso, o Brasil desempenhou um papel de liderança nas negociações internacionais relacionadas à saúde, como nas discussões sobre a propriedade intelectual de medicamentos e no acesso a medicamentos essenciais (ALMEIDA, 2017).

O Brasil desempenha um papel de grande relevância na cooperação internacional da saúde devido a uma série de políticas e ações estratégicas que o tornam um ator importante no cenário global. Sua influência na saúde internacional se baseia em várias iniciativas, incluindo

programas de referência, produção de medicamentos genéricos, cooperação técnica, diplomacia em saúde global e liderança em questões críticas de saúde. A seguir, detalharemos esses aspectos (ALMEIDA, 2017).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos principais pilares da contribuição do Brasil para a cooperação internacional da saúde. O SUS é um sistema de saúde público que assegura o acesso universal e gratuito a serviços médicos, consultas, exames e tratamentos. Esse modelo serviu de inspiração para outros países que buscam estabelecer sistemas de saúde mais equitativos e eficientes. A experiência do Brasil com o SUS destaca sua capacidade de oferecer cuidados de saúde de qualidade em uma nação de dimensões continentais, promovendo a equidade no acesso aos serviços de saúde (PAIM, 2009).

Outro aspecto crucial é a produção de medicamentos genéricos de alta qualidade no Brasil. Isso desempenha um papel significativo na redução dos custos dos tratamentos médicos em todo o mundo. A produção local de medicamentos genéricos, muitas vezes a preços mais acessíveis do que os medicamentos de marca, torna-se uma importante ferramenta na promoção do acesso a tratamentos vitais, como antirretrovirais para o tratamento do HIV/AIDS e medicamentos para doenças tropicais negligenciadas.

Além disso, o Brasil é conhecido por seu compromisso com a cooperação técnica e assistência a outros países em desenvolvimento. Por meio de parcerias bilaterais e multilaterais, o Brasil compartilha sua expertise em saúde pública, incluindo programas bem-sucedidos de vacinação, controle de doenças tropicais e promoção da saúde materno-infantil. Essa transferência de conhecimento e assistência técnica é fundamental para fortalecer os sistemas de saúde em países com recursos limitados.

A diplomacia em saúde global também é uma faceta importante da atuação internacional do Brasil. O país participa ativamente de negociações internacionais relacionadas à saúde, influenciando políticas globais em questões como a propriedade intelectual de medicamentos, acesso a tratamentos essenciais e o fortalecimento da Organização Mundial da Saúde (OMS). A diplomacia em saúde global do Brasil busca promover a equidade, a solidariedade e o acesso universal à saúde como princípios fundamentais nas relações internacionais (VENTURA, 2013).

O livro "A diplomacia em saúde global perspectiva latino-americana," organizado por Paulo Marchiori Buss e Sebastián Tobar e impresso pela Fundação Oswaldo Cruz, lança luz sobre a perspectiva latino-americana nesse contexto, fornecendo insights valiosos sobre as

estratégias e desafios enfrentados pelas nações da região na promoção da saúde global. Esta obra destaca a importância de uma abordagem colaborativa entre os países latino-americanos para abordar as questões de saúde em um mundo cada vez mais globalizado.

O segundo capítulo deste trabalho aborda a cooperação internacional na área da saúde, reconhecendo a interseção entre saúde e política externa desde medidas sanitárias no século XIX até os desafios contemporâneos moldados pela complexidade dos problemas globais de saúde e pela necessidade premente de uma ação coletiva coordenada. Destacaremos o papel das Organizações Internacionais nesse contexto, bem como a inserção da saúde na política externa dos Estados e a cooperação internacional para o desenvolvimento.

No contexto brasileiro, o terceiro capítulo concentra-se na saúde pública no país e sua inserção na cooperação Sul-Sul. Destacaremos marcos históricos como o Instituto Oswaldo Cruz e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), além de explorar a importância da Cooperação Sul-Sul na política externa brasileira, exemplificada por iniciativas como a Conferência de Bandung e a contribuição do Brasil para o desenvolvimento global através de cooperação técnica e promoção da triangulação.

O quarto capítulo examina a participação do Brasil na cooperação internacional para o desenvolvimento na área da saúde, com foco especial na cooperação tripartite entre Brasil, Cuba e Haiti, bem como na cooperação bilateral com Moçambique e outras iniciativas internacionais. Destacaremos a evolução dos Bancos de Leite Humano (BLH) no Brasil, evidenciando o papel da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a criação da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-Br), além da contribuição do Brasil para a disseminação desse modelo através da cooperação internacional.

A interseção entre desenvolvimento e saúde tem sido uma preocupação crucial no cenário internacional, à medida que as nações buscam promover uma melhoria significativa nas condições de vida e bem-estar de suas populações. A saúde, sendo um indicador essencial do desenvolvimento humano, desempenha um papel fundamental na construção de uma sociedade mais equitativa e próspera. Nesse contexto, a cooperação internacional desempenha um papel cada vez mais vital, e a cooperação Sul-Sul se destaca como uma abordagem promissora.

A Cooperação Sul-Sul, caracterizada pela colaboração entre países em desenvolvimento, tem ganhado relevância significativa nas últimas décadas. Ela representa

uma mudança de paradigma nas relações internacionais, na medida em que as nações do Sul assumem um papel ativo na busca por soluções para desafios globais, incluindo questões de saúde. O Brasil, como uma das economias emergentes e uma nação de dimensões continentais, emergiu como um importante ator nesse cenário, desempenhando um papel preponderante na construção da cooperação internacional em saúde na Cooperação Sul-Sul (LIMA, 2005).

Nesta pesquisa, buscaremos explorar a influência do Brasil na cooperação internacional em saúde na Cooperação Sul-Sul, com base em uma análise crítica das políticas, estratégias e iniciativas implementadas ao longo dos anos. Além disso, examinaremos as contribuições do Brasil para a saúde global, bem como os desafios enfrentados e as perspectivas futuras.

Assim, o objetivo geral da presente pesquisa foi analisar a atuação do Brasil na cooperação internacional para o desenvolvimento em saúde com os países em desenvolvimento. Os objetivos específicos foram: explicar sobre a cooperação internacional na área da saúde; verificar o contexto histórico da saúde pública no Brasil e a importância da Cooperação Sul-Sul para o governo brasileiro; e analisar alguns casos da parceria do governo brasileiro com países em desenvolvimento na cooperação internacional na área da saúde.

A metodologia da presente pesquisa se deu por meio de fontes bibliográficas como o livro "A diplomacia em saúde global perspectiva latino-americana", organizado por Paulo Marchiori Buss e Sebastián Tobar, além de obras com foco na história da saúde no Brasil e sobre a Cooperação Sul Sul. Desse modo, esta monografia é uma pesquisa qualitativa, realizada através da revisão bibliográfica dos temas centrais que são saúde pública e cooperação internacional.

2. COOPERAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE

No cenário global do século XXI, a saúde emergiu como componente central na definição das políticas externas das nações, redefinindo paradigmas históricos. Este fenômeno marca uma mudança significativa na abordagem da política externa, que historicamente priorizava temas como segurança nacional e desenvolvimento econômico. A crescente interdependência entre desafios de saúde, segurança e prosperidade levou os países a reconhecerem a importância de incorporar considerações de saúde em suas estratégias externas.

Esta transformação reflete uma compreensão abrangente das interconexões entre saúde, colaboração internacional e resiliência contra ameaças biológicas. Ao examinar a evolução pós-Guerra Fria, percebemos a convergência de eventos que reformularam a abordagem da política externa diante dos desafios de saúde, impulsionados pela globalização e mudanças geopolíticas.

Constata-se a interseção entre saúde e política externa, desde medidas sanitárias no século XIX até os desafios contemporâneos moldados pela complexidade dos problemas globais de saúde e pela necessidade premente de uma ação coletiva coordenada. Desta forma, neste capítulo iremos abordar sobre a cooperação internacional na temática da saúde e o papel das Organizações Internacionais que atuam nessa área, bem como a inserção da saúde na política externa dos Estados e a cooperação internacional para o desenvolvimento.

2.1 Cooperação e Organizações Internacionais na saúde.

O primordial impulsionador que ocasionou os Estados soberanos a engajar-se de forma conjunta em empreendimentos relacionados à esfera da saúde global se baseou na percepção de que as enfermidades infecciosas transpõem fronteiras e obstruem o fluxo do intercâmbio comercial internacional. De acordo com Youde (2012), ao longo da trajetória histórica, é factível assegurar que os Estados concentraram suas ações devido ao desejo de preservar a continuidade do comércio internacional, ao mesmo tempo em que almejavam assegurar que as estratégias preventivas em relação às patologias não se tornassem excessivamente severas a ponto de inviabilizar as transações comerciais globais.

A Revolução Industrial na Europa, seguida pelos avanços tecnológicos nos sistemas de transporte e comunicação, desempenhou um papel fundamental no aumento dos fluxos de deslocamento de pessoas e mercadorias em diversas partes do mundo, exercendo uma influência de grande magnitude nas dinâmicas das atividades comerciais internacionais. Em um determinado contexto, essas inovações possibilitaram a introdução da cólera e de outras enfermidades infecciosas na Europa, acarretando a necessidade de respostas dos países europeus por meio da implementação de estratégias de controle, sendo a adoção da quarentena uma medida significativa nesse contexto (SIDDIQI, 1995, p. 14). Nesse cenário:

A experiência das epidemias de cólera no século XIX, na Europa e nos Estados Unidos, teve papel determinante na percepção das elites políticas sobre os problemas sanitários, favorecendo ações políticas, criação de organizações e intervenção dos Estados nacionais na resolução dos problemas de saúde e nas reformas urbanas (BRIGGS, 1961 apud LIMA, 2002, p. 36).

Em 23 de julho de 1851, a primeira Conferência Sanitária Internacional ocorreu em Paris, visando estabelecer diretrizes compartilhadas entre nações lidando com surtos de cólera e peste bubônica. Inicialmente centrada na preservação de serviços cruciais, especialmente os fluxos comerciais marítimos, a conferência, contudo, não alcançou sucesso significativo. Seu escopo incluía a formulação de normas padronizadas para procedimentos de quarentena e a discussão sobre a possibilidade de criar um conselho sanitário internacional para supervisionar as atividades marítimas. Entretanto, discordâncias substanciais entre os participantes impediram a realização dessas propostas (SIDDIQI, 1995, p. 14).

Posteriormente, outras cinco conferências (1859, 1866, 1874, 1881 e 1885) foram conduzidas até que um consenso científico sobre a origem, contágio e tratamento da cólera fosse alcançado. Somente na VII Conferência Sanitária Internacional, em 1892, foi aprovada a criação da primeira Convenção Sanitária Internacional, que restringia as medidas de quarentena e inspeção médica a navios que atravessavam o Canal de Suez com destino a Meca para o Hajj anual (YOUDE, 2012, p. 16).

Apesar da implementação pouco eficaz das diretrizes das convenções sanitárias internacionais, evidenciou-se a necessidade de ações multilaterais por parte dos governos para enfrentar o impacto transfronteiriço das doenças infecciosas. Um exemplo notável desse esforço foi a criação da Repartição Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas em

1902, durante a Conferência Internacional dos Estados Americanos realizada em Washington. Essa iniciativa, precursora da atual Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), foi concebida para fortalecer a cooperação entre os países americanos no combate a doenças transmissíveis (ZARPELON, 2023).

Da mesma forma, em 1907, os países europeus se reuniram em Roma e estabeleceram o Escritório Internacional da Higiene Pública (Office International d'Hygiène Publique – OIHP), com sede em Paris. Essa instituição, além de contribuir para a troca de informações e melhores práticas, desempenhou um papel significativo no avanço da compreensão global sobre a saúde pública (ZARPELON, 2023).

A instauração dessas entidades assinalou uma nova e marcante fase no papel das organizações internacionais no âmbito da saúde pública, destacando a importância da cooperação global na prevenção e controle de doenças infecciosas. Estes esforços têm sido cruciais, especialmente diante de desafios contemporâneos, como a pandemia de COVID-19, que reforça a relevância contínua de estruturas colaborativas e coordenadas na saúde global. Essas informações são baseadas em dados históricos e análises de fontes como documentos oficiais da OMS e trabalhos acadêmicos (OMS, 2021; Youde, 2012).

Conforme apontado por Keohane (1984, p. 3), as organizações internacionais são conceituadas como conjuntos de regras, formais e informais, persistentemente conectadas, que prescrevem comportamentos, restringem atividades e definem expectativas. Estas entidades desempenham funções de atores internacionais, detendo personalidade jurídica e autonomia para elaborar mecanismos e políticas de cooperação entre Estados e outros atores internacionais.

Ao longo dos anos, em resposta aos impactos das grandes guerras, ao desenvolvimento econômico e tecnológico, e ao aumento do número de Estados soberanos e outros atores de poder no cenário internacional, surgiu a imperiosa necessidade de criar organizações internacionais. Essas instituições foram estabelecidas com o propósito de instaurar ordem no contexto internacional (KEOHANE, 1984).

Nesse contexto, as Organizações Internacionais (OIs) representam uma resposta estratégica às complexidades do cenário global, proporcionando uma estrutura normativa para as interações entre Estados soberanos e outros atores, moldando as dinâmicas internacionais (KEOHANE, 1984).

A primeira entidade internacional voltada para a área da saúde foi a Organização Pan-Americana, estabelecida em 1902, inicialmente denominada Oficina Sanitária Internacional (OSI) (SIDDIQI, 1995). Este marco foi de grande importância, uma vez que, ao contrário das Convenções Sanitárias Internacionais que dependiam principalmente da persuasão moral para garantir a adesão aos acordos, a OSI destacou a viabilidade de aplicação e interpretação das normas sanitárias de maneira que não prejudicasse desnecessariamente o comércio (YOUDE, 2012, p. 18).

Nos primeiros anos de sua existência, a OSI promoveu conferências internacionais que possibilitaram encontros periódicos entre representantes da saúde de diferentes regiões, promovendo a troca de informações e ideias. No entanto, foi somente após a Primeira Guerra Mundial que a OSI ampliou suas ações, visando criar e fortalecer regulamentos sanitários uniformes no continente americano. Esse esforço resultou no estabelecimento do Código Sanitário Pan-Americano em 1924, com o objetivo de estabelecer padrões e incentivar o aumento da comunicação entre os Estados-membros. Esta convenção propunha, entre outras coisas:

Países signatários preveniam que doenças infecciosas se espalhassem internacionalmente; promovessem ações preventivas contra a propagação de doenças infecciosas entre estados membros; estimulassem a troca bilateral de informações sobre saúde pública entre estados membros e padronizassem as medidas de prevenção em portos (YOUDE, 2012, p. 19).

Além da OPAS, em 1907, foi estabelecida a Office International d'Hygiène Publique (OIHP). Sua criação foi motivada pela implementação, em 1903, do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) entre as nações europeias. Esse regulamento concentrava sua atenção nas questões de cólera e peste, demandando, posteriormente, a criação de um órgão internacional. As principais atribuições da OIHP incluíam a administração do regulamento sanitário, a gestão de um serviço de inteligência epidemiológica e a coleta de dados relacionados à saúde dos Estados-membros. Conforme destacado por Youde (2012, p. 18), a OIHP buscava resguardar os países europeus contra doenças "estrangeiras", ao mesmo tempo em que almejava minimizar as interferências no comércio internacional.

Após a Primeira Guerra Mundial, a Liga das Nações foi estabelecida pelo Tratado de Versalhes em 1919, com o propósito principal de promover a paz mundial e garantir a

segurança internacional. O artigo 23 do acordo constitutivo da Liga enfatizava o compromisso dos Estados-membros em tomar medidas de ordem internacional para prevenir e combater doenças (SIDDIQI, 1995, p.58).

A Liga das Nações iniciou seus esforços na área da saúde com a criação do Comitê de Saúde da Liga, que se tornou o precursor da Organização Mundial da Saúde (OMS). A Organização Mundial da Saúde (OMS), um organismo internacional vinculado às Nações Unidas, tem desempenhado um papel central na coordenação de esforços globais em saúde. Esse comitê, criado em 1920, foi responsável por abordar questões de saúde pública e epidemias (VIEGAS, 2014).

A Liga das Nações desempenhou um papel importante na promoção da cooperação internacional em saúde, particularmente durante a pandemia de influenza de 1918, conhecida como a "gripe espanhola". A liga organizou conferências internacionais sobre saúde e incentivou a troca de informações entre os Estados-membros. Um marco significativo foi a criação da Divisão de Saúde da Liga das Nações em 1923, que posteriormente evoluiu para a OMS. A Divisão de Saúde teve como objetivo coordenar esforços globais para combater doenças infecciosas e melhorar as condições de saúde em todo o mundo (SATO, 2010).

É importante notar que, apesar dos esforços da Liga das Nações na área da saúde, a organização enfrentou desafios significativos, e sua eficácia foi limitada em alguns casos. Com a criação das Nações Unidas em 1945, a responsabilidade pela coordenação das questões de saúde global foi transferida para a OMS, que foi estabelecida como uma agência especializada da ONU em 1948. Desde então, a OMS desempenha um papel central na promoção da saúde global, coordenação de esforços internacionais em resposta a pandemias e no desenvolvimento de políticas e diretrizes de saúde globais (VIEGAS, 2014).

Em resposta aos desafios de saúde decorrentes da Segunda Guerra Mundial, como deslocamentos massivos de populações e a consequente propagação de doenças infecciosas, tornou-se evidente a necessidade urgente de uma organização internacional abrangente.

Assim, em 1945, foi criada a Organização das Nações Unidas (ONU) com o objetivo de promover cooperação e estabelecer mecanismos jurídicos internacionais em várias áreas, incluindo segurança, desenvolvimento, direitos humanos, educação, cultura e saúde. Delegados do Brasil e da China propuseram uma resolução para a realização de uma conferência visando criar uma organização internacional de saúde.

Em 1946, após a formação de um Comitê Técnico Preparatório em Saúde, composto por especialistas em saúde, a ONU anunciou a Conferência Internacional em Saúde (CIS) com o objetivo "de preparar uma constituição para o estabelecimento de uma Organização Mundial da Saúde (OMS) para delimitar seus propósitos, funções, estrutura e arranjos administrativos" (SIDDIQI, 1995, p.58). Após dois anos de negociações e debates, a criação da OMS foi aprovada pelos 51 membros da ONU. A OMS foi reconhecida como um avanço extraordinário nas instituições internacionais de saúde, superando seus predecessores em responsabilidades e poderes (ALLEN, 1950, p. 30 apud YOUDE, 2012, p. 29).

A decisão foi tomada de integrar organizações regionais existentes na nova estrutura, permitindo-lhes manter certo grau de autonomia. A OPAS, por exemplo, tornou-se um escritório regional da OMS nas Américas, mantendo autonomia em questões regionais de saúde. Após superar desafios nas negociações sobre sua permanência como organização regional autônoma, a OPAS emergiu do pós-guerra sob a direção de Fred Soper, entre 1947 e 1959, como uma entidade institucionalmente legitimada, financeiramente saudável e em processo de expansão (PIRES e PAIVA, 2006, p. 21).

Com o término da Guerra Fria e a expansão da globalização, ocorre uma transformação na caracterização do sistema internacional, introduzindo novos desafios para a área da saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) passa a enfatizar a substituição dos termos "saúde pública" e "saúde internacional" pelo uso do conceito de "saúde global". Essa mudança reflete a compreensão de que a saúde é agora considerada um "bem público global", buscando assegurar sua existência de maneira adequada para toda a coletividade, com benefícios acessíveis a todos (KICKBUSCH, 2013).

De acordo com Fortes e Ribeiro (2014, p. 369), a Saúde Global compartilha o mesmo objetivo da saúde pública, com foco na saúde da coletividade, enfatizando a interdisciplinaridade e a implementação de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde humana. Além disso, a Saúde Global se alinha com a perspectiva da saúde internacional, que transcende as fronteiras nacionais em sua abordagem (Fortes e Ribeiro, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desempenha um papel fundamental na governança global da saúde, possuindo autoridade constitucional dentro do sistema das Nações Unidas para estabelecer acordos, fornecer orientações e oferecer assistência técnica aos estados membros na proteção e promoção da saúde. No entanto, ela não está sozinha nessa contribuição para a governança em saúde. Devido ao fato de que 60% dos patógenos causadores de doenças

infecciosas em seres humanos têm origem animal, incluindo SARS, HIV/AIDS, raiva, entre outras (VALLAT, 2013, p.2), o envolvimento de organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde Animal (OIE) e a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO) torna-se relevante nessa agenda.

A FAO coordena ainda um programa global para o controle e prevenção da gripe aviária, causada pelo vírus H5N1 (FAO, 2010). Além disso, a OIE e a FAO, em conjunto com a OMS, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Banco Mundial e o UN System Influenza Coordinator, desenvolveram um plano estratégico para reduzir os riscos ligados às doenças infecciosas que atingem os seres humanos, com potencial epidêmico e pandêmico de origem animal (FAO, 2008).

A Organização Mundial do Comércio (OMC) também desempenha um papel significativo nesse cenário. Com o aumento substancial do tráfego de pessoas e mercadorias devido aos avanços tecnológicos nos meios de transporte e comunicação, há um intensificado risco associado à propagação internacional de doenças infecciosas. Assim, a OMC atua para possibilitar a segurança sanitária relacionada ao comércio internacional, visando não prejudicar a continuidade das relações comerciais globais. Para reduzir o risco de transmissão de doenças infecciosas pelo comércio de alimentos, plantas e animais, e assegurar que os países não abusem de medidas sanitárias que restrinjam o comércio internacional, foi assinado o acordo da Organização sobre Medidas Sanitárias e Fitossanitárias (WTO, 2014), que entrou em vigor em 1995.

2.2 Política Externa em Saúde e Cooperação Internacional para o Desenvolvimento.

Explora-se a vitalidade da saúde como um componente central na definição da política externa, dada a sua essência intrínseca para a humanidade, especialmente nas primeiras décadas do século XXI. Este valor político possui o potencial de remodelar os paradigmas históricos que tradicionalmente orientam as estratégias externas das nações (KICKBUSCH et al., 2007; HORTON, 2007).

Nos últimos anos, tem ocorrido uma mudança notável na abordagem da política externa de muitos países, com a saúde emergindo como um tema central. Essa transição marca um contraste significativo em relação à abordagem anterior, onde a condução

substancial da política externa estava predominantemente orientada para a proteção da segurança nacional, a promoção do comércio livre e o estímulo do desenvolvimento econômico.

Historicamente, as prioridades da política externa estavam voltadas para questões tradicionais, como defesa militar, acordos comerciais e estratégias para impulsionar o crescimento econômico. Contudo, com a ascensão de desafios globais de saúde, como pandemias e ameaças biológicas, as nações começaram a reconhecer a importância de incorporar considerações de saúde em suas estratégias externas (INGRAM, 2005; FIDLER, 2009).

A introdução da saúde como tema central na política externa reflete uma compreensão mais abrangente das interconexões entre saúde, segurança e prosperidade. À medida que a saúde se tornou um elemento crucial na estabilidade global, os países passaram a perceber que crises de saúde podem ter impactos significativos na segurança nacional, na economia e nas relações internacionais. (KICKBUSCH, 2007)

Essa mudança de perspectiva não implica a exclusão das preocupações tradicionais, como segurança nacional, comércio livre e desenvolvimento econômico. Pelo contrário, sugere uma abordagem mais equilibrada e integrada, reconhecendo que a saúde é um fator intrínseco para alcançar esses objetivos. A proteção da segurança nacional agora inclui não apenas ameaças militares convencionais, mas também ameaças à saúde que podem transcender fronteiras.

Ao priorizar a saúde na política externa, os países buscam não apenas prevenir e responder a emergências de saúde, mas também fortalecer a colaboração internacional, promover a equidade global no acesso a cuidados de saúde e construir resiliência contra ameaças biológicas. Essa evolução na abordagem reflete a crescente interdependência entre os desafios de saúde e as metas tradicionais da política externa (HORTON, 2007)

Contrariamente, uma segunda perspectiva destaca o crescente protagonismo da saúde na esfera da política externa, associando-o às ameaças que as doenças e epidemias representam para a segurança nacional. Estas ameaças se manifestam em termos geopolíticos, estabilidade regional, comércio e poder econômico (INGRAM, 2005).

Numa terceira análise mais aprofundada, examina-se a interconexão entre saúde e política externa como um processo dinâmico que harmoniza os imperativos da diplomacia com os objetivos científicos da saúde. Nesse contexto, destaca-se a supremacia da ciência

sobre outros interesses, sem desconsiderar as motivações dos Estados nesse intrincado processo (FIDLER, 2009).

Na era pós-Guerra Fria, Fidler (2005, 2009) e Ingram (2005) identificam uma convergência de eventos que reformularam a abordagem da política externa diante dos desafios de saúde, catalisados pela globalização e mudanças geopolíticas. Até o século XIX, a interseção entre saúde e política externa visava atenuar, principalmente, as restrições impostas por medidas sanitárias, como quarentenas e normas de segurança no trabalho, às economias nacionais, ao desenvolvimento econômico e ao comércio internacional. Essa articulação buscava também controlar doenças e epidemias, como malária e febre amarela, que representavam obstáculos significativos a investimentos econômicos, como a construção do Canal do Panamá (FIDLER, 2009; FELDBAUM, LEE & MICHAUD, 2000; CUETO, 1996, 2008).

Antes da Segunda Guerra Mundial, a cooperação internacional bilateral dos Estados Unidos com países em desenvolvimento estava entrelaçada com interesses militares e pesquisa em saúde pública e medicina, caracterizando-se como uma "militarização da medicina e medicalização da guerra". Nesse período, o controle da malária tornou-se uma prioridade crucial para a segurança política e militar dos EUA, resultando em investimentos substanciais que impulsionaram notáveis avanços tecnológicos. Nos primeiros anos da década de 1940, o governo norte-americano fortaleceu o papel do Departamento de Estado como a principal agência de relações exteriores, incluindo a criação do Escritório de Assuntos Interamericanos. Esse escritório não era simplesmente uma extensão de programas de colaboração, mas uma superagência coordenadora de vários esforços governamentais, principalmente voltados para a segurança nacional dos EUA (CAMPOS, 2006:41).

No cenário da Guerra Fria, a presença ocasional da saúde na arena da política externa estava intrinsecamente ligada à estrutura de polarização política e ideológica da época, ocupando uma posição periférica como um instrumento secundário na consolidação dos interesses nacionais. Mesmo com a tensão bipolar sendo refletida nas organizações setoriais do Sistema das Nações Unidas (ONU), a saúde permanecia em segundo plano (INGRAM, 2005; VIEIRA, 2007).

Essa dinâmica experimenta uma mudança marcante com a queda do Muro de Berlim, abrindo uma nova conjuntura em que saúde, política externa e cooperação internacional se entrelaçam em um discurso político unificado (INGRAM, 2005; VIEIRA, 2007). Fidler

observa que a crescente interdependência e interconectividade proporcionadas pela globalização desafiam a distinção tradicional entre as atividades domésticas do setor de saúde e os esforços internacionais na área da saúde. Simultaneamente, o aumento de atores envolvidos nesse campo, aliado à ampla gama de problemas, sua complexidade e as dificuldades para resolvê-los, questionam a suficiência do Estado como único agente nessa dinâmica. Isso destaca a necessidade premente de uma ação coletiva mais abrangente e coordenada (FIDLER, 2009; 2005).

Essa mudança de paradigma representa uma ruptura significativa em relação à abordagem convencional estabelecida no período anterior à criação da Organização Mundial da Saúde em 1948 (FIDLER, 2009, 2005). A conjuntura contemporânea demanda uma resposta mais dinâmica e colaborativa diante dos desafios globais de saúde, enfatizando a necessidade de uma abordagem coletiva eficaz e coordenada.

Por muito tempo, as ações no campo sanitário foram associadas à necessidade de segurança nacional e ao comércio internacional, integrando assim as agendas de política externa. Essa articulação foi temporariamente amenizada no século XX, quando melhoraram as condições de saneamento, avanços tecnológicos em antibióticos e vacinas, juntamente com os processos de descolonização, diminuíram a sensação nos países desenvolvidos de ameaça pelas doenças vindas de outros lugares. A emergência e disseminação das armas nucleares e a corrida armamentista, por outro lado, concentram as preocupações e os estudos sobre segurança nacional nesse período (WALT, 1991).

Entretanto, a partir da metade da década de 1990, com o fim da Guerra Fria, as questões de segurança nacional começaram a ser revistas, e as doenças infecciosas voltaram a ser consideradas nessa agenda. As intervenções em saúde passaram a ser explicitamente instrumentalizadas para influenciar a política em grande escala. A partir dos anos 1990, elaborou-se uma nova agenda de segurança nacional, com preocupações não especificamente militares, mas relacionadas ao poder econômico e militar das grandes potências. Consequentemente, a proliferação de atores não estatais, como empresas transnacionais, organizações não governamentais, grupos terroristas, máfias e organizações criminosas, entre outros, aumentou significativamente, impactando as relações internacionais e desafiando a perspectiva tradicional centrada exclusivamente no Estado na condução desses assuntos (FIDLER, 2009; FELDBAUM, LEE & MICHAUD, 2010; INGRAM, 2005).

No âmbito social, o impacto da globalização aumentou de forma significativa a vulnerabilidade presente na sociedade, diferindo, no entanto, entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Em ambos os casos, guardadas as devidas proporções e especificidades, surge uma complexa relação entre o desenvolvimento econômico, as condições de vida e saúde das populações, e a incapacidade dos Estados de atender simultaneamente à nova dinâmica mundial econômica, política e às necessidades das populações sob sua responsabilidade.

A Comissão sobre Macroeconomia e Saúde, estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1998 a 2013, desempenhou um papel crucial ao abordar a interseção entre saúde e desenvolvimento econômico global. Seu mandato visava aprofundar a discussão sobre o papel da saúde na economia global. Em seu relatório final, divulgado em 2001, a comissão endossou a perspectiva delineada no relatório do Banco Mundial de 1993 sobre o investimento em saúde. É importante destacar que a nova diretora da OMS, adotou explicitamente essa agenda, reforçando a continuidade e o compromisso com a abordagem delineada pela Comissão sobre Macroeconomia e Saúde (ALMEIDA, 2014)

A conexão entre saúde, política externa e segurança como impulsionadores do desenvolvimento apresenta desafios substanciais por várias razões, destacando-se a estreita ligação entre saúde e uma agenda política, ideológica, econômica e de segurança muito específica, inextricavelmente vinculada a interesses e valores particulares. Além disso, essa ligação parece servir à estratégia de hegemonia e dominação de grandes potências. Adicionalmente, a ausência de evidências claras que sustentem os argumentos em favor dessa associação é notável, com alguns estudos revelando relações frágeis entre variáveis de saúde, desenvolvimento econômico e segurança nacional. Esses estudos frequentemente carecem de contextualização histórica, social e geográfica (INGRAM, 2005).

Em síntese, as intervenções em saúde não são neutras, não se baseiam exclusivamente em evidências científicas e tampouco representam uma via direta para a paz. Países em desenvolvimento estão cada vez mais críticos e desconfiados em relação à estruturação da cooperação internacional e à assistência para doenças endêmicas, percebendo que tais iniciativas favorecem primordialmente os países mais ricos (CALAIN, 2007; ALDIS, 2008). Essa desconfiança foi ampliada e ganhou destaque nas controvérsias e tensões relacionadas ao episódio das amostras do vírus da gripe A/H5N1 da Indonésia (FIDLER, 2008) e nas críticas

à revisão do regulamento internacional da Saúde (CALAIN, 2007). Simultaneamente, intensifica-se o debate em torno da arquitetura da governança global e saúde.

A partir da perspectiva da antropologia aplicada, a cooperação internacional é compreendida como o conjunto de práticas, valores e atores envolvidos na gestão da ajuda externa, caracterizando um campo de ação política (SILVA, 2005:41). O termo "campo" é entendido tanto como um modo de reprodução de determinada ordem quanto como um processo local de instalação de uma luta competitiva entre diferentes visões, conhecimentos, práticas e atores, governamentais ou não, nacionais e internacionais, que trazem consigo relações de poder.

A primeira definição formalmente reconhecida e vigente de cooperação técnica internacional foi estabelecida pela resolução número 200 da Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU) em 1948. Essa definição envolve a transferência não comercial de tecnologia e conhecimento por meio da execução de projetos conjuntos, incluindo peritos, treinamento de pessoal, material bibliográfico, equipamentos, estudos e pesquisas, entre atores de níveis desiguais de desenvolvimento, atuando como prestador e receptor (SILVA,2005).

Na visão do governo brasileiro, a cooperação técnica internacional tem como propósito ampliar as competências de instituições e indivíduos, visando catalisar transformações, mitigar desafios e explorar oportunidades de desenvolvimento. Essa modalidade de cooperação é compreendida como uma ação temporária que oferece suporte ao desenvolvimento de políticas públicas no país beneficiário, sem substituir as iniciativas prioritárias desse Estado em seu território específico (BRASIL, 2004).

As reflexões teóricas e conceituais acerca da cooperação internacional ainda se deparam com limitações, carecendo de abordagens teóricas inovadoras para uma análise mais aprofundada. Nesse contexto, destaca-se a percepção da cooperação internacional como a atuação de estados específicos em solo estrangeiro, por meio de projetos de cooperação para o desenvolvimento. Esses projetos são objeto de negociações entre governos, podendo ou não envolver a intermediação de organismos internacionais, bilaterais ou multilaterais, e têm sido implementados desde o pós-guerra no século 20 em diversas áreas.

Não se pretende afirmar que a cooperação internacional esteja estritamente limitada aos governos ou ao sistema de instituições e agências multilaterais. As fronteiras entre os âmbitos governamental e não governamental estão se tornando cada vez mais permeáveis devido a parcerias e intercâmbios, tanto de especialistas quanto de financiamentos. Contudo,

é relevante destacar o papel proeminente dos governos e das organizações internacionais nesse processo, reconhecendo a sua liderança. Dessa forma, a cooperação internacional para o desenvolvimento se configura como uma atuação no exterior voltada para a consolidação de influência, manifestando-se por meio de atividades colaborativas e intercâmbios diversos. Essas iniciativas envolvem recursos financeiros, materiais e imateriais, associados à participação de pessoas, especialistas e profissionais.

Fontes históricas vinculam as diretrizes para uma política de cooperação internacional para o desenvolvimento ao programa do governo de Truman, que foi implementado através do Plano Marshall em 1948 para a reconstrução da Europa pós-Segunda Guerra Mundial. As raízes da cooperação internacional técnica remontam ao século XIX, sendo associadas tanto aos esquemas de dominação das metrópoles sobre suas colônias quanto ao contexto de guerra e à lógica militar (ALMEIDA, 2017)

É relevante salientar, no entanto, que as ações relacionadas à cooperação internacional não podem ser automaticamente correlacionadas com a dinâmica destinada ao desenvolvimento do pós-guerra, liderada pelos Estados Unidos a partir da segunda metade do século XX. Essa assertiva destaca a complexidade e a multiplicidade de influências que moldaram a evolução da cooperação internacional ao longo do tempo.

Após a Segunda Guerra Mundial, identificaram-se trocas e intercâmbios entre diferentes atores internacionais e nacionais, impulsionados pelos Estados Unidos com a criação dos principais organismos multilaterais e suas agências especializadas entre 1945 e 1951, institucionalizando o chamado sistema internacional. A cooperação internacional para o desenvolvimento surge como atuação no exterior voltada para o acúmulo de poder, manifestando-se por meio de atividades conjuntas e intercâmbios envolvendo recursos financeiros, materiais e imateriais. Essa dinâmica se intensifica nos anos 1960 até meados de 1970, com características bastante particulares (ALMEIDA, 2017).

É importante qualificar as ações entre cooperação internacional e contexto de guerra ou emergência. Na prática, a cooperação internacional se formaliza no campo da diplomacia, constituindo dimensões importantes da política externa de um Estado Nacional.

3. SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E COOPERAÇÃO SUL - SUL

O Instituto Oswaldo Cruz e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representam marcos significativos na história da saúde pública brasileira. Entender essa trajetória histórica não apenas orienta as políticas de saúde atuais, mas também evidencia a interconexão entre saúde, sociedade e política.

A Cooperação Sul-Sul (CSS) desempenha um papel crucial na política externa brasileira, demonstrando o compromisso do país com o desenvolvimento global. Desde a Conferência de Bandung em 1955, a CSS evoluiu para uma forma essencial de cooperação internacional. Nesse capítulo, iremos abordar sobre a contribuição do Brasil nas iniciativas de cooperação técnica e promoção da triangulação, destacando seu papel como ator-chave na arena global. Compreender a importância da CSS ressalta o compromisso brasileiro com a solidariedade global e o desenvolvimento sustentável.

3.1 História e Política da Saúde Pública no Brasil

Uma série de análises críticas e revisões bibliográficas acerca da história da saúde pública coletiva, bem como do papel desempenhado pela história e pelas Ciências Sociais na área da saúde, tem sido publicada desde os primórdios da década de 1990 (CARVALHO & LIMA, 1992). Estes textos estão estreitamente associados à reflexão sobre a reforma sanitária em seus estágios iniciais, e posteriormente, aos desafios enfrentados quanto ao lugar das humanidades na saúde coletiva brasileira e na formação dos profissionais de saúde (DANTES, 2001).

Ao se pesquisar sobre as últimas décadas do século XX, é possível observar uma teia complexa de caminhos e influências que moldaram a narrativa da saúde no Brasil. No final da década de 1970, emergiu uma coleção de trabalhos que explorava a medicina e a psiquiatria no contexto brasileiro, sob a marcante influência de Michel Foucault. Essas obras, acaso as mais proeminentes, exerceram uma influência notável no desenvolvimento do panorama local (TEIXEIRA, 2014; PIMENTA, 2014; HOCHMAN, 2014).

Em seu livro de 1976, Stepan destacou o Instituto Oswaldo Cruz como um exemplo marcante das circunstâncias que possibilitaram a consolidação da saúde pública como uma ciência no Brasil, amplamente reconhecida e capaz de superar as dificuldades características

de um país em desenvolvimento, periférico, com industrialização tardia e dependente. No entanto, a inovação reside na identificação dos elementos que contribuíram para o êxito de Oswaldo Cruz na edificação e manutenção de uma instituição científica moderna, fora do contexto europeu e em regiões não colonizadas.

Esses fatores incluem a habilidade de recrutar e capacitar pesquisadores na área da saúde, o estabelecimento de uma relação com o governo e outras agências que demandava a expectativa de utilização do conhecimento científico produzido pelo Instituto Oswaldo Cruz e o desenvolvimento de um programa de pesquisa viável para atender às necessidades brasileiras, mantendo, ao mesmo tempo, autonomia em relação às preocupações e interesses locais (SCHWATZMAN, 1979).

Através da história social, cultural, urbana e das Ciências Sociais, esse conjunto de trabalhos exerceu uma influência notável sobre uma nova geração de pesquisadores na área da saúde que surgiu no final da década de 1990 e início dos anos 2000. Em primeiro lugar, dedicaram-se à análise da reforma urbana do Rio de Janeiro na Belle Époque e no início da República, explorando as formas de vida e sociabilidade de diversos grupos sociais, incluindo os trabalhadores, e revelando suas relações com as transformações desde a última década do Império até a emancipação (BENCHIMOL, 2020).

Essas análises proporcionaram perspectivas diversas sobre as condições de vida e saúde na capital federal, abordando epidemias, políticas de saúde, práticas de cura, resistências, revoltas populares e ações estatais. O episódio dramático e revoltoso contra a vacinação anti-varíola obrigatória em 1904 destacou-se como um ponto de convergência na história da saúde urbana, tornando-se um denominador comum na literatura (CHALHOUB, 1986; COSTA, 1986)

Desde 1986, a Casa de Oswaldo Cruz assumiu um papel central como agente catalisador desse processo, especialmente com a criação da revista científica especializada "História, Ciência e Saúde" em 1996. Ao longo das duas primeiras décadas do século XXI, a história da saúde transcendeu fronteiras nacionais, consolidando-se definitivamente como uma disciplina que não se limita mais à história da saúde concentrada apenas no Rio de Janeiro e em São Paulo (TEIXEIRA, 2014; PIMENTA, 2014; HOCHMAN, 2014). Além disso, essa evolução aprofundou nossa compreensão das relações internacionais e transnacionais, que são inseparáveis da dinâmica complexa que envolve a área da saúde.

Ao analisar o conjunto dessa produção acadêmica dedicada à história da política de saúde brasileira, destaca-se que, mesmo com abordagens teóricas diversas, há uma convergência no diálogo com a história política do país (FONSECA, 2014). Nesse sentido, compartilham da interpretação de Charles Rosenberg de que o sistema de cuidados com a saúde é intrinsecamente vinculado ao sistema político. Assim, compreender a história das políticas de saúde no Brasil implica também refletir sobre a sociedade política da época e, por consequência, suas instituições.

Na introdução de um dos primeiros e mais renomados trabalhos desse assunto, intitulado "As instituições médicas no Brasil: instituições estratégicas de hegemonia" (1979), coordenado por Madel T. Luz, os autores indicam que a questão central que orientou sua investigação sustentava-se na interpretação de que a análise da política de saúde é uma questão institucional de grande relevância política em uma sociedade como a brasileira, onde a saúde é identificada com a presença ou ausência relativa de doença.

Portanto, o problema das condições vitais da população torna-se uma questão de Estado, estabelecendo relações históricas entre a medicina e a constituição do Estado Nacional Brasileiro (LUZ, 1979, p 13). A preocupação em acompanhar o desenvolvimento das instituições médicas no Brasil foi guiada pela necessidade de observar essas instituições e seus atores como agentes de um processo interpretado como de dominação sobre a sociedade, de normalização e controle sobre o corpo social, atuando como parceiros na manutenção do poder estatal.

No contexto da saúde pública, as primeiras décadas do século XX foram marcadas por grandes surtos epidêmicos, como a febre amarela, cólera e gripe espanhola, que resultaram em inúmeras mortes em diferentes estados e regiões do Brasil. Diante desses eventos, o poder público enfrentou as situações de calamidade de maneiras diversas, dependendo do estado e da região onde ocorreram (FONSECA, 2014).

No início do século XX, não havia no Brasil uma organização de saúde centralizada no âmbito federal, deixando aos estados lidar autonomamente com seus problemas de saúde. Somente no final dos anos de 1910 e ao longo da década de 1920 esse desenho político nacional começou a se transformar, impulsionado por instruções relacionadas ao projeto de construção nacional e às propostas de reforma sanitária (FONSECA, 2014).

Nas áreas urbanas, as principais cidades brasileiras continuaram implementando ações de reformas urbanas e saneamento para melhorar as condições de higiene, com destaque para

campanhas de vacinação. As iniciativas lideradas por Oswaldo Cruz, como o controle da febre amarela, da peste e da varíola, apoiadas no poder político e associadas às grandes reformas urbanas, foram analisadas em diversos trabalhos (BENCHIMOL, 1990)..

Diversos eventos, de natureza econômica, política e ideológica, contribuíram para a transformação da estrutura institucional da saúde pública nesse período. No cenário desse debate, muitas propostas emergiram, incluindo a sugestão da criação de um ministério para a saúde. No entanto, a aceitação de um órgão centralizado, dotado de poderes para intervir nos estados, coordenar e fiscalizar os serviços de saúde locais, deparou-se diretamente com os interesses políticos regionais, que advogavam pela manutenção da autonomia na gestão. O marco inicial desse movimento foi a criação, em 1918, da Liga Pró-Saneamento, liderada pelo sanitarista Belisário Pena, que tinha como principal objetivo instaurar forças de profilaxia rural em todo o país (LIMA & HOCHMAN, 1996; HOCHMAN, 1998).

Simultaneamente, a manutenção da autonomia estadual na gestão da saúde ampliava as disparidades regionais. Estados mais abastados dispunham de recursos superiores para lidar com os desafios de saúde e enfrentar epidemias, exacerbando as divergências. A saúde pública se configurava como uma questão política quando se tornou evidente que a preservação da autonomia local na gestão poderia acarretar prejuízos para todos, ou ao menos para os estados vizinhos, conforme evidenciado por Hochman (1998).

Os surtos epidêmicos afetavam indiscriminadamente a população, independente de classe social ou local de residência, desrespeitando fronteiras estaduais e municipais. Configuravam-se, assim, como um problema coletivo, de interesse para toda a sociedade brasileira, trazendo implicações até mesmo para os estados capazes de controlar as epidemias em seus territórios.

A reestruturação da saúde pública durante a gestão de Gustavo Capanema (1934-1945) foi pautada pela necessidade de estabelecer presença em todo o país. João de Barros Barreto, diretor-geral do Departamento Nacional de Saúde (DNS) a partir de fevereiro de 1967, liderou pessoalmente essa iniciativa, montando uma rede articulada de serviços de saúde, investindo nas capitais e no interior (FONSECA, 2014).

A ênfase do governo na especialização profissional e na implementação de carreiras públicas federais foi essencial para fortalecer a burocracia nas políticas de saúde. Em alguns momentos, essas medidas foram apresentadas como essenciais para enfrentar interesses políticos locais, servindo como contrapeso à herança patrimonialista que, na visão dos

intelectuais da época, prejudicava o processo de construção nacional (BARROS BARRETO, 1937,p. 339).

Nesse contexto, a formação técnica foi destacada como uma resposta à interferência de interesses políticos nas atividades de saúde pública. João de Barros Barreto, por exemplo, advogava pela especialização técnica como recurso necessário para que as tarefas relacionadas à saúde pública fossem desempenhadas por profissionais qualificados, resguardando-se das influências políticas locais (BARROS BARRETO, 1937,p. 339).

A universalização das políticas de saúde de forma abrangente teve sua origem nas discussões sobre saúde pública, onde emergiram as preocupações com equidade e atendimento médico para todos os cidadãos brasileiros. Dessas discussões surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988 como uma responsabilidade do Estado em garantir saúde para toda a população. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde (LOS), detalhando o funcionamento do SUS (BRASIL, 1990).

A área da saúde foi uma das mais afetadas pelos avanços constitucionais. O SUS, parte integrante da Seguridade Social e um dos resultados do Projeto de Reforma Sanitária, foi regulamentado pela LOS em 1990. O Projeto de Reforma Sanitária concebe o SUS como uma estratégia baseada no Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais, incluindo a saúde (BRASIL, 1990).

Contrariando o otimismo inicial verificado no início da transição democrática, os desfechos dos governos Sarney e Collor acabaram por sepultar as ilusões quanto a uma transformação acelerada e profunda do sistema de saúde. Embora conquistas importantes, como a votação do capítulo da Saúde na Constituinte que incorporou grande parte das demandas do movimento da reforma sanitária, a criação do SUS e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, tenham indicado mudanças significativas em curso, a persistência da crise econômica e a inflexão política conservadora dos anos 1990 revelaram as enormes dificuldades que o setor ainda teria de enfrentar para realizar plenamente as aspirações da reforma sanitária (FONSECA, 2014).

A resistência de interesses econômicos e corporativos, representados por grupos altamente organizados como grandes hospitais e operadoras de saúde, apresentou um extraordinário desafio para a efetiva implantação de um sistema único de saúde no país, sobretudo considerando as marcantes disparidades regionais (FONSECA, 2014).

Segundo Gerschman, a reforma sanitária é um desdobramento da transição democrática e, portanto, por ela condicionada. Ao apontar os limites impostos ao projeto reformista, a autora enfatiza que a natureza do movimento e de seus resultados guardava uma estreita relação com os contornos assumidos pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira.

A análise crítica e revisão bibliográfica sobre a história da saúde pública no Brasil desde a década de 1990 revela uma complexa trama de reflexões, especialmente em relação à reforma sanitária e ao papel das humanidades na saúde coletiva. O surgimento de uma nova geração de pesquisadores, influenciada por estudos sobre a Belle Époque e a República no Rio de Janeiro, expandiu a narrativa da saúde para além das fronteiras tradicionais, consolidando a disciplina internacionalmente. A transformação na estrutura institucional da saúde pública, marcada por surtos epidêmicos, reformas urbanas e debates políticos, desempenhou um papel crucial na formação do sistema de saúde brasileiro. Entender essa história coletiva é fundamental para contextualizar as dinâmicas atuais do setor e orientar futuras políticas de saúde.

3.2 Cooperação Sul-Sul ou CTPD (Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento).

Os antecedentes da Cooperação Sul, também conhecida como Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD), remontam à Conferência de Bandung de 1955, na Indonésia. Ao longo das décadas de 1960 e 1970, essa forma de cooperação consolidou-se como uma estratégia para fortalecer os recursos de poder dos países em desenvolvimento, anteriormente designados como "terceiro mundo". Diversas iniciativas surgiram, preparando o terreno para a construção de alianças entre nações do sul com condições sociais, políticas e econômicas semelhantes (ALMEIDA, 2017).

O estabelecimento do Grupo dos 77 (G77) em 1964, durante a primeira sessão da Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD), destacou-se como um marco significativo. Essa iniciativa, juntamente com a atuação do Movimento dos Países Não Alinhados, fundado em 1961, buscava mudanças na ordem econômica internacional, almejando uma maior participação dos países em desenvolvimento (ALMEIDA, 2017).

Na década de 1970, a CTPD consolidou-se como um instrumento crucial da cooperação internacional. A criação da Special Unit for Technical Cooperation among Developing Countries (TCDC) em 1974 evidenciou o compromisso com o avanço dessa forma de cooperação. Em 1968, a adoção do princípio da horizontalidade na CTBD representou uma alternativa à abordagem vertical de ajuda internacional, marcando uma mudança substancial nas relações internacionais (ALMEIDA, 2017).

A cooperação triangular, também conhecida como cooperação horizontal, ganhou destaque como um instrumento de política externa, incorporando princípios de igualdade e rejeitando imposições de pacotes prontos. Em 2004, uma resolução reconheceu a responsabilidade primordial dos países em desenvolvimento na promoção da cooperação Sul-Sul. A alteração do nome da unidade especial da ONU para Cooperação destaca sua dimensão geopolítica e seu papel como um complemento, não substituto, da cooperação Norte-Sul (SANTANA, 2011).

A triangulação, uma modalidade de cooperação técnica entre países, envolve a colaboração entre doadores tradicionais, novos atores do Sul e outros parceiros. No Brasil, a Agência Brasileira de Cooperação (ABC) desempenha um papel fundamental na promoção da triangulação. Esta abordagem difere da cooperação Norte-Sul ao evitar condicionalidades e concentrar-se na construção de capacidades, representando uma mudança efetiva na dinâmica da assistência internacional (HIRST, 2010:23).

3.3 Importância do Brasil na Cooperação Sul-Sul

Durante a década de 1970, um conjunto de nações experimentou um rápido crescimento industrial, almejando liderança regional e internacional e defendendo novas perspectivas no cenário internacional. A Cooperação Sul-Sul emergiu como uma prioridade para Estados capazes de influenciar o sistema internacional, especialmente os considerados "grandes mercados emergentes" (LIMA, 2005).

No contexto brasileiro, a busca por uma nova abordagem na Cooperação Sul-Sul ganhou destaque a partir de 1993, marcando uma reconfiguração na ordem internacional. A diplomacia brasileira adotou uma abordagem multifacetada visando beneficiar-se do sistema internacional, remodelando-o em favor dos países do Sul e consolidando sua hegemonia regional (LIMA, 2005).

No período de 1993 a 2006, o Brasil implementou iniciativas de cooperação Sul-Sul tradicionais, englobando vizinhos sul-americanos e países emergentes como África do Sul, Índia, China e Rússia. Este fichamento propõe analisar as diversas vertentes dessa cooperação sul-sul adotadas pela política externa brasileira desde 1993 (LIMA, 2005).

Diversos fatores influenciaram a formulação da política externa nesse período, incluindo o término do bipolarismo, demandando que os países do Sul se adaptassem a uma ordem ocidental baseada no pluralismo democrático. O liberalismo econômico impôs a necessidade de uma reinserção competitiva na economia global, resultando em uma "liberalização condicionada". O avanço tecnológico, impulsionando a transnacionalização progressiva, acentuou a disparidade entre países desenvolvidos e em desenvolvimento (VEIGA, 2002).

A promoção global da democracia teve um impacto significativo na política externa brasileira, levando a uma postura não intervencionista. Além disso, o Brasil adotou o regionalismo como uma estratégia crucial de inserção externa, visando fortalecer sua competitividade econômica.

Ao longo dos anos, observa-se uma evolução gradual na política externa brasileira, com o governo Collor adotando uma abordagem mais liberal, seguido pela administração autonomista de Itamar Franco. O governo de Cardoso buscou conciliar ambas as visões, enquanto a administração Lula recolocou a corrente autonomista como eixo central da política externa, buscando cooperação com países do Sul (PINHEIRO, 2000).

A centralização diplomática do Itamaraty, embora tradicional e centralizada, contribuiu para mudanças lentas na política externa. A crise de paradigma resultou em duas correntes: uma autonomista, mantendo elementos do globalismo; outra, mais liberal, defendendo a inserção internacional com base em soberania compartilhada (SILVA, 1999).

Nesse contexto, a cooperação sul-sul foi incentivada, com destaque para as iniciativas brasileiras na América do Sul, principalmente no Mercosul, com ênfase nas relações com a Argentina. As transformações na política externa brasileira desde os anos 70, tiveram variáveis que influenciaram essas mudanças e destacam a importância da cooperação sul-sul para o Brasil, tanto regionalmente quanto globalmente.

A estratégia de construção de liderança adotada pela diplomacia brasileira na América do Sul ao longo de diferentes governos. Durante o período de Itamar Franco, a busca por uma posição hegemônica na região foi intensificada, especialmente através da cooperação sul-sul.

A proposta da Área de Livre Comércio Sul-Americana (Alcsa) destacou a posição central do Brasil, mas não se concretizou (CERVO, 1998).

A atuação brasileira em situações de crise manteve uma postura de não intervenção, alinhada aos princípios tradicionais da diplomacia nacional. No cenário econômico, houve uma mudança de foco durante o governo de Itamar Franco, priorizando a Alcsa em detrimento do Mercosul, que não prosperou (CERVO, 1998).

Com a gestão de Fernando Henrique Cardoso, houve uma revisão do comportamento brasileiro, buscando construir liderança na região através do binômio segurança e estabilidade democrática. A defesa da democracia tornou-se parte da agenda diplomática, sem abrir mão dos princípios da não intervenção (PUENTE, 2010).

Durante o governo de Lula, a corrente autonomista fortaleceu a busca por liderança regional, destacando-se em mediação de crises e participação nas Forças de Paz no Haiti. A construção da Comunidade Sul-Americana de Nações (CASA) foi formalizada em 2004, focando em integração econômica, infraestrutura e fortalecimento democrático (PINHEIRO, 2000).

No âmbito do Mercosul, a experiência de integração tornou-se central na política externa brasileira. A crise de 1999, resultante da desvalorização do real, destacou a falta de mecanismos institucionais eficazes e a necessidade de liderança nacional para superar desafios intra-bloco (PUENTE, 2010).

Diferentes perspectivas surgiram no âmbito do Mercosul, entre a autonomia e a pró-integração. Acordos com a Comunidade Andina e a candidatura da Venezuela como sócio pleno refletem essa dualidade. Desafios persistem, especialmente devido aos desequilíbrios econômicos internos.

O Mercosul, além de atuar como canal de cooperação sul-sul, destaca-se nas relações externas, promovendo diálogos com outros grupos de países. As relações bilaterais com a Argentina, consideradas estratégicas, enfrentam desafios devido às mudanças frequentes na política externa argentina.

Em suma, a busca pela liderança brasileira na cooperação sul-sul envolve desafios complexos, desde tensões econômicas regionais até a necessidade de equilibrar perspectivas autonomistas e pró-integração. A atuação em crises, liderança no Mercosul e relações bilaterais com a Argentina são aspectos cruciais dessa busca por destaque na região.

3.3.1 A Contribuição do Brasil na Cooperação Sul-Sul

O Brasil busca desempenhar um papel significativo na Cooperação Sul-Sul (CSS), participando ativamente da revisão e construção de consensos globais. Sua participação na CSS reflete um compromisso sólido com o desenvolvimento e valores democráticos, combinando esforços nas esferas global e regional. No entanto, a CSS brasileira enfrenta desafios significativos, incluindo entraves regulatórios, dispersão de entidades e dificuldades administrativas e econômicas.

A CSS brasileira está intrinsecamente ligada à crescente internacionalização de setores governamentais, impulsionando a aquisição de novas capacidades técnicas. A disposição do Estado em se abrir para a Cooperação Internacional acelerou-se, inicialmente como receptor e, posteriormente, assumindo um papel de destaque em iniciativas de CSS nos anos mais recentes (FLACSO, 2010)

A CSS brasileira se esforça para evitar a reprodução de lógicas assimétricas presentes na assistência Norte-Sul, optando por não aderir à Declaração de Paris. O país realiza projetos que se beneficiam da assistência Norte-Sul, mantendo uma abordagem de via dupla para aprimorar as competências técnicas estatais. Vale ressaltar que a atuação brasileira não se enquadra na categoria de "doador emergente", e a cooperação é pautada pelo respeito às demandas dos países parceiros (HIRST, 2006).

As ações de cooperação horizontal estão intricadamente entrelaçadas com as dimensões política e econômica da presença internacional do Brasil. Apesar do caráter desinteressado, em alguns contextos, a CSS é percebida como vinculada aos interesses econômicos do país.

A cooperação brasileira, sendo uma ferramenta instrumental para a política externa, atua como um instrumento de poder brando, ampliando o reconhecimento e influência global do país e fortalecendo laços políticos com nações em desenvolvimento (FLEMES, 2007). A dimensão regional da CSS é evidente em projetos fronteiriços e em agrupações sub-regionais como o Mercosul e a OTCA. A atuação brasileira difere da assistência Norte-Sul, visando uma cooperação desvinculada de experiências de dominação (FLACSO, 2010).

A cooperação descentralizada brasileira reflete uma realidade fragmentada, com a crescente participação de governos estaduais e municipais em ações que atendem a demandas federais, solicitações externas, dinâmicas sub-regionais e circunstâncias geoestratégicas. As

iniciativas abrangem acordos entre cidades irmãs, articulações municipais fronteiriças, compromissos esportivos, culturais, educativos e programas de intercâmbio científico e tecnológico (FONSECA, 2011).

A cooperação triangular emerge como uma extensão em expansão da CSS brasileira, apresentando duas modalidades principais. A primeira envolve o financiamento de atividades de treinamento realizadas no Brasil para quadros técnicos de outros países em desenvolvimento, transformando recursos de cooperação internacional em fonte de financiamento para ações CSS triangular. A segunda modalidade concentra-se na cooperação horizontal na África, América Latina e Caribe, explorando afinidades culturais e políticas do Brasil com países de menor renda (PUENTE, 2010).

O governo brasileiro expressa preocupação em garantir sua participação técnica e financeira na cooperação triangular, evitando uma abordagem terceirizada. As ações triangulares com agências multilaterais oferecem maior autonomia no desenho de projetos, aproveitando os recursos logísticos dessas agências. Embora tenham sido rapidamente incorporadas por diversas agências governamentais, as triangulações são modalidades recentes na trajetória brasileira de cooperação internacional, adotadas a partir de memorandos de entendimento em 2007 (GALÁN; PINO; CALVO, 2011).

O século XX testemunhou avanços científicos e tecnológicos que resultaram em aumentos significativos na produção e acúmulo de riqueza. Contudo, o início do novo século revela um cenário desalentador em termos de distribuição dos benefícios dessa abundância, especialmente para a maioria global. A disparidade na apropriação da riqueza entre países e grupos populacionais é apontada como um fator preponderante nessa situação. A concentração dos maiores contingentes de pobres nos países do Hemisfério Sul intensifica os impactos negativos das diferenças econômicas sobre o bem-estar e a saúde das pessoas nessa região (PINO, 2009).

Diante desse quadro grave e da crescente preocupação com as condições precárias de sobrevivência em muitos países, surge a necessidade de solidariedade global e propostas de ajuda internacional, cooperação e filantropia. Este ensaio busca uma compreensão mais aprofundada dos processos de cooperação entre países, com ênfase na perspectiva política das relações entre Estados no âmbito das Nações Unidas.

A cooperação internacional deve alinhar-se à política diplomática de um país, estabelecendo prioridades e estratégias setoriais para fortalecer sua posição global. Na

prática, mediada por agências especializadas da ONU, busca-se equilibrar interesses nacionais, neutralizando tensões geopolíticas e promovendo uma convivência mais justa entre países (FONSECA, 2011).

Apesar da ênfase na cooperação Sul-Sul, é crucial reconhecer a persistência dos interesses dos países mais poderosos na determinação das prioridades e condução dos processos de cooperação. A busca por um novo paradigma enfrenta desafios na transição conceitual e operacional, refletindo a reconfiguração das relações internacionais na segunda metade do século passado (BAUMANN, 2010).

A interdependência entre política nacional e cooperação internacional é central nesse processo, exigindo que ambos emanem dos próprios Estados para produzirem resultados genuínos (SAX GR INC, 2010). Os países do Sul Global buscam construir projetos de cooperação que estejam alinhados com seus próprios desígnios de desenvolvimento, superando a história em que a cooperação era moldada externamente (PEACEBUILDING COMMISSION, 2008).

A evolução da importância da saúde nas relações internacionais nas Américas segue um padrão semelhante ao cenário global. A existência da Oficina Sanitária Pan-Americana, precursora da Organização Pan-Americana da Saúde, destacou-se já à época da criação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa agência desempenhou um papel crucial na interação entre os Estados americanos na área da saúde, promovendo oportunidades de atuação conjunta multilateral e bilateral (SURASKY, 2010).

A busca por consensos na definição de políticas de saúde, captação de recursos, assessorias técnicas e colaborações em áreas específicas tornou-se cada vez mais frequente. Esses processos também se inserem em acordos mais amplos para a formação de comunidades ou blocos regionais, como a União das Nações Sul-Americanas (Unasul), Mercosul, Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA), Comunidade Andina de Nações (CAN) e Sistema de Integração Centro-Americana (SICA). Essas experiências, apesar das dificuldades na formulação de consensos, reforçam a interdependência entre cooperação internacional, política setorial e política externa (LANDAU, 2008).

No contexto brasileiro, a interação entre saúde pública e a chancelaria brasileira ganhou destaque, especialmente em eventos como a Conferência de São Francisco em 1945. Nesse evento, Geraldo de Paula Souza, um médico na comitiva brasileira, desempenhou um papel crucial nas negociações que levaram à criação da OMS. Embora a saúde não tenha

recebido imediatamente o reconhecimento como parte da política externa brasileira, a recente mudança de percepção destaca a crescente importância dessa área nas relações internacionais (LEITE, 2010).

Nos últimos anos, a saúde tem sido reconhecida como parte fundamental da agenda das relações internacionais do Brasil. O Presidente da República e o Ministro das Relações Exteriores destacaram a importância da saúde na agenda internacional, reconhecendo a interdependência entre política nacional e cooperação internacional (LEITE, 2010).

A cooperação Sul-Sul em saúde, exemplificada pela experiência da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (Palop), destaca-se como um modelo positivo. Iniciada na década de 1990, essa cooperação foi consolidada com a criação do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde no âmbito da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) (GALÁN; PINO; CALVO, 2011). A Opas/OMS desempenhou um papel fundamental nesse processo, proporcionando suporte e potencializando a cooperação triangular entre o Brasil, os Palop e a Opas/OMS.

A inserção da saúde na política externa brasileira ganhou força, especialmente com o compromisso assumido pelo Ministro da Saúde em 2007. A cooperação Sul-Sul em saúde, como demonstrada pela experiência da Fiocruz, reflete uma mudança na abordagem da cooperação internacional, alinhando projetos de cooperação com as prioridades da política externa brasileira e reconhecendo a interdependência entre os países envolvidos (LEITE, 2010).

4. O BRASIL NA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO NA ÁREA DA SAÚDE COM OS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO.

Este capítulo se concentra na participação do Brasil na cooperação internacional para o desenvolvimento na área da saúde, com foco especial na cooperação tripartite entre Brasil, Cuba e Haiti, bem como na cooperação bilateral entre Brasil e Moçambique e outras cooperações internacionais em que o Brasil foi um importante agente. Essas iniciativas singulares representam marcos na história da cooperação em saúde, caracterizadas por formatos inovadores e um compromisso conjunto com o desenvolvimento e a solidariedade.

Ao longo deste capítulo, será explorado a evolução dos Bancos de Leite Humano (BLH) no Brasil, destacando a influência da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a criação da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-Br), a maior e mais complexa do mundo. Além disso, será analisado o papel do Brasil na cooperação internacional para a disseminação desse modelo, evidenciando sua contribuição para a criação da Rede Latino-americana de Bancos de Leite Humano e a inclusão dos BLH nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Por meio de uma abordagem baseada em evidências científicas e cooperação interinstitucional, o Brasil tem demonstrado liderança e compromisso na promoção da saúde não apenas em seu território, mas também em âmbito internacional. Nesse capítulo iremos focar na análise da cooperação tripartite e no BLH, que oferecerá pontos valiosos sobre os desafios e as oportunidades da cooperação Sul-Sul na área da saúde, bem como sobre o impacto positivo dessa cooperação na vida de milhões de pessoas em todo o mundo.

4.1 Bancos de Leite Humano (BLH)

Os Bancos de Leite Humano (BLH) desempenham um papel crucial na saúde infantil no Brasil, sendo considerados peças fundamentais da política estatal para reduzir a morbidade e mortalidade infantil, especialmente no componente neonatal (RABUFFETTI; ALMEIDA, 2016). Em 2015, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-Br) atendeu mais de 2 milhões de mulheres em diferentes estágios da amamentação, oferecendo suporte e proteção

ao aleitamento materno. A rede, composta por 218 Bancos de Leite Humano e 179 Postos de Coleta, constitui a maior e mais complexa do mundo (REDEBLH, 2016).

Os investimentos em pesquisa e tecnologia pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) desde 1985 impulsionaram o desenvolvimento de um modelo avançado de Bancos de Leite Humano (REDEBLH, 2016). A partir da Carta de Brasília de 2005, houve uma articulação interinstitucional entre o Ministério das Relações Exteriores, o Ministério da Saúde e a Fiocruz, resultando na disseminação internacional da experiência brasileira em Bancos de Leite Humano por meio de cooperação bilateral (IBERBLH, 2008; CÁNEPA, 2011).

A proposta de estabelecer a Rede Latino-americana de Bancos de Leite Humano, concebida em 2005, visou enfrentar os elevados índices de mortalidade e morbidade infantil na região (IBERBLH, 2008). O Programa Ibero-Americano de Bancos de Leite Humano (IberBLH), formulado como resultado dessas discussões, foi aprovado na XVII Cúpula Ibero-Americana de Chefes de Estado e de Governo em 2007 (IBERBLH, 2008).

O reconhecimento internacional da eficácia dos Bancos de Leite Humano culminou em sua inclusão nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e na criação da Rede Latino-Ibero-Afro-Americana de Bancos de Leite Humano em 2010 (REDEBLH, 2016). A iniciativa BLH foi destacada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) como uma das mais significativas para o desenvolvimento humano no Hemisfério Sul (IBERBLH, 2009).

Ainda em 2010, o documento final da XX Cúpula Ibero-Americana de Chefes de Estado e de Governo menciona o IberBLH da seguinte maneira:

Reconhecer o trabalho realizado pelo Programa Ibero-americano de Bancos de Leite Humano a favor das mães e dos recém-nascidos prematuros. Valorizar a Carta de Brasília, assinada no Congresso de Bancos de Leite Humano, celebrado entre 27 e 30 de Setembro de 2010, nessa cidade e cujos objetivos apontam para a extensão e sustentabilidade dos Bancos de Leite Humano (SEGIB, 2010).

A Fiocruz, por meio de sua cooperação em Bancos de Leite Humano na região da Ibero-América, foi selecionada pela OPAS como um exemplo a ser estudado pelo Grupo de Trabalho de Cooperação Sul-Sul da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD). Isso resultou na produção do documento "Um modelo de cooperação horizontal: A Rede Ibero-Americana de BLH", que foi incluído nos Estudos de Caso

apresentados no IV Fórum de Alto Nível sobre a Eficácia da Ajuda, ocorrido em Busan, Coreia do Sul, em novembro de 2011 (TTS-SC, 2011).

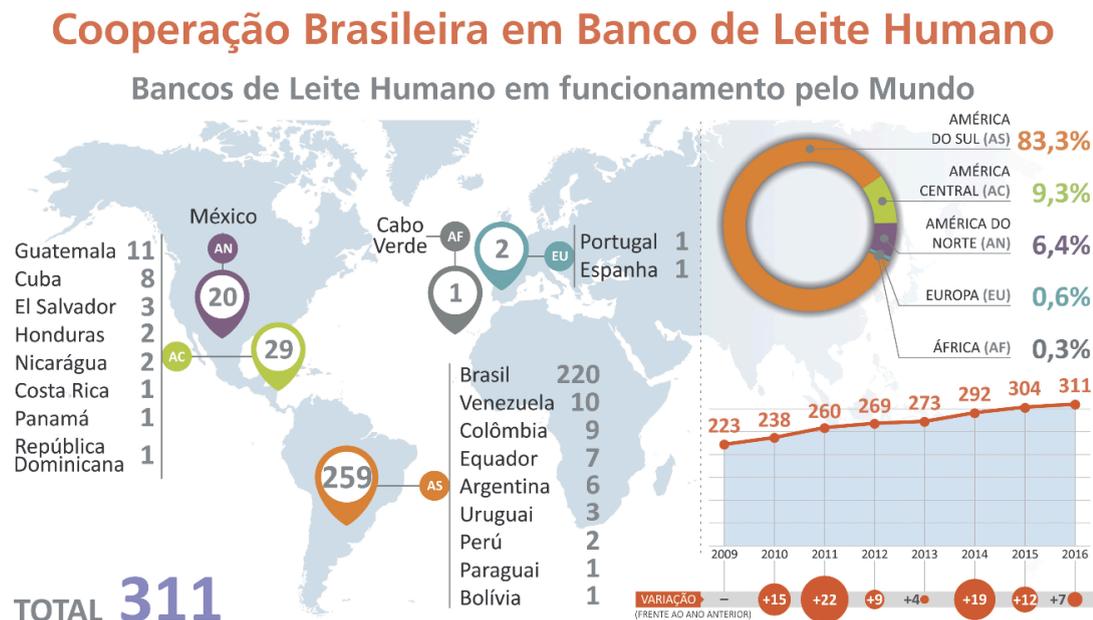
O acordo técnico, respaldado por evidências científicas, foi essencial para fundamentar as decisões políticas relacionadas à cooperação com o Brasil (Figura 1). Além disso, desempenhou um papel crucial na criação de uma forte conexão entre os países parceiros.

Todos os países demonstraram um consenso ao reconhecerem os Bancos de Leite Humano como uma estratégia crucial na redução da mortalidade infantil em seus respectivos territórios. Esse reconhecimento destaca o impacto positivo desses bancos na vida dos recém-nascidos, especialmente aqueles que requerem cuidados neonatais intensivos e semi-intensivos, como prematuros e bebês com baixo peso ao nascer.

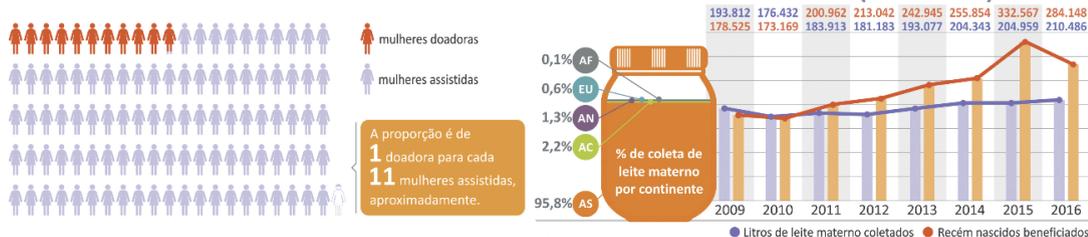
Os primeiros acordos de cooperação bilateral foram estabelecidos em 2006. Devido às fases iniciais que envolviam a adequação de instalações, aquisição de equipamentos e capacitação de recursos humanos, os resultados tangíveis começaram a surgir em 2009, conforme resumido na Figura 1. Antes desse período, apenas dois Bancos de Leite Humano estavam em operação na América Latina - um em Caracas, Venezuela, e outro em Montevidéu, Uruguai - estabelecidos em colaboração com a Fiocruz nos anos de 1996 e 2004, respectivamente. A América do Sul, liderada pelo Brasil com 256 Bancos de Leite Humano, possui 84,2% das unidades em operação, seguida pela América Central com 9,2%, América do Norte representada pelo México com 5,6%, Europa com 0,7% seguindo o modelo da rBLH-Global, e África com 0,3%.

A Coordenação Técnica Ibero-Americana de Bancos de Leite Humano (CTIBLH-Fiocruz/ABC) promoveu uma cooperação multinacional entre países de três continentes para estabelecer a maior e mais complexa rede de bancos de leite humano do mundo. Continua a desempenhar um papel essencial na integração dessa rede de proteção à vida, impulsionando sua expansão e consolidação como uma estratégia voltada especialmente para recém-nascidos em situação especial de vulnerabilidade.

Figura 1. Cooperação Brasileira em Banco de Leite Humano



Estatística relativa ao funcionamento dos Bancos de Leite Humano (2009-2016)



TOTAIS } **17.860.678** mulheres assistidas } **1.548.205** litros de leite materno coletados
 } **1.850.590** mulheres doadoras } **1.881.212** recém nascidos beneficiados

AF Cabo Verde — 1 BLH em funcionamento

Mulheres assistidas	17.499
Mulheres doadoras	1.928
Litros de leite materno coletados	1.720
Recém nascidos beneficiados	2.503
Técnicos capacitados	96

EU Portugal + Espanha — 2 BLHs

Mulheres assistidas	476
Mulheres doadoras	1.526
Litros de leite materno coletados	8.952
Recém nascidos beneficiados	3.766
Técnicos capacitados	25

AN México — 20 BLHs em funcionamento

Mulheres assistidas	255.364
Mulheres doadoras	36.709
Litros de leite materno coletados	20.563
Recém nascidos beneficiados	137.710
Técnicos capacitados	83

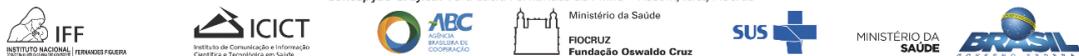
AC América Central 29 BLHs em funcionamento

	Guatemala	El Salvador	Honduras	Nicaragua	Costa Rica	Panamá	Cuba	República Dominicana	TOTAL
Mulheres assistidas	469.265	81.957	91.020	43.079	28.941	44.746	42.505	43.763	845.276
Mulheres doadoras	74.458	31.889	3.506	480	1.550	525	16.250	4.731	133.389
Litros de leite materno coletados	13.564	8.687	1.582	1.422	1.000	1.844	4.433	1.514	34.046
Recém nascidos beneficiados	23.575	2.337	6.837	2.312	1.107	144	6.054	11.007	53.373
Técnicos capacitados	183	72	21	51	152	60	49	134	722

AS América do Sul 259 BLHs em funcionamento

	Venezuela	Colômbia	Equador	Perú	Bolívia	Paraguai	Argentina	Uruguai	Brasil	TOTAL
Mulheres assistidas	652.939	153.797	241.014	23.381	4.375	19.653	264.874	80.227	15.301.803	16.742.063
Mulheres doadoras	261.783	3.667	107.893	9.027	1.229	2.968	13.156	7.578	1.269.737	1.677.038
Litros de leite materno coletados	37.371	4.707	25.534	9.267	636	5.330	21.045	22.373	1.356.662	1.482.925
Recém nascidos beneficiados	264.195	5.011	48.164	7.724	1.189	4.656	29.653	10.682	1.312.586	1.683.860
Técnicos capacitados	7	127	116	77	38	4	113	34	2.680	3.196

Fonte: Ministérios da Saúde dos países envolvidos • Dados coletados no período de: 01/01/2009 a 31/12/2016 • Atualizado por: Vera Lucia Fernandes de Pinho
 Concepção Gráfica: Vera Lucia Fernandes de Pinho • Ascom/Icict/Fiocruz



Fonte: Ministério da Saúde do Brasil, 2024.

4.2. Cooperação tripartite entre Brasil, Cuba e Haiti

A Cooperação tripartite entre Brasil, Cuba e Haiti adotou um formato inovador na cooperação triangular em saúde, que geralmente envolve a parceria de um país desenvolvido e dois em desenvolvimento. O projeto é executado por três países em desenvolvimento, configurando uma Cooperação Sul-Sul-Sul, na qual o Brasil investiu a maior parte dos recursos humanos e financeiros (PESSÔA, 2013). A aliança com Cuba baseia-se na identidade histórica entre os sistemas de saúde do Brasil e do país caribenho, ambos caracterizados por sua natureza universal e solidária. A atuação do Brasil na cooperação internacional em saúde também é pautada pela solidariedade e pelo reconhecimento de que as questões de saúde estão acima de interesses nacionais (LINGER, 2016).

No contexto do Haiti, ao iniciar uma análise histórica, depara-se inicialmente com uma aparente contradição. Tendo sido a colônia mais produtiva no cultivo de cana-de-açúcar e a primeira das Américas a conquistar a independência em 1803, o país é hoje o mais pobre da região, com um índice de indigência compatível com um dos mais vulneráveis do mundo. Essa realidade paradoxal é explicada por diversas particularidades de seu desenvolvimento histórico, a fragilidade do país, que tem origem em opções políticas surgidas após a independência, foi agravada pela violência durante a ditadura do médico François Duvalier, conhecido como Papa Doc, que chegou ao poder em 1957, e pelos 30 anos seguintes de governos de seu filho, Baby Doc (JAMES, 2000).

O país foi levado ao exílio econômico, social e ambiental em 1986. Seguiu-se uma série de conflitos armados, blocos militares e intervenções internacionais que não contribuíram para que o país recuperasse qualquer tipo de estabilidade política (MATIJASCIC, 2010).

Em 2004, o Conselho de Segurança das Nações Unidas aprovou a missão de paz para restaurar a ordem no país, a Missão das Nações Unidas para a Estabilização no Haiti (MINUSTAH). As ações das Nações Unidas para a estabilização do Haiti foram lideradas pelo Ministério da Defesa do Brasil desde o início. No entanto, mesmo após a chegada dessa frente internacional, os níveis de insegurança social, política e econômica do Haiti continuaram elevados, com cerca de 56% de sua população vivendo em situação de pobreza extrema, sobrevivendo com menos de 1 dólar por dia (FAUBERT, 2006; COGGIOLA, 2010; NEIBURG, 2010).

O abastecimento de água potável e energia elétrica é precário, e as taxas de transporte são privatizadas e inacessíveis para grande parte da população. A maior parte do produto interno bruto haitiano é composta por fluxos de ajuda internacional e por recursos enviados por imigrantes. Como mencionado por Neiburg (2010), o drama se intensificou após o terremoto de 7,3 na escala Richter, que devastou a capital do país em 12 de janeiro de 2010.

De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), em 2007, o país figurava como o décimo segundo receptor de ajuda internacional destinada aos países mais frágeis do mundo, um fluxo bem acima da média. Sua história e realidade social tornam o Haiti particularmente vulnerável a desastres naturais, tendo sido atingido em diferentes momentos por situações tropicais extremas, que tornam a ajuda humanitária extremamente necessária (OECD-DAC, 2008).

A Brigada Cubana, cujos serviços são oferecidos gratuitamente, compõe o sistema de serviços de saúde haitiano, juntamente com as provisões do setor público, do setor privado, de organizações não governamentais e do sistema de medicina tradicional. Os serviços públicos são subsidiados, custando cerca de 10% do valor cobrado pelo setor privado, o que ainda representa uma barreira de acesso para grande parte da população. As ONGs em geral têm caráter transitório, e a medicina tradicional constitui a primeira opção de atendimento para cerca de 80% da população. Logo após o terremoto de 2010, o país recebeu enormes quantidades de ajuda humanitária, o que aumentou consideravelmente o número de ONGs e serviços de saúde no país. As dificuldades do governo em coordenar e até mesmo conhecer os serviços prestados em seu território foram agravadas pelo aumento da presença de ONGs (PAHO, 2012).

Segundo Kristoff e Panareli (2010), entre 2007 e 2008, a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) investiu US\$ 300 milhões no Haiti, recursos totalmente canalizados por ONGs. Essa realidade pouco contribuiu para o desenvolvimento funcional da gestão pública haitiana, e, apesar de todas as intervenções internacionais, segundo o relatório de desenvolvimento humano de 2015 do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Haiti permanece na 163ª posição em um total de 185 países analisados, sendo o país mais pobre das Américas (PNUD, 2015).

O projeto de cooperação no Haiti se iniciou como solução à situação de emergência sanitária ocasionada pelo terremoto de janeiro de 2010 no Haiti. Com o propósito de prover auxílio ao país caribenho, o governo brasileiro editou a Medida Provisória n. 480 em 27 de

janeiro de 2010, destinando aos ministérios brasileiros um total de 375,95 milhões de ações a serem realizadas no Haiti. Desse montante, 205 milhões foram direcionados ao Ministério da Defesa para reforçar a missão de paz da ONU liderada pelo Brasil. Outros 35,3 milhões foram destinados ao Ministério das Relações Exteriores para apoiar ações de cooperação e projetos humanitários. Adicionalmente, o Ministério da Saúde recebeu 135 milhões, a serem utilizados na construção e manutenção de unidades de atendimento, aquisição de ambulâncias, estruturação do sistema de saúde e prevenção e controle de doenças transmissíveis. Outros 600 mil foram alocados na área de inteligência da Presidência da República para financiar a coordenação das ações do governo brasileiro no Haiti (KASTRUP; PESSÔA; LINGER; MENEGHEL; SCHRAMM; FERLA; CECCIM, 2017).

A primeira visita do Ministério da Saúde do Brasil ao Haiti, realizada na primeira semana de fevereiro de 2010, contou com o apoio da embaixada brasileira no país, que organizou a visita ao Ministério da Saúde Pública e População daquele país. Durante a visita, a presença da brigada médica cubana foi observada, e a identidade estrutural e ideológica entre os sistemas de saúde dos dois países foram fundamentais para a opção do Brasil em firmar parceria com o governo de Cuba para a realização do projeto (D`OLIVEIRA, 2011).

Em 27 de março de 2010, foi assinado em Porto Príncipe o memorando de entendimento "Brasil-Cuba-Haiti", com a presença dos Ministérios da Saúde dos três países para o desenvolvimento do projeto. O Ministério da Saúde estabeleceu parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a Fiocruz, instituições públicas reconhecidas na área da saúde pública.

As ações do Brasil foram distribuídas da seguinte maneira: construção e recuperação de unidades hospitalares, em parceria com o PNUD; aquisição de equipamentos ambulatoriais e insumos em saúde, realizada diretamente pelo Ministério da Saúde e pelo PNUD; capacitação de profissionais da saúde haitiana, desenvolvida pela UFRGS, UFSC e Fiocruz; apoio à qualificação da gestão assistencial e vigilância epidemiológica no Haiti, realizado em associação com pesquisadores da UFRGS; fortalecimento da atenção básica em saúde no Haiti, com a participação da UFRGS, UFSC e Fiocruz. A coordenação das iniciativas entre as diferentes instituições nacionais ficou a cargo do Ministério da Saúde (PESSÔA, 2013; LINGER, 2016)

Para coordenar as atividades do projeto no Haiti, o Ministério da Saúde do governo brasileiro estabeleceu uma estrutura em um espaço anexo à Embaixada do Brasil em Porto

Príncipe. Nesse local, ocorriam reuniões das equipes brasileiras, encontros com parceiros haitianos e cubanos, e algumas atividades de capacitação previstas no projeto.

O sistema de gestão da cooperação, definido pelo memorando de entendimento da cooperação tripartite, previu uma estrutura de coordenação e monitoramento das atividades, com a participação de autoridades dos três países. A primeira reunião do comitê gestor ocorreu em 22 de abril de 2010, em Brasília, e foram realizadas outras 17 reuniões ao longo dos quatro anos em que a Fiocruz desenvolveu as atividades. As localidades dessas reuniões foram alternadas entre os três países executores (KASTRUP; PESSÔA; LINGER; MENEGHEL; SCHRAMM; FERLA; CECCIM, 2017).

O comitê gestor criou grupos de trabalho relacionados às áreas de intervenção do projeto, como formação de recursos humanos, vigilância epidemiológica, imunização, assistência e comunicação. Esses grupos técnicos se reuniam independentemente das reuniões do comitê gestor. Esses fóruns de diálogo entre os países cooperantes e as instituições responsáveis pelo desenvolvimento dos projetos permitiram avaliações periódicas e o redirecionamento de ações de acordo com as necessidades identificadas ao longo do processo (KASTRUP; PESSÔA; LINGER; MENEGHEL; SCHRAMM; FERLA; CECCIM, 2017).

Essa abordagem conferiu flexibilidade ao projeto, permitindo que as ações planejadas inicialmente fossem executadas em parceria entre duas ou mais instituições brasileiras, e possibilitando a inclusão de novos projetos à proposta inicial. Assim, os projetos desenvolvidos pela Fiocruz também contaram com parcerias nacionais construídas nesse processo, especialmente com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

As atividades da Fiocruz foram conduzidas em estreita colaboração com suas unidades técnicas e instituições parceiras, em conjunto com as autoridades do Ministério da Saúde Pública e da População (MSPP) do Haiti. Sob a coordenação do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz, essas ações foram planejadas e implementadas de forma meticulosa. Inicialmente, a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca assumiu a responsabilidade pelo apoio à vigilância epidemiológica e pelo fortalecimento da atenção primária à saúde. Posteriormente, após discussões sobre educação permanente e formação de gestores, o Parque Tecnológico, doado pelo Brasil, tornou-se um importante recurso para essas atividades (KASTRUP; PESSÔA; LINGER; MENEGHEL; SCHRAMM; FERLA; CECCIM, 2017).

O Canal Saúde desempenhou um papel fundamental na estruturação de rádios comunitárias no interior do país, enquanto o Instituto de Comunicação e Formação Científica e Tecnológica participou de um consórcio internacional para realizar uma ampla campanha nacional de vacinação. Em colaboração com a Escola Nacional de Saúde Pública, a UFRGS e o Canal Saúde, também foi reconstruído o site da cooperação, fortalecendo ainda mais a presença digital do projeto (GOMES; OLIVEIRA, 2015)

Uma das iniciativas mais significativas foi a capacitação de dirigentes em epidemiologia, realizada pela Fiocruz em parceria com a UFRGS. Esse processo de seleção e treinamento dos profissionais da Fiocruz durou aproximadamente um ano. As primeiras missões técnicas ao Haiti ocorreram em 2011, coincidindo com a transição para um novo governo no país, o que demandou tempo para a nomeação do novo Ministro da Saúde e sua equipe técnica. Durante essas missões iniciais, houve intensas reuniões e negociações para a formulação dos projetos, estabelecendo laços valiosos entre as equipes da Fiocruz e os profissionais haitianos e cubanos. As oficinas e os processos de capacitação foram iniciados em 2012, e o planejamento e execução das atividades, realizados entre março de 2011 e março de 2014, abrangeram praticamente toda a estrutura do Ministério da Saúde Pública e da População do Haiti (MSPP) (LUZ, 2019).

A capacitação em epidemiologia e vigilância da saúde foi uma das atividades essenciais realizadas no âmbito da cooperação internacional tripartite entre Brasil, Cuba e Haiti. Conduzida pelo lado brasileiro através da Fiocruz em colaboração com a UFRGS, essa formação visava fortalecer a capacidade institucional do MSPP no uso da informação e comunicação para a educação permanente em saúde e para aprimorar as práticas de vigilância da saúde. O principal objetivo era qualificar a gestão da vigilância epidemiológica, inserindo-a de forma integrada no contexto mais amplo das ações de vigilância em saúde. Isso incluía o conhecimento epidemiológico, a compreensão da saúde das populações e a implementação de práticas sanitárias baseadas em aprendizados colaborativos sobre qualidade de vida e saúde (KASTRUP; PESSÔA; LINGER; MENEGHEL; SCHRAMM; FERLA; CECCIM, 2017).

O curso teve início em 2012, após um levantamento das necessidades com os gestores técnicos do serviço de vigilância epidemiológica do MSPP, que foram identificadas durante uma missão técnica realizada no ano anterior por pesquisadores e técnicos brasileiros. Destinado a profissionais envolvidos nas ações de vigilância em saúde no sistema de saúde

haitiano, o curso abrangeu epidemiologistas seniores, técnicos em sistemas de informação e estatística, entre outros. A abordagem pedagógica adotada enfatizou a educação permanente em saúde, com uma preparação prévia dos participantes e um ajuste contínuo ao longo do processo de aprendizado, considerando as particularidades do contexto local e as demandas identificadas no dia a dia do trabalho (KASTRUP; PESSÔA; LINGER; MENEGHEL; SCHRAMM; FERLA; CECCIM, 2017).

Mais do que simplesmente transmitir conhecimento técnico, o foco estava na promoção de reflexões e no enfrentamento dos desafios enfrentados pelos profissionais no sistema de saúde haitiano. A formação buscou estimular o questionamento das práticas vigentes e o desenvolvimento de estratégias contextualizadas e pertinentes às necessidades locais, valorizando a participação ativa dos trabalhadores e sua contribuição para a construção de políticas de saúde eficazes. Assim, a formação não se limitou apenas à transferência de conhecimentos, mas buscou promover uma compreensão mais profunda do sistema de saúde e incentivar a participação ativa dos profissionais na busca por soluções adaptadas às realidades locais.

A situação sanitária no Haiti é marcada por desafios significativos, com altas prevalências de doenças transmissíveis, como Aids, tuberculose e doenças que podem ser prevenidas por imunização e tratamento de água. A epidemia de cólera que se seguiu ao terremoto exacerbou ainda mais as fragilidades existentes nas redes de vigilância epidemiológica e nos sistemas de informação de saúde. As condições precárias das estradas, as dificuldades financeiras e de comunicação entre as diferentes regiões administrativas, juntamente com a subnotificação de casos e as limitações para realizar investigações epidemiológicas, destacam a urgência de uma reflexão sobre a vigilância epidemiológica no país (PESSÔA, 2013).

Inspirados pela experiência brasileira dos anos 1990, quando foram desenvolvidos cursos modulares que combinavam textos, exercícios epidemiológicos e estudos de caso, como o Programa Ampliado de Imunização (PAI) em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), pensou-se na criação de um curso de intervenção destinado aos profissionais dos departamentos de saúde do país (PESSÔA, 2013). A proposta era que esse curso não apenas capacitasse os participantes, mas também contribuísse para a descentralização das ações de vigilância e estimulasse o pensamento epidemiológico crítico em todas as regiões sanitárias do Haiti.

No âmbito do processo de formação epidemiológica, em abril de 2012, surgiu a ideia de construir espaços de educação e formação em saúde, visando à organização de uma rede haitiana de vigilância, pesquisa e formação em saúde. Esses espaços constituíram a base física para a implantação de um sistema de informação em saúde, ao mesmo tempo em que abrigariam ações de formação e comunicação em nível nacional.

Uma arquiteta da Fiocruz foi designada para trabalhar na concepção desses espaços, inspirados em estruturas semelhantes no Brasil. Além das salas de situação epidemiológica, laboratórios de informática e salas de aula, previram-se secretarias acadêmicas, dormitórios masculinos e femininos, e uma copa para acomodar haitianos de localidades distantes para cursos descentralizados de capacitação (KASTRUP; PESSÔA; LINGER; MENEGHEL; SCHRAMM; FERLA; CECCIM, 2017).

Para a construção dessas estruturas, elaborou-se um projeto sustentável, utilizando tecnologia construtiva local e considerando os riscos sísmicos. A contraparte haitiana foi essencial para garantir a adequação do projeto à realidade local. Dois jovens arquitetos haitianos, formados em Belo Horizonte, foram incorporados à equipe em julho de 2012.

Após retornar ao Haiti, iniciou-se a concepção de um projeto de manutenção futuro e realizaram-se visitas a fábricas de telhas metálicas e blocos de concreto, buscando alternativas seguras após os danos causados pelo terremoto. No entanto, devido à falta de recursos suficientes do projeto de cooperação e outras questões, como cursos da empreitada, foram informados em julho de 2013 da impossibilidade de continuar o projeto das estruturas de educação e formação. O segmento de formação em entomologia provavelmente será sediado em outros espaços do sistema de saúde e local (KASTRUP; PESSÔA; LINGER; MENEGHEL; SCHRAMM; FERLA; CECCIM, 2017).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste estudo, examinamos o papel fundamental do Brasil na construção e fortalecimento da cooperação internacional para o desenvolvimento em saúde na Cooperação Sul-Sul. Diversas iniciativas e parcerias destacam o compromisso do Brasil em promover a saúde global, compartilhar conhecimento e tecnologia, e fortalecer laços com outros países em desenvolvimento.

Uma das iniciativas mais emblemáticas é a criação e expansão dos Bancos de Leite Humano (BLH) no Brasil, coordenados pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Esses bancos não apenas atuam como centros de referência para a coleta, processamento e distribuição de leite materno, mas também desempenham um papel crucial na promoção da amamentação e na redução da mortalidade infantil. O Brasil, por meio da sua experiência na implantação e gestão da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-Br), tem compartilhado seu conhecimento e expertise com outros países em desenvolvimento, contribuindo significativamente para o fortalecimento dos sistemas de saúde materno-infantil em todo o mundo.

Outra importante colaboração é a cooperação tripartite entre Brasil, Cuba e Haiti. Essa parceria inovadora visa enfrentar desafios de saúde pública em Haiti, um país que enfrenta dificuldades significativas em seu sistema de saúde. Através dessa cooperação, o Brasil e Cuba têm compartilhado conhecimentos, tecnologias e recursos humanos com o objetivo de fortalecer os serviços de saúde, combater doenças endêmicas como a malária, a dengue e a tuberculose, e promover o desenvolvimento sustentável em Haiti. Essa abordagem colaborativa e solidária demonstra o compromisso do Brasil em utilizar sua experiência e recursos para apoiar outros países em desenvolvimento na busca por soluções para desafios comuns de saúde.

Além disso, é importante destacar o compromisso de longo prazo do Brasil com a cooperação Sul-Sul em saúde. Ao longo das décadas, o país tem mantido uma abordagem consistente e comprometida com a promoção da saúde global, investindo recursos e esforços na construção de parcerias sólidas e sustentáveis com outros países em desenvolvimento. Sua participação ativa em fóruns internacionais e sua defesa de princípios como o acesso universal a medicamentos essenciais e a equidade em saúde destacam sua liderança e engajamento na arena global de saúde.

À medida que avançamos, é essencial continuar investindo em cooperação internacional em saúde, fortalecendo parcerias e buscando soluções inovadoras para os desafios emergentes. O Brasil, com sua vasta experiência e compromisso com a cooperação Sul-Sul, está bem posicionado para continuar desempenhando um papel de liderança na construção de um mundo mais saudável, equitativo e sustentável para todos. A cooperação internacional em saúde desempenha um papel crucial na promoção do desenvolvimento humano e na construção de sociedades mais justas e resilientes, e o Brasil, com sua rica história e experiência nessa área, continuará sendo um ator-chave nesse processo.

6. REFERÊNCIAS:

ALMEIDA, Celia. **Global health diplomacy: A theoretical and analytical review**. In: Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health. 2020.

ALMEIDA, Celia. **Saúde, política externa e cooperação Sul-Sul**. Diplomacia em Saúde e Saúde Global: perspectivas latino-americanas, p. 41-86, 2017.

BAUMANN, Renato et al. **O Brasil e os demais BRICs: comércio e política**. 2010.

BENCHIMOL, Jaime L. (Ed.). **Manguinhos do sonho à vida: a ciência na Belle Époque**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2020.

BRASIL, M. da S. et al. **Ministério da saúde**. Instituto Nacional de Câncer-INCA,. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRITO, Pedro. "Cooperação internacional para o desenvolvimento e o caso brasileiro." Política Externa, vol. 20, nº 1, 2011.

BUSS, Paulo M., e Ferreira, Jairnilson Paim. "**Cooperação Sul-Sul e a construção de uma agenda internacional em saúde**." Ciência & Saúde Coletiva, vol. 18, nº 8, 2013.

BUSS, Paulo Marchiori, e Tobar, Sebastián (Organizadores). "**A diplomacia em saúde global: perspectiva latino-americana**." Fundação Oswaldo Cruz, 2019.

BUSS, P. M.; Tober S., organizadores. **Diplomacia em Saúde e Saúde Global perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz, 2017.

CERVO, Amado (1998). **Multilateralismo e integración: evolución del pensamiento diplomático brasileño**. Ciclos, Año VIII, n. 14-15. Buenos Aires, Instituto de Investigaciones en Historia Económica y Social/UBA, 1er. Semestre 1998, p. 205-226.
comparada en América Latina, Asia y África. Buenos Aires, abr. 2010.

FLEMES, D. **Emergent middle powers' soft balancing strategy: state and perspectives of**

FONSECA, G. **Notes on the evolution of Brazilian multilateral diplomacy.** 2011.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; RIBEIRO, Helena. **Saúde Global em tempos de globalização.** Saúde e Sociedade, v. 23, p. 366-375, 2014.

GALÁN, M. G.; PINO, B. A.; CALVO, M. A. **Reflexiones prácticas sobre cooperación**
giga-hamburg.de/dl/download.php?d=/content/publikationen/pdf/wp57_flemes.pdf

GOMES, Renata Machado dos Santos; OLIVEIRA, Valdir de Castro. **Cooperação internacional Brasil-Cuba-Haiti: o papel das rádios comunitárias no fortalecimento da mobilização social no âmbito da saúde pública no Haiti.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p. 199-208, 2015.

GÓMEZ, Eduardo J., et al. **"International influences on tobacco control policy: an analysis of knowledge transfer in six countries."** Globalization and Health, vol. 4, nº 1, 2008.

HALLAL, Pedro C., et al. **"Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects."** The Lancet, vol. 380, nº 9838, 2012.

HORTON, Richard. **Health as an instrument of foreign policy.** The Lancet, v. 369, n. 9564, p. 806-807, 2007.

IBSA Dialogue Forum. Aug. 2007 (GIGA Working Papers). Disponível em: <<http://www>.

INGRAM, Alan. **The new geopolitics of disease: between global health and global security.** Geopolitics, v. 10, n. 3, p. 522-545, 2005.

JOINT FAO/WHO EXPERT COMMITTEE ON FOOD ADDITIVES. MEETING; WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Safety evaluation of certain food additives and contaminants.** World Health Organization, 2008.

Kastrup, E., Pessôa, L. R., Linger, C. A., Meneghel, S. N., Schramm, J. M. A., Ferla, A. A., & Ceccim, R. B. (2017). **Cooperação Sul-Sul-Sul: a cooperação estruturante tripartite Brasil-Cuba-Haiti e a participação da Fiocruz**. Buss PM, Tobar S, organizadores. *Diplomacia da saúde e saúde global: Perspectivas latino-americanas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 633-653.

KEOHANE, Robert O. **After hegemony**. Princeton: Princeton university press, 1984.

KICKBUSCH, Ilona; KÖKÉNY, Mihály. **Global health diplomacy: five years on**. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 91, p. 159-159, 2013.

KICKBUSCH, Ilona; SILBERSCHMIDT, Gaudenz; BUSS, Paulo. **Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health**. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 85, p. 230-232, 2007.

Kickbusch, Ilona. **"Global health diplomacy: how foreign policy can influence health."** *BMJ*, vol. 336, nº 7635, 2008.

LAFER, Celso e FONSECA JR., Gelson. **Questões para a Diplomacia no Contexto Internacional de Polaridades Indefinidas**. In: FONSECA JR., Gelson & NABUCO DE CASTRO, Sérgio (orgs.), *Temas de Política Externa Brasileira II*, vol. I. São Paulo, Paz e Terra/Ipri, 1994, p. 49-77.

LIMA, Maria Regina Soares de. **A economia política da política externa brasileira: uma proposta de análise**. *Contexto Internacional* Ano 6 n. 12. Rio de Janeiro, IRI-PUC/RJ, jul./dez 1990, p. 17.

LIMA, Maria Regina Soares de. **A política externa brasileira e os desafios da cooperação sul-sul**. *Revista Brasileira de Política Internacional* Ano 48 n. 1. Brasília, Ibri, 2005.

LIMA, Maria Regina Soares de & HIRST, Mônica. **O Brasil e os Estados Unidos: dilemas e desafios de uma relação complexa**. In: FONSECA JR., Gelson & NABUCO DE CASTRO, Sérgio (orgs.), *Temas de Política Externa Brasileira I V.2*. São Paulo, Paz e Terra, 1994.

Lima, Nísia Trindade. **O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões**. Editora Fiocruz, 2002.

LINGER, Carlos Alberto et al. **Dossiê os desafios da cooperação tripartite Brasil-Cuba-Haiti**. 2016.

LUZ, Douglas Valletta. **Cooperação em saúde com o Haiti**. *Saúde e Política Externa*, p. 111, 2019.

MATIASCIC, Vanessa Braga. *Haiti: uma história de instabilidade política*. Anais do XX Encontro Regional de História: História e Liberdade, 2010. Mimeografado.

MYERS, D. (1991). **Threat perception and strategic responses of regional hegemons: A conceptual overview**. in D. Myers (ed.), *Regional Hegemons: Threat perceptions and strategic responses*. Boulder/San Francisco, Westview Press, citado por SENNES, Ricardo U. *Potência média recém-industrializada: parâmetros para analisar o Brasil*. *Contexto Internacional*, vol. 20 n. 2. Rio de Janeiro, IRI-PUC/RJ, jul/dez p. 390.

NETO, José Caetano Alves. **O Brasil e a Cooperação Internacional Para o Desenvolvimento no Eixo sul-Sul: Limites, Desafios e Perspectivas**. 2013. Tese de Doutorado. Universidade de Lisboa (Portugal).

OLIVEIRA, Marcelo Fernandes de. **Elites econômicas e política externa no Brasil contemporâneo**. São Paulo, IEEI/mimeo, 2005, p. 21-22.

Paim, Jairnilson, et al. **"The Brazilian health system: history, advances, and challenges."** *The Lancet*, vol. 377, nº 9779, 2011.

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009.

peace/peacebuilding/Country-Specific%20Configurations/Guinea-Bissau/GB%20

PEACEBUILDING COMMISSION. **Presentation of the government's peacebuilding priorities and challenges**. New York, Feb. 2008. Disponível em: <<http://www.un.org/>

realidad. Madrid: Ediciones Los libros de la Catarata/IUDC-UCM, 2010.

Revista de Economia & Relações Internacionais, v. 6, n. 12, p. 111-112, jan. 2008.

PESSÔA, Luisa Regina et al. **A educação permanente e a cooperação internacional em saúde: um olhar sobre a experiência de fortalecimento da rede haitiana de vigilância, pesquisa e educação em saúde, no âmbito do projeto Tripartite Brasil-Haiti-Cuba**. Divulg Saúd em Debat, v. 49, p. 165-171, 2013.

PINHEIRO, Letícia. **Traídos pelo Desejo: um ensaio sobre a teoria e a prática da política externa brasileira contemporânea**. Contexto Internacional, vol. 22 n. 2. Rio de Janeiro, IRI-PUC/RJ, jul./dez 2000, p.305-334.

PINO, B. A. **El eje Sur – Sur en la política exterior del gobierno Lula: cooperación e intereses**. Infolatam, Información y análisis de América Latina. Madrid, 2009. Disponível em:<http://www.infolatam.com/entrada/el_eje_sursur_en_la_politica_exterior_de-18054.htm

>

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG, v. 35, p. 01-35, 2001. presentation.pdf.

SATO, E. **Cooperação Internacional: uma componente essencial das relações internacionais**. Reciiis - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, 4(1): 46-57, 2010.

SARAIVA, Miriam Gomes e TEDESCO, Laura. **Argentina e Brasil: políticas exteriores comparadas depois da Guerra Fria**. Revista Brasileira de Política Internacional Ano 44 n.2.

Brasília, Iabri, jul./dez.2001. p.126-150.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **"A cooperação internacional brasileira em saúde: política, instituições e cenários."** Estudos Avançados, vol. 27, nº 79, 2013.

SAX GR INC. **Strategy advisors for government reform. Evaluación Nacional de la**

SCHWARTZMAN, Simon. **Pesquisa acadêmica, pesquisa básica e pesquisa aplicada em duas comunidades científicas.** Termos de referência de pesquisa, não publicado, janeiro de 1979.

SIDDIQI, Asif. (1995). **The World Health Organization and Global Health Governance: Post-World War II Perspectives.** Social History of Medicine, 8(2), 263–280.

SILVA, Alexandra de Mello e. **A política externa em transição: rumo a um novo paradigma?** Net Work, vol.8 n. 3. Rio de Janeiro, CEA's/Ucam, jul/set 1999, p. 6.

Souto-Maior, Ana Paula. **"Health diplomacy, integration, and cooperation in South America: the case of UNASUR's health council."** Revista Brasileira de Política Internacional, vol. 60, nº 1, 2017.

Toscano, Cristiana M., et al. **"Financing health care in Brazil: discussing the future."** Health Affairs, vol. 29, nº 1, 2010.

VEIGA, Pedro da Motta. **O policy making da política comercial no Brasil: os caminhos da transição. in: El proceso de formulación de la política comercial.** Nivel uno de un juego de dos niveles: Estudios de países em el Hemisfério Occidental. Banco Interamericano de Desarrollo/Munk Centre/Inter-American Dialogue, March, 2002. (Documento de divulgación 13), p. 18.

Ventura, Deisy. **"A OMS e o Brasil: um ensaio sobre a cooperação em saúde."** História, Ciências, Saúde-Manguinhos, vol. 9, nº 2, 2002.

VENTURA, Deisy. **Saúde pública e política externa brasileira**. Sur-Revista Internacional de Direitos Humanos, v. 10, n. 19, p. 98-117, 2013.

Victora, César G., et al. "**Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward.**" The Lancet, vol. 377, nº 9782, 2011.

VIEGAS, Leandro Luiz et al. **A reforma da Organização Mundial da Saúde: processo, tendências atuais e desafios (1998-2014)**. 2014.

VILLA, Rafael. **Brasil: política externa e a agenda democrática na América do Sul**. Trabalho apresentado no 4o Encontro Nacional da ABCP. Rio de Janeiro, PUC-Rio, 21-24/jul 2004, p. 6.

YOUDE, Jeremy. **Global health governance**. Polity, 2012.

ZARPELON, Janiffer T. G. **Emergência e evolução da Cooperação Internacional em Saúde**. Monografia apresentada na disciplina de Política Externa Brasileira II, do curso de Relações Internacionais, ministrado no ano de 2023.