

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E RELAÇÕES INTERNACIONAIS**

RODRIGO BATAIOLI LOBATO

**A SAÚDE COMO FERRAMENTA DE INSERÇÃO INTERNACIONAL DO BRASIL
NA ERA DA SAÚDE GLOBAL**

Porto Alegre

2021

CIP - Catalogação na Publicação

Lobato, Rodrigo Bataioli
A Saúde como Ferramenta de Inserção Internacional
do Brasil na Era da Saúde Global / Rodrigo Bataioli
Lobato. -- 2021.
79 f.
Orientador: Luis Gustavo Mello Grohmann.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Ciências Econômicas, Curso de Relações
Internacionais, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Saúde Global. 2. Política Externa Brasileira. 3.
Cooperação em Saúde. 4. Inserção Internacional
brasileira. I. Grohmann, Luis Gustavo Mello, orient.
II. Título.

RODRIGO BATAIOLI LOBATO

**A SAÚDE COMO FERRAMENTA DE INSERÇÃO INTERNACIONAL DO BRASIL
NA ERA DA SAÚDE GLOBAL**

Trabalho de Diplomação submetido ao curso de Graduação em Relações Internacionais, da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Relações Internacionais.

Orientador: Prof. Dr. Luis Gustavo Mello Grohmann

Porto Alegre

2021

RODRIGO BATAIOLI LOBATO

**A SAÚDE COMO FERRAMENTA DE INSERÇÃO INTERNACIONAL DO BRASIL
NA ERA DA SAÚDE GLOBAL**

Trabalho de Diplomação submetido ao curso de Graduação em Relações Internacionais, da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Relações Internacionais.

Aprovada em: Porto Alegre, 14 de maio de 2021.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Luis Gustavo Mello Grohmann - Orientador
UFRGS

Prof. Dr. Henrique Carlos de Oliveira de Castro
UFRGS

Profª. Dra. Pâmela Marconatto Marques
UFRGS

À professora e amiga Sonia Maria Ranincheski

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer minha família, especialmente meus pais, Ieda Bataioli e Oly Lobato, que me proporcionaram, desde a infância, condições para uma educação e um desenvolvimento de qualidade, além de um ambiente saudável que permitiu que eu me desenvolvesse pessoal e profissionalmente. Agradeço, também, minha sobrinha Helena Jornada, inspiração decisiva na escolha profissional.

Gostaria, também, de agradecer aos meus amigos, em especial às amigas Bianca Ferreira, Bibiana Golambieski e Gabriela Penna, que sempre manifestaram apoio às minhas escolhas e prontidão para ajudar.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, seus professores e funcionários, que defendem e garantem a qualidade do ensino público federal em momento em que o mesmo se encontra sob ataque.

Finalmente, agradeço a todas as pessoas que, de alguma forma, tiveram envolvimento neste trabalho, seja através de sugestões, seja através de motivação para concluí-lo.

RESUMO

O presente trabalho aborda a atuação da política externa brasileira no contexto da Saúde Global. Apesar de as medidas de saúde terem passado a figurar nos debates internacionais a partir do século XIX, é a partir do final da Guerra Fria que o debate se intensifica. Com o fim da bipolaridade e com a globalização acelerada do final do século XX, a saúde passa a integrar a agenda das Relações Internacionais com protagonismo. Essa nova relação, envolvendo diversos novos atores estatais e não-estatais, em um mundo cada vez mais interconectado, passa a ser denominada Saúde Global. Nesse contexto, novas discussões surgem acerca dos meios para enfrentar os desafios sanitários mundiais, dos sentidos desse aprofundamento da interação entre as duas áreas e da organização da governança global em saúde. O Brasil, nesse ambiente, vê-se desafiado a redefinir seu lugar no sistema internacional. Com mudanças internas advindas da redemocratização vivida no final do século passado, o país reorienta sua política externa de maneira a se adaptar aos novos mecanismos da Saúde Global, passando a utilizar o advento da saúde como ferramenta de participação internacional. Os progressos sanitários internos respaldam a ação internacional brasileira, e o país assume papel de protagonista nas discussões da Saúde Global, através da intensa diplomacia em saúde das suas agências internas de cooperação internacional, proporcionando ganhos sistêmicos e transformando a questão sanitária em importante eixo da inserção internacional brasileira.

Palavras-chave: Brasil. Saúde Global. Desafios. Cooperação internacional. Diplomacia em saúde.

RÉSUMÉ

Ce travail concerne la performance de la politique extérieure brésilienne dans le contexte de la Santé Globale. Si les mesures de santé publique font partie des débats internationaux depuis le XIXe siècle, depuis la fin de la Guerre Froide ces débats s'intensifient. Après la fin de la bipolarité et dans le contexte de la globalisation accélérée à la fin du XXe siècle, la santé devient de plus en plus importante dans les discussions des Relations Internationales. Cette nouvelle relation, appelée «Santé Globale», implique plusieurs nouveaux acteurs, y compris des acteurs nationaux et non-étatiques, dans un monde de plus en plus interconnecté. Dans ce contexte, des nouvelles discussions ont lieu, concernant les moyens à travers lesquels le monde fera face aux nouveaux défis sanitaires, mais aussi les significations de l'intensification des relations entre les deux domaines et l'organisation de la gouvernance globale de la santé. Le Brésil doit redéfinir son rôle dans la scène internationale. Compte tenu des modifications apportées par le processus de démocratisation vécu dans le pays depuis la fin du XXe siècle, le Brésil renouvelle sa politique extérieure afin de s'adapter aux nouveaux mécanismes de la Santé Globale, et passe à utiliser l'avènement de la santé comme un atout dans les relations internationales. Le développement sanitaire brésilien soutient l'action internationale du Brésil, qui devient un leader mondial dans les débats concernant la Santé Globale. Le Brésil obtient des bénéfices systémiques à travers l'intense utilisation de la diplomatie de la santé par ses agences de coopération internationale, et la santé devient un axe central du processus d'insertion internationale brésilienne.

Mots-clés: Brésil. Santé Globale. Défis. Coopération internationale. Diplomatie de la santé.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC	Agência Brasileira de Cooperação
AGNU	Assembleia Geral das Nações Unidas
Alba	Aliança Bolivariana para os Povos da Nossa América
AISA	Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde
BRICS	Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
CNP	Conselho Nacional de Pesquisa
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
Cris/Fiocruz	Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz
CSNU	Conselho de Segurança das Nações Unidas
CTPD	Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
FAO	Food and Agriculture Organization
Fiotec	Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde
FUNAG	Fundação Alexandre de Gusmão
GOARN	Global Outbreak Alert and Response Network
G8	Grupo dos Oito
G77	Grupo dos Setenta e Sete
IAGC	Interagency Coordination Group on Antimicrobial Resistance
IBAS	Fórum de diálogo Índia-Brasil-África do Sul
IGWG	Intergovernmental Working Group on Public Health, Innovation and Intellectual Property
IPCC	Intergovernmental Panel on Climate Change
Isags	Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde
Mercosul	Mercado Comum do Sul
MINUSTAH	Mission des Nations Unies pour la stabilisation en Haïti
MRE	Ministério das Relações Exteriores
Nafta	Tratado Norte-Americano de Livre-Comércio
NETHIS	Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde

OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OEA	Organização dos Estados Americanos
OIHP	<i>Office</i> Internacional de Higiene Pública
OMC	Organização Mundial do Comércio
UNOSSC	United Nations Office for South-South Cooperation
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PABA	Plano de Ação de Buenos Aires
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PEB	Política Externa Brasileira
PECS	Plano Estratégico de Cooperação em Saúde
Ppreps	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal em Saúde
Resp	Redes de Escolas Nacionais de Saúde Pública
Rins	Redes de Institutos Nacionais de Saúde
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SARS	Síndrome Aguda Respiratória Grave
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TRIPS	Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UN	United Nations
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV and AIDS
Unasul	União de Nações Sul-Americanas
UNDP	United Nations Development Programme
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
UNOPS	United Nations Office for Project Services
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	A SAÚDE E O SISTEMA INTERNACIONAL.....	15
2.1	DA SAÚDE INTERNACIONAL À SAÚDE GLOBAL.....	15
2.2	SAÚDE GLOBAL NO SÉCULO XXI: DESAFIOS E PERSPECTIVAS.....	29
3	SAÚDE E POLÍTICA EXTERNA NO BRASIL.....	37
3.1	PASSADO E PRESENTE.....	37
3.2	OS AGENTES NACIONAIS DA DIPLOMACIA DA SAÚDE	48
3.3	A SAÚDE COMO FERRAMENTA DE INSERÇÃO INTERNACIONAL DO BRASIL.....	56
4	CONCLUSÃO.....	64
5	BIBLIOGRAFIA.....	67

1 INTRODUÇÃO

A saúde e as relações internacionais mantêm uma ligação de longa data. Desde o século XVIII, temas que versavam sobre medidas de prevenção de doenças e minimização de impactos sanitários nas relações comerciais entre Estados são objetos de atenção da parte governamental. Se, ao longo da primeira metade do século XX, a temática da saúde foi relegada a segundo plano por parte dos atores da política externa, o assunto volta a despertar interesses a partir das últimas décadas do século passado (ALMEIDA, 2017a).

David Fidler (2009), professor de Direito Internacional na Universidade de Indiana e especialista em Relações Internacionais e Saúde Global, relaciona as mudanças na importância dada ao diálogo entre saúde e política externa às ameaças que as epidemias e pandemias passaram a representar para os países como consequência de uma maior interconectividade entre as nações. Assim, a própria garantia de segurança nacional e de preservação do poder econômico e da riqueza estariam ameaçados pelos novos riscos trazidos pela globalização. A cooperação em saúde no século XX, pois, passa a ser desenvolvida no sentido a resolver os problemas de saúde nos países em desenvolvimento, uma vez que os países desenvolvidos já haviam alcançado níveis mais satisfatórios de saúde pública, e a ser conduzida por técnicos, e não por políticos (ALMEIDA, 2017a; FIDLER, 2009).

A globalização contemporânea permitiu o surgimento de novos atores a partir do aumento e da complexificação dos problemas relativos à saúde global. Assim, o escopo do Estado como único ator envolvido fica limitado, evidenciando a necessidade de uma ação coletiva e coordenada no enfrentamento aos desafios sanitários, dando início a uma dinâmica vinculada, principalmente, na segurança nacional, sendo denominada “a nova geopolítica das doenças” (ALMEIDA, 2017a; INGRAM, 2005)

O fim da Guerra Fria contribuiu para que fossem revistas as prioridades e as agendas vinculadas à segurança nacional, fazendo com que a saúde global fosse alçada do seu lugar nas *low politics*¹ para se tornar tópico de discussão do Conselho de Segurança das Nações Unidas e do G8², como tema essencial na manutenção da segurança global no contexto de globalização acentuada. Destarte, novos desenvolvimentos passam a ser observados no campo, como o aumento do financiamento para a saúde e a diversificação dos atores envolvidos, proliferando os atores não estatais atuando internacionalmente (ALMEIDA, 2017a).

¹ Os temas de política externa não relacionados, diretamente, à segurança estratégica (SATO, 2010).

² Grupo dos Oito, formado por Alemanha, Canadá, Estados Unidos, França, Itália, Japão, Reino Unido e Rússia. Em 2014, a Rússia deixa o Grupo, que volta a se chamar G7, como era antes da entrada russa.

Um novo paradigma ainda é construído após os atentados de 11 de Setembro de 2001 nos Estados Unidos. A segurança em saúde passa a ser um conceito chave para a governança global, sendo a saúde tratada como um “problema de segurança nacional” e como peça importante na chamada “guerra ao terror”. Assim, a estratégia de segurança norte americana pós 2001 coloca a saúde como interesse nacional e passa, além disso, a militarizar o debate, incluindo a saúde entre “os valores neoconservadores da *pax americana*”, alçando-a ao centro do debate sobre globalização, segurança e desenvolvimento, expresso em iniciativas globais como os Objetivos do Milênio e a Comissão sobre Macroeconomia e Saúde (ALMEIDA, 2017a; INGRAM, 2005; VIEIRA, 2007).

O surgimento de novas comissões de discussão da saúde global também fizeram surgir novos atores subestatais como agentes das novas práticas. Nas chamadas "Iniciativas Globais em Saúde", é incluída a participação do setor privado, das entidades filantrópicas e da sociedade civil em atividades relacionadas à saúde. Da mesma forma, é incentivado o uso de Parcerias Público-Privadas no enfrentamento dos desafios da saúde em nível global; o Fundo Global, por exemplo, – que é uma das Iniciativas Globais em Saúde, criado para o combate e a prevenção da HIV/AIDS, da tuberculose e da malária nos países mais pobres – teve como financiador inicial a Fundação Gates. Em 2004, a Iniciativa sobre Política Exterior e Saúde Global (*Foreign Policy and Global Health Initiative*) se forma a partir da aliança entre os chanceleres de África do Sul, Brasil, França, Indonésia, Noruega, Senegal e Tailândia, e lança, em 2007, a Declaração de Oslo, que coloca a saúde como “uma das mais importantes questões de longo prazo na política externa do nosso tempo” (AMORIM et al., 2007).

Dentro de tal contexto, a cooperação Sul-Sul – dentro da qual se insere a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD), surgida na metade do século XX com intenção de fortalecer os recursos de poder do chamado terceiro mundo – busca aproximar países com grau semelhante de desenvolvimento para o enfrentamento conjunto dos novos desafios da saúde global. Enquanto pretende-se instrumento horizontal de cooperação, a CTPD assume como desafio caracterizar-se como uma alternativa às tradicionais formas de auxílio praticadas no sentido Norte-Sul, buscando reduzir os impactos do processo de globalização econômica. As práticas da CTPD culminaram na formalização de uma unidade especial junto à Organização das Nações Unidas (ONU) – a *United Nations Office for South-South Cooperation* (UNOSSC). No âmbito das Nações Unidas, a UNOSSC passa a dinamizar as chamadas triangulações entre os países participantes – triangulações essas definidas pela Agência Brasileira de Cooperação (ABC) como “a modalidade de cooperação técnica na qual dois países implementam ações conjuntas com o objetivo de prover capacitação profissional,

fortalecimento institucional e intercâmbio técnico para um terceiro” (ABC, 2006, 2007; BUSS, 2017).

No Brasil, a saúde emerge como tema predominante na agenda da cooperação Sul-Sul, sobretudo a partir do início da última década do século XX, aproximando o Ministério das Relações Exteriores do Ministério da Saúde como resposta a uma série de modificações ocorridas em âmbitos internacional, regional e nacional (REZENDE, 2018). Como consequência, o Brasil assume papel internacional importante na busca de aproximar de maneira mais concreta a saúde da política externa. A Fundação Oswaldo Cruz passa a assumir papel de liderança na cooperação brasileira em saúde, trabalhando em consonância com o Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde, vinculado ao Ministério da Saúde (AISA/MS), e com a ABC (ABC, 2006, 2007; ALMEIDA, 2017a; FERREIRA et al, 2017; LEE; CHAGAS; NOVOTNY, 2010).

O presente trabalho busca explorar o aproveitamento brasileiro do contexto internacional e dos avanços internos ocorridos a partir do processo de redemocratização no uso da temática sanitária como ferramenta de inserção internacional. As justificativas para a escolha do tema são: a importância crescente do tema da Saúde nas discussões de Relações Internacionais e na formulação da Política Externa dos países de maneira geral e, especificamente, do Brasil. Se esse ganho de importância se inicia, sobretudo, a partir do final da Guerra Fria, a perspectiva é de que as discussões se aprofundem no atual contexto de pandemia de Coronavírus, uma vez que ações coletivas são de vital importância para vencermos o vírus. Em um momento em que as instituições estatais, sobretudo aquelas voltadas à ciência e à saúde, são desvalorizadas e desacreditadas, mostrar os seus êxitos e os benefícios generalizados desses constitui um objetivo social do presente trabalho. Finalmente, a escolha do tema é pessoalmente relevante por conjugar duas áreas do saber que dividem meus interesses, a saber, as Relações Internacionais e a Medicina. O trabalho é dividido em dois capítulos, que abordam o tema a partir da perspectiva macro, caracterizando o contexto internacional da saúde, até o contexto local brasileiro.

O primeiro capítulo busca examinar a evolução histórica da internacionalização sanitária, desde o século XIX, restrita às conferências sanitárias ocorridas na Europa, até o cenário atual de globalização acelerada e de surgimento de novos atores não-estatais. Assim, essa primeira parte se subdivide em duas unidades, a primeira buscando elaborar um breve histórico da saúde enquanto temática internacional, analisando as modificações ocorridas desde o século XIX até o início do século XXI. Para isso, busca-se discorrer sobre as motivações que levaram a saúde ao cenário internacional, bem como sobre a não neutralidade

do tema, sobretudo a partir do início do século XXI, em que passa a ser adotado um discurso securitário na abordagem. A segunda divisão do capítulo busca apontar os novos desafios a serem enfrentados pela Saúde Global, bem como os atores envolvidos no processo. Analisa-se, assim, as formas de abordagem dispostas para o enfrentamento desses desafios atualmente, bem como a perspectiva de mudanças na governança global em saúde, que exigirá novas articulações entre a miríade de entidades envolvidas.

O segundo capítulo busca localizar o Brasil no contexto internacional da saúde, utilizando o panorama desenvolvido na primeira parte. O capítulo se divide em três seções; na primeira, discorre-se sobre o histórico do envolvimento brasileiro nas questões envolvendo a internacionalização da saúde, desde o século XIX até o início da segunda década do século XXI, limite histórico do trabalho. Na segunda subdivisão, explora-se os principais atores internos envolvidos nas práticas sanitárias internacionais, tecendo-se breve histórico de cada um deles e explorando a relação entre as três entidades no processo decisório e na posterior prática dos projetos de cooperação em saúde, a saber: a Fundação Oswaldo Cruz, a Agência Brasileira de Cooperação e a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde. Finalmente, a terceira seção busca explorar a forma através da qual a saúde passou a ser utilizada como ferramenta de inserção internacional no Brasil nos últimos anos, e os significados desse instrumento. Para isso, constrói-se um panorama reunindo as modificações em âmbitos internacional, regional e nacional que permitiram uma mudança de postura da Política Externa Brasileira desde os anos 1990, propiciando a utilização da saúde como elemento de destaque da diplomacia brasileira e tópico fundamental no projeto de inserção internacional do Brasil. Busca-se, assim, explorar as maneiras de utilização do tema, bem como as intenções e os efeitos dessa utilização.

Finalmente, a conclusão procura agregar as respostas que permitam alcançar o objetivo principal proposto pelo trabalho, de elucidar as maneiras com que a temática da saúde contribuiu para a estratégia de inserção internacional brasileira no cenário pós-Guerra Fria, no contexto da Saúde Global. Busca-se responder se o tópico da saúde no projeto de inserção brasileiro proporcionou ganhos sistêmicos ao país em termos de capacidade de influência no âmbito internacional. Ademais, o trabalho tem como objetivos específicos: 1) elucidar o complexo contexto da Saúde Global no século XXI, observando as modificações conjunturais históricas e os desafios institucionais do campo no início do século XXI; 2) compreender a atuação das principais agências brasileiras envolvidas na internacionalização da saúde, sobretudo o papel desempenhado por cada um desses atores na atuação conjunta da tomada de decisão e do desenvolvimento dos projetos. Para tanto, utilizou-se ampla revisão

bibliográfica voltada à análise crítica dos mecanismos da Saúde Global e da relação do Brasil nesse contexto. Outrossim, buscou-se, através da literatura utilizada, explorar a abordagem da análise de política externa, ressaltando a natureza das ações internacionais enquanto processos de decisão envolvendo diversos atores, regras e instituições, bem como a relação entre os processos interno e externo na configuração dos interesses dos países.

2 A SAÚDE E O SISTEMA INTERNACIONAL

O primeiro capítulo deste trabalho procura expor um breve panorama histórico da saúde enquanto tema internacional, apresentando as abordagens acerca dos conceitos-chave para a discussão e buscando mostrar que esses estão longe de terem uma interpretação consensual. Busca-se, pois, na primeira seção, observar as diferenças entre os discursos dominantes na saúde global, expondo o que cada um deles prioriza e marginaliza. Na segunda seção, buscar-se-á discorrer sobre os desafios a serem enfrentados no âmbito da saúde global pelos principais agentes tomadores de decisões internacionais de cooperação. Finalmente, a terceira seção apresentará a posição dos países em desenvolvimento no cenário internacional de cooperação em saúde.

2.1 DA SAÚDE INTERNACIONAL À SAÚDE GLOBAL

A fim de se bem construir o panorama do relacionamento entre as Relações Internacionais e a saúde, proceder-se-á em um breve histórico desde a formalização da cooperação sanitária internacional, até as mudanças de paradigma ocorridas na década de 1990. Tendo as primeiras organizações sanitárias internacionais se configurado como predecessoras da atual Organização Mundial da Saúde (OMS) (HILLEMAND; SÉGAL, 2014; FIDLER, 2005a), um enfoque maior será dado às suas constituições, bem como ao contexto histórico de seu surgimento. Logo em seguida, proceder-se-á a uma análise dos significados e dos impactos que tais organismos tiveram na estruturação do panorama atual da saúde global.

O marco inicial da cooperação internacional em saúde pode ser datado na metade do século XIX (FIDLER, 2005a), com a primeira Conferência Internacional Sanitária em Paris, em 23 de julho de 1851. Em face à crescente preocupação acerca do avanço de doenças infecciosas e ao aumento da conectividade entre as sociedades, os países participantes - Áustria, Espanha, França, Grã-Bretanha, Grécia, Império Otomano, Portugal, Rússia e quatro reinos italianos - estabeleceram, pela primeira vez, medidas conjuntas e coordenadas de enfrentamento às infecções mais comuns, à época, na Europa, sobretudo a cólera, a peste bubônica e a febre amarela, ditas "doenças asiáticas" (ALMEIDA, 2017a; FIDLER, 2001, 2005a).

Ao longo do século XIX, a cólera era a maior ameaça à saúde pública e ao comércio na Europa. A doença atingiu o continente com intensidade em 1829, vinda da Índia, e gerou um surto em Orenburg, no extremo sudeste russo. A infecção não tardou a atingir Moscou e,

nos anos seguintes, espalhou-se pela maior parte dos países europeus em uma epidemia de difícil controle. As medidas sanitárias de controle da peste bubônica, à época, visavam impedir a chegada da doença por via marítima do Oriente Médio para a Europa, e eram, sobretudo, baseadas em quarentenas (FIDLER, 2005a). Tais medidas acabavam impondo atrasos às partidas de navios, bem como, em certos casos, a imobilização das embarcações, encarceramento das tripulações e destruição de mercadorias. As medidas iniciais de prevenção à cólera eram similares àsquelas praticadas contra a peste bubônica, aumentando os prejuízos econômicos. Tal fato é reportado pelo secretário do Conselho Superior de Saúde da França, em 1834, em documento onde é proposto que uma reunião internacional seja feita a fim de estabelecer, entre os países europeus, medidas uniformes de prevenção à disseminação de doenças exóticas, de maneira a minimizar os prejuízos causados pelas medidas aplicadas individualmente por cada país (DUPEYRON, 1834, *apud* HOWARD-JONES, 1975). Assim, a preocupação com o comércio internacional parece ter sido a principal motivação para que medidas sanitárias conjuntas fossem tomadas (FIDLER, 2001; HOWARD-JONES, 1975).

Na primeira Conferência Sanitária Internacional, cada país participante era representado por dois delegados, sendo um deles médico e outro, diplomata. O objetivo primeiro da reunião era o de se estabelecer um acordo internacional quanto às práticas de quarentena visando a prevenir a disseminação das infecções com potencial epidêmico (FIDLER, 2001). Ao longo dos seis meses de duração da Conferência, o pouco conhecimento científico sobre as causas e a profilaxia das doenças discutidas dividiu o posicionamento dos delegados dos países: três reinos italianos - Os Estados Papais, a Toscana e as Duas Sicílias - advogavam favoravelmente à aplicação de medidas de quarentena contra a cólera, enquanto os delegados de Áustria, França e Grã-Bretanha defendiam a inutilidade dos cordões sanitários e marítimos na prevenção da infecção. Ao final da conferência, quinze entre os vinte e três delegados presentes votaram a favor da implementação de medidas de quarentena contra a cólera; outros quatro votaram contrariamente, e quatro se abstiveram de votar. O relatório final elaborado exigia a ratificação ulterior das assinaturas por parte dos Estados - concretizada apenas pela Sardenha, em 1853 (HOWARD-JONES, 1975).

Ainda que, em termos práticos, a primeira Conferência Sanitária Internacional tenha sido "um fiasco" (HOWARD-JONES, 1975 p.16), um novo marco na saúde pública e nas Relações Internacionais havia sido fundado (ALMEIDA, 2017a). De fato, após o primeiro encontro em 1851, outras nove reuniões foram realizadas até o final do século XIX, em diversos países europeus e, em 1881, nos Estados Unidos. Enquanto as primeiras conferências foram quase integralmente destinadas a discutir as formas de contágio e disseminação da

cólera segundo as teorias científicas da época, e voltadas ao continente europeu, a reunião realizada nos Estados Unidos discutiu mormente os direitos de inspeção dos navios estrangeiros nos portos de embarque e de desembarque. Além disso, a Conferência contou com a presença de sete países latino-americanos, além de Haiti, China, Japão e Libéria (HOWARD-JONES, 1975).

A sétima Conferência Sanitária Internacional foi convocada com o objetivo de discutir o transporte de cólera em navios que atravessavam o Canal de Suez, de posse majoritariamente inglesa. A suspeita era de que o Canal fosse uma porta de entrada para a cólera, vinda da Índia para a Europa. O Reino Unido reivindicava que navios britânicos destinados a um porto inglês pudessem atravessar livremente o Canal de Suez em quarentena, sem paradas para fiscalização sanitária (HILLEMANN; SÉGAL, 2014). Navios infectados ou suspeitos deveriam admitir a bordo dois médicos cuja função seria impedir que os passageiros tivessem contato com pessoas ou bens em terra firme, ao longo da travessia. Enquanto a demanda inglesa não foi aprovada, resultados práticos efetivos foram atingidos pela primeira vez (HOWARD-JONES, 1975): ao final da Conferência, foi assinada a Primeira Convenção Sanitária Internacional entre as potências europeias. O documento previa as regulações sanitárias envolvendo a travessia de navios pelo Canal de Suez, dispondo de medidas de quarentena marítima para aquelas embarcações vindas do Oriente para a Europa, formando a "base da profilaxia sanitária internacional" e sendo considerado o "primeiro código sanitário internacional" (CARRIÈRE, 1923, p.12). Além disso, a Convenção ainda deliberava sobre as medidas de prevenção da cólera durante a peregrinação a Meca e reestruturava o Conselho Sanitário Marítimo e Quarentenário do Egito, cuja função principal era a de fiscalização sanitária do trânsito do Canal de Suez (HOWARD-JONES, 1975).

Paralelamente às Conferências Sanitárias Internacionais - que, em 1893, já se haviam reunido nove vezes - ocorria, também na Europa, o Congresso Internacional sobre Higiene e Demografia. Enquanto a primeira era formada por delegações nacionais compostas por diplomatas e médicos, a segunda priorizava a participação de agentes não-governamentais, e tinha como objetivo primeiro o debate e o desenvolvimento científico relacionados às infecções presentes na Europa. Os Congressos reuniam grandes nomes das ciências biológicas na época, e permitiram o avanço das discussões e descobertas acerca da causa e da transmissibilidade das doenças, bem como às medidas profiláticas próprias a cada uma delas (HOWARD-JONES, 1975).

As Conferências Internacionais seguintes, a exemplo daquela de 1892, também produziram convenções sanitárias, deliberando majoritariamente sobre as medidas de combate

e prevenção da cólera - apesar de a peste bubônica e a febre amarela também terem sido objeto de discussão (HOWARD-JONES, 1975). Em 1897, a terceira Convenção Sanitária Internacional, assinada na Conferência de Veneza, tornou-se o código internacional da profilaxia anti-pestes (CARRIÈRE, 1923), sendo assinada por dezenove países, dentre os quais Estados Unidos e Brasil. Em 1903, na décima-primeira Conferência, em Paris, as Convenções produzidas anteriormente foram consolidadas em um único documento, e foi proposta a criação de um escritório internacional permanente para assuntos de saúde, sobre cujas discussões dispuseram-se resultados efetivos alguns anos depois (HOWARD-JONES, 1975). Ainda, o mesmo documento finalmente sinalizava um consenso entre os países a respeito da possibilidade de a água contaminada transmitir a cólera e sobre ser um mosquito o vetor da febre amarela (HILLEMAND; SÉGAL, 2014).

Em 1907, em Roma, a conferência para a concretização de uma entidade de saúde internacional permanente é enfim realizada. Paralelamente a essa iniciativa, países americanos já se haviam reunido anos antes para a criação do Escritório Sanitário Internacional - que passaria a se chamar Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 1923 - com sede em Washington. Tal fato não impediu que delegados de Brasil e Estados Unidos estivessem presentes na conferência de Roma (HOWARD-JONES, 1975). O encontro durou uma semana e concretizou a criação do *Office* Internacional de Higiene Pública (OIHP, doravante), com sede em Paris. O organismo funcionaria aos moldes do Escritório Internacional de Pesos e Medidas (HILLEMAND; SÉGAL, 2014), e teria como objetivo coletar e divulgar fatos e informações de interesse de saúde pública, sobretudo relacionados à cólera, à peste bubônica e à febre amarela (HOWARD-JONES, 1975).

O OIHP contava com secretários e comitês permanentes, e estabeleceu reuniões duas vezes ao ano, a partir de sua criação em 1908 - exceto durante a Primeira Guerra Mundial. O organismo, bem como as onze Conferências Internacionais realizadas antes, tinha uma orientação fortemente europeia, priorizando a defesa da Europa contra a peste bubônica e a cólera - enquanto a febre amarela era um problema majoritariamente americano e, portanto, priorizado pela OPAS. De fato, durante a maior parte dos mais de cinquenta anos de discussões entre os Estados europeus envolvendo a saúde, a cólera foi prioridade. A importância da peste bubônica foi aumentando ao longo desse período até passar a ser tratada com igual relevância (HOWARD-JONES, 1975).

Passados dois anos desde sua criação, o número de membros do *Office* Internacional de Higiene Pública havia aumentado para 22 - nem todos eram Estados soberanos: Argélia, Austrália, Canadá e as Índias Britânicas eram signatários. As discussões e as medidas

sanitárias passaram a versar sobre temas mais abrangentes de saúde pública, sobretudo a adoção de medidas uniformes de enfrentamento a doenças. O comitê expôs a recomendação da adoção de um tratado internacional que assegurasse a eficácia da antitoxina diftérica para a produção de soros e vacinas, movendo-se em direção "ao estabelecimento de protocolos internacionais para produtos biológicos usados para fins profiláticos, terapêuticos e diagnósticos" (HOWARD-JONES, 1975, p.87, tradução nossa). A última reunião do OIHP antes da Primeira Guerra Mundial aconteceu em abril de 1914.

A criação da Liga das Nações¹, após a assinatura do Tratado de Versalhes³, previa a criação de um escritório próprio para as políticas sanitárias, colocando todos os escritórios de saúde internacionais já estabelecidos sob sua direção (HILLEMAND; SÉGAL, 2014). A Conferência Sanitária de 1920, pois, recomendou que uma organização internacional permanente de saúde da Liga fosse estabelecida, da qual o OIHP passaria a fazer parte. Apesar de a proposta ter sido aprovada na primeira Assembleia da Liga, no mesmo ano, o fato de os Estados Unidos não serem membros da organização - e o serem, no entanto, do OIHP - impediu a concretização das medidas (HOWARD-JONES, 1975). Assim, três organismos internacionais de saúde passaram a atuar no mundo, ora de maneira concorrente, ora associada: o OIHP e a Organização de Saúde da Liga das Nações, de caráter internacional, com sedes em Paris e Genebra, respectivamente, e a OPAS, de caráter regional, sediada em Washington (FIDLER, 2005a; HILLEMAND; SÉGAL, 2014; HOWARD-JONES, 1975;).

Fidler, em artigo de 2005, classifica como "regime clássico" os desenvolvimentos legais desenvolvidos desde a primeira Conferência Sanitária Internacional, em 1851, até a adoção da Regulação Sanitária Internacional pela Organização Mundial da Saúde (OMS), exatos cem anos depois. Tal regime consistia, sobretudo, na obrigação dos Estados participantes em notificar uns aos outros sobre surtos de determinadas doenças em seus territórios, bem como na "limitação das medidas preventivas que restringissem o comércio e o tráfego internacionais àquelas baseadas em evidências científicas e princípios de saúde pública" (FIDLER, 2005a, p. 326). É digno de nota, também, o caráter imperialista do regime, não incluindo em seu rol de atuação enfermidades historicamente comuns na Europa - como a varíola e o tifo, admitidos apenas em 1926 - e priorizando evitar que as "doenças asiáticas" (cólera, peste bubônica e febre amarela) viessem do leste e do Oriente Médio para os países europeus (FIDLER, 2005a).

¹ A Liga das Nações foi uma organização internacional formada pelos vencedores da Primeira Guerra Mundial com o intuito de evitar novas guerras.

³ O Tratado de Versalhes foi o documento assinado entre as potências europeias encerrando formalmente a Primeira Guerra Mundial.

As mudanças surgidas no período pós Segunda Guerra Mundial amplificam a influência norte-americana no Sistema Internacional através de organismos multilaterais e do Sistema das Nações Unidas (ALMEIDA, 2017a). Surgem, também, modificações na dinâmica da saúde internacional, com a introdução de novos agentes e formas de governança que tornam o "regime clássico" obsoleto (FIDLER, 2005a). A Constituição da OMS (WHO Constitution, 1946) dava à organização a autoridade para adotar regulamentos referentes a "medidas sanitárias e de quarentena e outros procedimentos destinados a evitar a propagação internacional de doenças", e se caracterizava como um tratado *opt-out* a todos os signatários, ao contrário dos tratados do "regime clássico", dispostos como *opt-in*⁴, o que facilitava a aplicação das normas, tornando o documento a principal ferramenta de normas internacionais acerca do controle internacional de doenças infecciosas (FIDLER, 2005a). O OIHP havia se dissolvido em 1938 e, em 1950, a OPAS se integra ao Sistema das Nações Unidas e, em convênio com a Organização dos Estados Americanos (OEA), passa a funcionar como um "organismo especializado em saúde do sistema interamericano" (TOBAR, 2017).

Juntamente à criação da OMS, diversos outros órgãos são criados no mesmo período, institucionalizando-se o chamado Sistema Internacional (SI) (ALMEIDA, 2017a), com a complexificação do multilateralismo e a incorporação de "objetivos básicos de cooperação, promovendo normas e critérios sociais comuns" (TOBAR, 2017, p. 386). No final da década de 40, também no contexto das mudanças trazidas com o fim da guerra, surge a Assistência Oficial para o Desenvolvimento. As bases para a assistência técnica são dadas pela Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU) e ampliadas, em 1948, no Programa de Assistência Técnica, institucionalizando a cooperação internacional para o desenvolvimento, e que viria a se consolidar no *United Nations Development Programme*⁵ (UNDP) e na Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (ALMEIDA, 2017a).

O protagonismo da OMS alterou as dinâmicas de condução da cooperação em saúde. A simples cooperação para a prevenção de infecções com o objetivo principal de preservar as relações comerciais dava lugar a uma abordagem mais ampla dos problemas a serem enfrentados e do próprio conceito de saúde (FIDLER, 2005a), como enunciado na Constituição da organização, de 1946. A instituição foi fundada com o intuito de ser independente das decisões de caráter político, aproximando os avanços médicos das

⁴ Tratados *opt-out* são aqueles automaticamente vinculantes aos países membros após firmados, devendo os Estados ativamente optarem por não se vincular, caso desejem; diferentemente dos tratados *opt-in*, em que os Estados não estão automaticamente vinculados e devem, a posteriori, optar por adotar.

⁵ Em português: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)

necessidades de saúde, e incluindo o maior número possível de Estados membros (TOBAR, 2017). Uma vez influenciada pela medicina social, que "ressaltava a importância dos fatores sociais, políticos e culturais na ocorrência de doenças epidêmicas" (TOBAR, 2017, p. 389), a saúde internacional passa a voltar os esforços à erradicação em doenças e à promoção global de cuidados primários, denotada pela campanha Saúde para Todos, de 1978 (FIDLER, 2005a).

Os avanços econômicos e sanitários nos países desenvolvidos também contribuíram para que o foco das ações se deslocasse para os países em desenvolvimento. Outras iniciativas da época, voltadas à proteção internacional do meio ambiente, influenciaram a geração de leis internacionais de proteção da saúde humana, com o surgimento de tratados observando a poluição marinha e do ar (FIDLER, 2005a). O cenário, pois, sobretudo nas décadas de 1960 e 1970, foi de mudança de panorama na saúde internacional, voltando a atenção a "questões estruturais que condicionariam a saúde e a enfermidade, sobretudo nos países em desenvolvimento" (ALMEIDA, 2017a, p. 66).

Ao longo das décadas de 70 e 80, as significativas melhoras na qualidade de vida nos países desenvolvidos reduziu a relevância da temática da saúde nos interesses geoestratégicos dessas nações (INGRAM, 2005). A saúde, pois, passou a aparecer ocasionalmente na agenda da política externa "estruturada no quadro da polarização política e ideológica da época, tornando-se marginal como instrumento de consolidação dos interesses nacionais" (ALMEIDA, 2017, p. 44). No entanto, paralelamente à revolução na saúde pública dos países desenvolvidos (INGRAM, 2005), o contexto global foi de aprofundamento das desigualdades:

Na década de 1980, a crise econômica, o reembolso das dívidas externas, a implementação dos Programas de Ajuda Estrutural (*Structural Adjustment Programs*, SAPs) e outras mudanças profundas - distúrbios civis e políticos, difusão da hegemonia neoliberal, processos de redemocratização política na América do Sul e de construção de novas nações emergentes da libertação colonial na África - agravaram a pobreza e as desigualdades no sul (ALMEIDA, 2017a, p. 65).

Tais fatos somaram-se à uma disseminação de um discurso restritivo de reformas, em um contexto de crítica ao Estado de bem estar, que submete os gastos em saúde às adequações macroeconômicas vigentes, que defendiam uma agenda privatista e de desregulamentação. A condução da saúde internacional passa a ser objeto de disputa entre a OMS e o Banco Mundial, levando a uma predominância do último a partir do fim dos anos 80, deslocando a cooperação internacional para o desenvolvimento de novos produtos e drogas (ALMEIDA, 2017a).

O final da Guerra Fria traz consigo mudanças que redefinem a agenda da política externa, rearticulando uma aproximação da saúde (INGRAM, 2005; FIDLER, 2005b). Fidler

trata tal mudança como uma revolução acontecida na saúde no contexto das relações internacionais (FIDLER, 2005b). Sato ressalta a mudança de perspectiva advinda do fim da bipolaridade, denotada na paulatina perda de sentido da diferenciação entre as *high politics* - questões ligadas diretamente à segurança estratégica das nações, sobretudo das grandes potências - e as *low politics* - os demais assuntos, como educação, saúde e comércio, ou seja, temas não relacionados diretamente à segurança nacional (SATO, 2010). Ao longo da década de 90, pois, a saúde deixa de ser tratada como mera questão técnica, humanitária e apolítica, e passa a figurar com importância nas agendas de relações internacionais (FIDLER, 2005b).

A nova agenda de segurança nacional elaborada a partir dos anos 1990 inclui novos fatores em resposta ao aumento e à diversificação das ameaças percebidas no mundo interconectado da globalização acelerada (ALMEIDA, 2017; INGRAM, 2005). A perspectiva ortodoxa do estudo da Segurança Nacional no campo das Relações Internacionais, que sempre priorizou o Estado como objeto principal da segurança, passou a ser questionada a partir de novas perspectivas que falam, antes, em segurança humana; o Relatório de Desenvolvimento Humano da ONU de 1994 propunha uma mudança de foco dos Estados e da territorialidade para as pessoas e as comunidades, priorizando valores como solidariedade, interdependência e desenvolvimento desigual (INGRAM, 2005; UNDP, 1994). De fato, ao longo da década de 1990, diversos atores não estatais passam a atuar no cenário internacional, colocando em xeque as perspectivas tradicionais estado-centradas (ALMEIDA, 2017; INGRAM, 2005).

Fidler (2005b) apresenta algumas evidências de maneira a corroborar a percepção de modificação do papel da saúde para uma posição de maior destaque nas discussões securitárias. Tais evidências dizem respeito à percepção do bioterrorismo como ameaça, o que fez com que fossem destinadas verbas (em especial, o dos Estados Unidos) para a preparação de biodefesa nos sistemas de saúde. Além disso, o autor cita a preocupação por parte dos governos norte-americano e europeus, explícita em diversos documentos, de que a epidemia de AIDS nos países em desenvolvimento, sobretudo na África sub-saariana, pudessem desestabilizar as instituições estatais dessas regiões, levando a conflitos armados e a um terreno fértil para o surgimento de células terroristas. Ainda, é comentada a preocupação acerca dos impactos econômicos trazidos pelas epidemias de doenças infecciosas, mas também das doenças crônicas, solapando o progresso econômico (FIDLER, 2005b; INGRAM, 2005).

Almeida (2017a) ainda comenta outras iniciativas surgidas no mesmo contexto. O desenvolvimento da Iniciativa Global de Segurança em Saúde, em 2004, por exemplo, envolvia especialistas de diversos países europeus, além de Japão, Estados Unidos, México e

a União Europeia enquanto instituição, e tinha como objetivo principal o aumento da capacidade de vigilância e de resposta a pandemias. Ainda, é citada a Iniciativa sobre Política Exterior e Saúde Global que, reunindo os chanceleres de África do Sul, Brasil, França, Indonésia, Noruega, Senegal e Tailândia, em 2007, lançou a Declaração Ministerial de Oslo, afirmando a crença de que "embora ainda negligenciada, a saúde é uma das mais importantes questões de longo prazo da política externa contemporânea" (AMORIM et al., 2007, p.1).

A militarização da saúde se aprofunda ainda mais a partir dos atentados de setembro de 2001, nos Estados Unidos - em 11 de setembro, o ataque às torres gêmeas e, uma semana depois, ataques com carbúnculo (antraz) enviado por correspondência a autoridades do governo e agências de comunicação. O governo Bush passa a tratar a saúde como um problema de segurança nacional e como ponto central da chamada "guerra ao terror", desenvolvendo medidas de enfrentamento a ataques químicos, além de integrar a "ameaça do HIV/AIDS" nas questões de segurança nacional (ALMEIDA, 2017a; FIDLER, 2005b; INGRAM, 2005). Tais estratégias, além de alçarem a saúde a uma posição de alta importância nas arenas políticas nacionais e internacionais, incluem-na entre "os valores neoconservadores da *pax americana*" (INGRAM, 2005, p. 535, tradução nossa).

Os significados da reaproximação entre saúde e política externa e da crescente securitização da saúde estão longe de serem consensuais (LEE; MCINNES, 2012). Diversas abordagens buscam interpretar o fenômeno, lendo-o sob diferentes perspectivas analíticas. Fidler (2005b), por exemplo, aponta três possíveis abordagens conceituais para a compreensão da nova dinâmica entre a saúde e a política externa. A primeira percebe o aumento da importância da saúde nas relações internacionais como "transformativa da política externa" (FIDLER, 2005b, p.183, tradução nossa), que passa a adotar a saúde como uma finalidade. Tal pode ser a interpretação a partir do papel central dado à saúde no desenvolvimento dos Oito Objetivos do Milênio⁶, em 2000, pela ONU. Ainda, essa perspectiva ressalta a transformação da saúde de uma atividade técnica e apolítica em um "proeminente *valor político* para a humanidade do século XXI" (FIDLER, 2005b, p.184, tradução nossa, destaque do autor). A respeito dessa primeira abordagem, que propõe à saúde um poder transformador dos interesses tradicionais da política externa (FELDBAUM; LEE; MICHAUD, 2010), Horton (2007) adiciona que a saúde "a saúde move a política externa do

⁶ Os Oito Objetivos do Milênio formam um acordo entre todos os países do mundo e todas as instituições mundiais de desenvolvimento. Eles reúnem esforços sem precedentes para auxiliar as necessidades das maiores vítimas mundiais da pobreza. São eles: 1) Erradicar a pobreza extrema e a fome; 2) Atingir educação primária universal; 3) Promover igualdade de gênero e empoderamento feminino; 4) Reduzir a mortalidade infantil; 5) Melhorar a saúde materna; 6) Combater a HIV/AIDS, a malária e outras doenças; 7) Garantir sustentabilidade ambiental; 8) Pareceras globais para o desenvolvimento (WHO, 2015).

debate sobre interesses nacionais para um debate sobre altruísmo global" (HORTON, 2007, p. 807, tradução nossa).

A segunda abordagem proposta por Fidler (2005b) sustenta que o recente aumento da relevância da saúde nas relações internacionais denota que é a política externa que molda a saúde, e não o contrário. A saúde seria mais um instrumento utilizado pela política externa para a busca pelos interesses das nações, e a crescente importância dada ao tema seria explicada pelo aumento das ameaças relacionadas à saúde contra os interesses estatais ligados à segurança nacional, como as capacidades militares, os interesses econômicos e a estabilidade regional. Ilustrando a segunda visão, o autor argumenta que o objetivo da política externa não é a saúde em si, mas o de minimizar os riscos trazidos pelas ameaças sanitárias aos reais objetivos da política externa (FIDLER, 2005b). É ilustrativo, também, o dado apresentado por Feldbaum, Lee e Michaud (2010), que mostra que "as promessas substanciais de auxílio americano ao Egito facilitaram a assinatura do acordo de paz de Camp David, em 1978", e indica que, como demonstrado pelos principais países receptores de assistência externa em 2006, o auxílio externo priorizava "parceiros estrategicamente importantes em vez dos países mais pobres" (FELDBAUM; LEE; MICHAUD, 2010, p.83, tradução nossa). Ainda dentro da ideia da segunda abordagem trazida por Fidler (2005b), Vanderwagen (2006), em artigo de medicina militar, argumenta que

A noção de diplomacia em saúde é uma reafirmação e expansão da familiar noção do passado de que conquistar corações e mentes é crítico para vencer a guerra. O que é novo talvez seja a noção de empregar uma ampla variedade de recursos para cumprir a tarefa e de mais ativamente treinar e preparar times para dirigir isso de maneira coerente e formal (Vanderwagen, 2006, p.4, tradução nossa).

A última das perspectivas trazidas por Fidler (2005b) situa-se em terreno intermediário entre as duas primeiras. Segundo essa terceira abordagem, a saúde não transforma completamente a política externa, mas tampouco o contrário é verdadeiro. Assim, a ligação entre política externa e saúde teria como elo uma dinâmica entre ciência e política, sendo que a primeira proveria os princípios científicos não observados pela política externa, enquanto a segunda forneceria as perspectivas de anarquia e poder não contemplados pela ciência (FIDLER, 2005c). Assim, ainda que nem a saúde e nem a política se transformassem, as duas estariam ligadas através de uma dependência mútua que influenciaria ambas as áreas (FIDLER, 2005c; FELDBAUM; LEE; MICHAUD, 2010).

Ingram (2005) analisa o processo de securitização da saúde. Segundo o autor, a saúde passou a ser securitizada de maneira significativa a partir do final da Guerra Fria, passando a ser discutida, em um primeiro nível, através das alterações que a "nova geopolítica das

doenças" gerou nos padrões de desenvolvimento, pobreza e de relação entre "o humano e os mundos dos micróbios" (INGRAM, 2005, p.540, tradução nossa). Em um segundo nível, o autor argumenta que as conexões entre os novos padrões de doença e as modificações dos contextos políticos e sócio-econômicos através de diversos atores tornam a "nova geopolítica das doenças um fenômeno discursivo" (INGRAM, 2005, p.540, tradução nossa). Um dos maiores exemplos da securitização da saúde é o tratamento dado à pandemia da AIDS. Após duas sessões do Conselho de Segurança da ONU (CSNU), em 2000, seguindo o relatório do Conselho Nacional de Inteligência dos Estados Unidos, a resolução produzida ressaltava os riscos à estabilidade e à segurança que a disseminação da doença poderia causar. A pandemia no continente africano, particularmente, poderia gerar desequilíbrios institucionais nos países do continente, colocando em risco a paz e os Estados e propiciando o surgimento de células terroristas (INGRAM, 2005).

A discurso de securitização, aprofundado após os atentados de setembro de 2001 nos Estados Unidos, transforma a saúde em um instrumento da política externa. A saúde, assim, passa a exercer um papel importante de obtenção de *soft power* (INGRAM, 2005), definido e exemplificado por Joseph Nye como

a habilidade de conseguir o que se quer através de atração em vez de coerção ou pagamentos. Surge da atratividade da cultura, dos ideais políticos e das políticas de um país. Quando nossas políticas são vistas como legítimas aos olhos dos outros, o nosso *soft power* se consolida (NYE, 2004, p. X, tradução nossa).

Ingram (2005), ainda, aponta para o fato de o grande corpo de discurso ligando a saúde à segurança nacional surge a partir das instituições dos países desenvolvidos, baseados muito mais em estratégias de defesa de seus interesses do que na redução das doenças. Tal fato leva a um estreitamento da visão da saúde, arriscando o deslocamento de importantes discussões científicas e humanitárias para um contexto ideológico e tecnocrático. A ligação entre saúde e segurança nacional, pois, muitas vezes reflete mais uma "construção discursiva dominante do que realidades empíricas" (INGRAM, 2005, p. 538, tradução nossa).

Assim como a ligação entre saúde e a segurança nacional não é um elo politicamente neutro (INGRAM, 2005; LEE; MCINNES, 2012), a própria conceituação de "saúde global" é "normativa no seu enfoque ou construção social do tema" (LEE; MCINNES, 2012, p.6, tradução nossa). De fato, não há consenso em relação à definição de saúde global, e a ausência de uma perspectiva geral coloca em xeque o desenvolvimento de objetivos e dos meios para atingi-los (KAAYA; JACOBS; MACFARLANE, 2008; KOPLAN et al., 2008).

Segundo Lee e Mcinnes (2012), até a metade da década de 90, "saúde internacional" era o termo mais popularmente usado para tratar de temas sanitários que envolviam mais de

um país. Quatro linhas eram usualmente adotadas: a primeira ligava a saúde internacional à saúde dos países "onde os poderes imperiais estenderam seu domínio militar e comercial" (LEE; MCINNES, 2012, p.7, tradução nossa) e às antigas colônias, no pós Segunda Guerra Mundial. A segunda linha, geográfica, denotava o foco da saúde internacional nas chamadas "doenças tropicais", priorizando aqueles países que sofriam com essas doenças. Em uma terceira linha, econômica, a saúde internacional se referia às condições e necessidades de saúde das populações dos países em desenvolvimento. Finalmente, a quarta linha de interpretação traz a saúde internacional usada como referencial comparativo das capacidades e problemas dos sistemas de saúde nacionais (LEE; MCINNES, 2012).

Black, Merson e Mills (2020) argumentam que a saúde internacional se ocupa da aplicação dos princípios de saúde pública às necessidades dos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos, adequando tais princípios aos contextos global e local que os influenciam (BLACK; MERSON; MILLS, 2020). De maneira semelhante, Labonté (2014) associa o conceito às ações que visam à redução das disparidades sanitárias entre os países ricos e pobres, tendo sido baseado, sobretudo, na transferência de tecnologia em saúde e cooperação técnica, frequentemente por intermédio de Organizações Não Governamentais (ONGs) (LABONTÉ, 2014). Ainda, segundo Koplan et al. (2008), a saúde internacional, voltada ao desenvolvimento de soluções aos problemas de saúde dos países menos desenvolvidos através de ações normalmente bilaterais, tem como objetivo o de auxiliar a população de um território estrangeiro (KOPLAN et al., 2008).

A substituição do termo "internacional" por "global" é, segundo Black, Merson e Mills (2020), uma mudança conceitual que reflete uma substituição ocorrida na realidade mundial. A saúde global mantém o foco anterior da saúde internacional, mas enfatiza questões de saúde que envolvem múltiplos países e que são afetadas pelo ambiente internacional, como a questão climática e as consequências da urbanização (BLACK; MERSON; MILLS, 2020). Para Brown, Cueto e Fee (2006), o termo "saúde global" implica a "consideração das necessidades de saúde das pessoas de todo o planeta acima das preocupações de nações particulares" (BROWN; CUETO; FEE, 2006, p. 62, tradução nossa). Os autores ainda ressaltam a associação do termo "global" ao aumento da participação de atores não-governamentais (BROWN; CUETO; FEE, 2006). Da mesma forma, para Koplan et al. (2008), o termo "global" se refere não somente às questões geográficas, mas também aborda ameaças de saúde envolvendo vários países que, através da cooperação global, buscam proporcionar "equidade de saúde entre as nações e todas as pessoas" (KOPLAN et al., 2008, p.1994, tradução nossa). Finalmente, Beaglehole e Bonita (2010) propõem uma definição de saúde

global baseada na "colaboração transnacional de ações e pesquisas promovendo saúde para todos" (BEAGLEHOLE; BONITA, 2010, p.1, tradução nossa).

A partir de uma abordagem construtivista, Lee e McInnes (2012) observam duas razões para a mudança do termo. A primeira, os autores argumentam, seria o objetivo de direcionar a atenção política aos problemas de saúde pública, historicamente relegados a segundo plano, e aprofundados ou mais visíveis com o avanço da globalização. O segundo motivo seria a urgência de uma mudança de paradigma na maneira através da qual a saúde humana era tratada, mudança essa necessária a partir dos novos desafios que a crescente interconectividade proporcionava. Diferentes definições de saúde global possibilitam interpretações concorrentes sobre o que é e o que não é prioritário no tema, tendo, assim, o poder de moldar a maneira com que as questões são observadas, afetando o entendimento do problema e privilegiando alguns interesses em detrimento de outros (LEE; MCINNES, 2012).

A existência de divergências acerca da definição da saúde global denota a existência de interesses concorrentes, claramente notada, por exemplo, na alocação de recursos. Ao longo das últimas décadas, a maneira através da qual a saúde pública global foi abordada pode ser reduzida a cinco correntes principais, cada uma das quais com diferentes prioridades, interesses e respostas. A primeira das principais abordagens é a da medicina baseada em evidências que, através de uma óptica positivista, prioriza uma base epistemológica e bioestatística para as evidências envolvidas no processo de tomada de decisão. A segunda trata como prioritária a agenda dos direitos humanos, baseando as decisões nos princípios de dignidade e respeito individuais. A terceira abordagem, econômica, baseia a análise em um processo de alocação de recursos escassos, trazendo argumentos que versam sobre eficiência e competitividade. A abordagem seguinte é a securitária, que trata as questões de saúde a partir da visão da ameaça à integridade de algo ou alguém e das medidas de defesa a serem adotadas contra tais ameaças. Finalmente, a última das abordagens se baseia no discurso do desenvolvimento, trazendo uma conotação altamente assistencialista dos países ricos em relação aos pobres. Apesar de terem prioridades distintas, elas não são necessariamente excludentes e podem, eventualmente, sobrepor-se umas às outras (LEE; MCINNES, 2012).

Em relação ao repentino ganho de protagonismo da questão da saúde global como um tema das relações internacionais, a abordagem construtivista sugere que os interesses dos atores não são pré-estabelecidos, mas sim, formados nos processos de definição de situações, constituídos por significados coletivos (WENDT, 1992). Assim, uma possível análise do fenômeno a partir da óptica construtivista sugere que o tema da saúde foi, ao longo do século XX, relegado a um segundo plano na política externa porque não foram criados os interesses

que ligariam as duas áreas. A partir do final da Guerra Fria, a mudança de contextos social e material trazida pelo fim da bipolaridade muda também os interesses, que passam a permitir o alçamento da temática da saúde (LEE; MCINNES, 2012). Da mesma forma, o construtivismo explica o fenômeno da securitização como a construção de um discurso, em que um ator convence terceiros de que algo representa uma ameaça concreta à sobrevivência. Assim, o "processo de constituição de normas de segurança internacional é análogo à imagem de um pêndulo que oscila entre 'politização' e 'securitização' de acordo com os níveis de urgência e ameaça que são alocados a um tópico específico" (VIEIRA, 2007, p.140, tradução nossa, destaque nosso). A institucionalização da securitização torna a ameaça - percebida ou real - suficientemente resistente para que normas e procedimentos sejam adotados, com um senso implícito de urgência nos comportamentos e nos princípios desenvolvidos para lidar com a questão (VIEIRA, 2007).

A reação de certos agentes tomadores de decisão - sobretudo os governos de países desenvolvidos - a mudanças no mundo material gera uma narrativa dominante em relação ao papel da saúde na política externa. Essa narrativa se baseia no recrudescimento de novos riscos advindos do bio-terrorismo e do ressurgimento de infecções, na percepção da abrangência global dessas ameaças e no argumento de apenas o conhecimento técnico relativo à saúde não é suficiente para lidar com tais problemas, sendo imperativa a participação de setores como a política externa e de segurança. A narrativa dominante enfatiza certos tipos de riscos em detrimento de outros, bem como prioriza certas respostas a tais riscos. Notadamente, são priorizados os riscos relacionados às preocupações tradicionais das Relações Internacionais, como aqueles que dizem respeito à segurança do Estado. Assim, a narrativa dominante determina como prioritárias, no âmbito da saúde global, as epidemias de doenças infecciosas e os riscos de ataques biológicos, por exemplo, em detrimento de problemas como as doenças crônicas, os acidentes de trânsito e o controle do fumo, ainda que condições não notificáveis, como infartos, acidentes vasculares cerebrais e certos cânceres representem um impacto muito maior do que as infecções em termos de número de mortes. Tais relações, pois, são reflexo do enfoque que a narrativa dominante, não sendo uma agenda neutra, dá (LEE; MCINNES, 2012).

A narrativa dominante na saúde global, ainda, estabelece uma visão de externalidade às doenças infecciosas em relação aos países desenvolvidos. Assim, é dada a ênfase na origem das doenças quando vindas de países em desenvolvimento ou pouco desenvolvidos, notadamente de países da Ásia, como a gripe aviária e, recentemente, o novo coronavírus, da África, como o Ebola e a AIDS, e da América Latina, como a cólera e a influenza pandêmica.

As principais vítimas em potencial, também segundo essa narrativa, são as sociedades e os interesses ocidentais. É de acordo com tais parâmetros que são tomadas as decisões acerca da alocação de recursos para a saúde global (LEE; MCINNES, 2012).

A ausência de consenso sobre os conceitos fundamentais do debate em saúde global pode trazer efeitos deletérios para o desenvolvimento de políticas que visem a combater as principais ameaças que a saúde pública apresenta no início do século (LEE; MCINNES, 2012; FIDLER, 2005c). Da mesma forma, ao mesmo tempo em que as novas políticas em saúde global refletem mudanças concretas surgidas com a intensificação da globalização, a maneira como os agentes fazedores de política respondem a essas situações fazem da intersecção entre saúde e política externa um fenômeno discursivo (INGRAM, 2005). A Saúde Global, pois, está em movimento, e novas ameaças à saúde surgem para se somarem às antigas (FIDLER, 2004). A trajetória futura da política em saúde global, as respostas às ameaças sanitárias, a busca pelo acesso universal à saúde e as questões envolvendo a governança global em saúde são apenas alguns dos desafios que os diversos atores envolvidos na questão deverão enfrentar nos próximos anos (INGRAM, 2005; KOPLAN et al., 2008; LEE; MCINNES, 2012)

2.2 SAÚDE GLOBAL NO SÉCULO XXI: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

O século XXI trouxe consigo inúmeras oportunidades. Por um lado, os avanços tecnológicos e econômicos das últimas décadas tiveram enorme impacto na saúde global, com um declínio das taxas de mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida. Por outro, os desafios trazidos pela globalização, pelas crises econômicas e pela implementação de medidas neoliberais de austeridade mostram as enormes desigualdades que os números relativos às condições globais de saúde escondem. Dessa forma, os avanços trazidos pela ciência são insuficientes se não utilizados de maneira igualitária. À emergência e reemergência de doenças infecciosas, somam-se o agravamento das doenças crônicas e das condições causadas pelo estilo de vida moderno, como a obesidade e o tabagismo, e outros riscos que apenas uma ação global coordenada poderia atenuar, como as doenças causadas pela água não tratada, pela poluição do ar e pela subalimentação (BARRETO, 2017; BENATAR; SREENIVASAN, 2006).

Ao mesmo tempo, as indefinições acerca da governança em saúde global se consolidam como obstáculo para o enfrentamento dos desafios sanitários mundiais e na busca pelo acesso a saúde universal e igualitário (GARAY, 2011; KICKBUSCH, 2016). No ano 2000, a OMS lançou a *Global Outbreak Alert and Response Network*⁷ (GOARN), que

⁷ Em português: Rede Global de Alerta e Resposta a Surtos Epidêmicos.

consiste em uma ampla associação de instituições, incluindo universidades, institutos de pesquisa e organizações internacionais de saúde com o objetivo de aprimorar as medidas de monitoramento e de resposta a surtos de doenças infecciosas. Além disso, em 2005, a OMS atualizou o seu Regulamento Sanitário Internacional (RSI), lançadas em 1969. Desde o lançamento, o RSI incluía apenas a cólera, a peste bubônica e a febre amarela, em uma herança das principais preocupações sanitárias do século XIX e do início do século XX. Em 2005, a Organização inclui diversas outras infecções e visa a prevenir a disseminação internacional de doenças, incentivando o desenvolvimento de ações conjuntas entre os países a fim de melhorar as capacidades de monitoramento e resposta a surtos de infecções (ARMSTRONG-MENSAH, 2017).

Em 2016, a OMS lança o Programa de Emergência em Saúde, centralizando em um só programa todas as iniciativas anteriores de resposta a emergências. Os objetivos do Programa são no sentido de monitorar os riscos de surtos infecciosos previstos pelo RSI, bem como uniformizar e avaliar as capacidades nacionais de resposta a emergências, disponibilizando o compartilhamento de informações e suporte em operações e logística (WHO, 2016). Através do Programa de Emergência em Saúde, o escritório da organização na China notificou a sede do gerenciamento do Regulamento Sanitário Internacional sobre o surto de coronavírus em Wuhan, em dezembro de 2019, ativando os protocolos de gerenciamento de incidentes em um período de 24 horas (WHO, 2021a).

A baixa estruturação institucional da Organização Mundial da Saúde traz outros efeitos deletérios à saúde. A pouca ingerência da OMS nas formulações de políticas no âmbito da Organização Mundial do Comércio (OMC) faz com que barreiras sejam criadas a algumas ações importantes na saúde global. Os *Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*⁸ (TRIPS), de 1995, estabelece padrões de proteção de patentes, inclusive na indústria farmacêutica, setor onde a proteção tem duração de 20 anos. Da mesma maneira, os acordos de Barreiras Técnicas ao Comércio (TBT) estabelecem medidas em relação à exportação de produtos e insumos para a saúde, como medicamentos e equipamentos. Os países em desenvolvimento propuseram, em 2001, a flexibilização dos Acordos TRIPS, através da Declaração de Doha, argumentando a prioridade da saúde pública sobre o comércio internacional. A resposta norte americana e europeia, sedes majoritárias das empresas farmacêuticas e laboratórios, foi de desconsiderar os acordos com a OMC e passar a estabelecer acordos bilaterais e regionais, proporcionando, através de exigências de

⁸ Em português: Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio.

concessões por parte dos países em desenvolvimento partes dos acordos, proteção aumentada à propriedade intelectual dos medicamentos e fortalecendo a indústria farmacêutica (ALMEIDA, 2017; BUSS; FERREIRA, 2010).

Além das diversas ameaças diretas à saúde, listadas pelo Diretor Geral da OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, em relatório de 2020 (WHO, 2020a), as próprias maneiras de enfrentamento a essas questões representam um desafio para a Saúde Global no século XXI. Nos primeiros 15 anos do novo século, as iniciativas relacionadas à promoção e ao financiamento da saúde global tiveram um notável aumento. Novos mecanismos de governança apoiados pela sociedade civil passaram a contar com o apoio de doadores comprometidos em atingir os três Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados diretamente à saúde. Assim, diversas novas iniciativas, como o Fundo Global de Luta contra a AIDS, a tuberculose e a malária, a Aliança Global para Vacinas e Imunização e o UNAIDS, incentivados por novas abordagens como as apresentadas pela Fundação Bill e Melinda Gates (KICKBUSCH, 2016).

A Organização Mundial da Saúde foi criada em 1948 a fim de se consolidar como o organismo de liderança mundial nas questões de saúde. A Constituição da Organização explicita que, para a prática do objetivo de obter-se o "mais alto nível possível de saúde para todas as pessoas", a OMS agiria como "a autoridade diretora e coordenadora nos trabalhos internacionais em saúde" (WHO, 2020b, p.2, tradução nossa). A Organização tinha como ponto central a assistência técnica com o foco no controle e erradicação de infecções e, ao longo das primeiras décadas de existência, sua função de liderança foi possível graças ao suporte do *United Nations International Children's Emergency Fund*⁹ (UNICEF), cujas ações no âmbito da saúde, sobretudo a saúde materna e infantil, dispunham do financiamento e dos equipamentos necessários. Ambas as agências agiram de maneira colaborativa ao longo das décadas de 1950 e 1960 (HANRIEDER, 2016). Os esforços da OMS no combate a doenças infecciosas culminaram na erradicação da varíola, em 1979, em um programa conjunto com Estados membros, órgãos estatais dos Estados Unidos e da União Soviética (ARMSTRONG-MENSAH, 2017).

Durante a década de 1970, a "agenda do desenvolvimento" passou a ser prioritária na cooperação internacional, estabelecendo metas com o objetivo de proporcionar "desenvolvimento" (medido em termos de crescimento econômico, sobretudo) aos países não desenvolvidos, majoritariamente através de transferências verticais de recursos entre os Estados (KOEHLER, 2015). Objetivava-se, através de medidas de crescimento econômico,

⁹ Em português: Fundo das Nações Unidas para a Infância.

melhoramento da máquina pública, formulação de planos de desenvolvimento social e mobilização da máquina pública, atingir "bem-estar e felicidade não apenas para a geração presente, mas para as gerações vindouras" (UN, 1970, p.40, tradução nossa). Dentro desse contexto, surgem iniciativas como o UNDP, em 1965, a OCDE e a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, ambas em 1961. A Assistência Oficial para o Desenvolvimento, termo adotado a partir de 1969, oficializava as transações objetivando a promoção do desenvolvimento econômico e social nos países chamados "em desenvolvimento" (ALMEIDA, 2017).

A saúde, dentro desse contexto, passou a ser vista de maneira mais ampla, sendo definida como o "estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade" (WHO, 1978, p.1, tradução nossa). A abordagem dada às ações de saúde passa a não mais ser orientada primariamente ao tratamento de infecções, mas ampliada de maneira a priorizar as condições sócio-econômicas ligadas à saúde e ao bem-estar. A "agenda do desenvolvimento" ampliou a margem de ação de diversas iniciativas, permitindo o surgimento e o protagonismo de diversos novos atores, como o Banco Mundial, que passa a ser o maior financiador de ações internacionais de saúde, e a própria UNICEF, que passa a ter o seu próprio setor direcionado à saúde.

Também é nesse contexto que se organizam os chamados "países em desenvolvimento" na busca de uma nova ordem econômica internacional. Tendo como marco a Conferência de Bandung, em 1955, a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD), ou cooperação sul-sul, buscava aproximar países em desenvolvimento com condições sociais e econômicas semelhantes, buscando uma maior participação na economia e nos fóruns internacionais. Esses países, em conjunto, desenvolveram o Grupo dos 77¹⁰ (G77), que passou a ser a maior instituição internacional de articulação entre os países em desenvolvimento no âmbito da ONU. Através da cooperação sul-sul, o G77 passa a buscar uma nova forma de cooperação para o desenvolvimento, de maneira a se estabelecer como alternativa aos modelos tradicionais verticalizados entre países do Norte e países do Sul global. Através da Conferência das Nações Unidas sobre a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD), em 1978, a cooperação sul-sul ganha importância política, econômica e estratégica e, em decorrência disso, é estabelecida, também em 1978, a Unidade Especial para a Cooperação Sul-Sul, no âmbito do UNDP. O Plano de Ação de Buenos Aires

¹⁰ O G77 é ainda atuante no presente e, apesar de manter o nome, conta hoje com 131 países membros, dentre os quais o Brasil (Almeida, 2017a).

(PABA), do mesmo ano, institucionaliza a horizontalidade como base da CTPD (ALMEIDA, 2017a; BUSS; FERREIRA, 2010).

A proliferação de novos atores passa a ser uma característica definidora da governança em saúde (LEE; MCINNES, 2012) e, ao longo da década de 1990, a OMS passa a ser apenas uma das diversas agências voltadas à saúde global (HANRIEDER, 2016). A diversificação dos atores ligados à Saúde Global diminuiu a capacidade da OMS enquanto organismo líder. Os financiadores, estatais ou não, tendem a preferir agências com objetivos específicos e definidos, normalmente desenvolvidos condicionalmente ao financiamento. Tal realidade impactou decisivamente a capacidade de autonomia da OMS: em 2010, menos de 20% do financiamento da Organização era advinda das contribuições dos Estados membros, sendo o restante fruto de doações voluntárias majoritariamente pré-condicionadas a serem destinadas a um objetivo específico (WHO, 2010). A OMS passa a ser, no início do século XXI, um ator sem capacidade de liderança no campo prático da assistência técnica em saúde, funcionando, muitas vezes, como um intermediário de outros atores mais influentes, como a Fundação Bill e Melinda Gates, que, com frequência, exerce papel de principal financiador e de condutor das parcerias em saúde (HANRIEDER, 2016).

Em contrapartida à perda de proeminência na assistência técnica após a multiplicação dos atores envolvidos na Saúde Global a partir da instituição da "agenda do desenvolvimento", a OMS manteve inalterada a condição de destaque no domínio biomédico do monitoramento e da resposta a infecções (HANRIEDER, 2016). A Organização normalmente é a primeira instância a ser acionada pelos países no caso de surtos de doenças, e então passa a mobilizar e coordenar os esforços de diferentes grupos no combate à infecção. Além de agir como agente facilitador e diretor, a OMS também dispõe de profissionais especialistas para atuar nos locais atingidos (ZACHER; KEEFE, 2008).

Nesse sentido, o aumento do número de organismos envolvidos na promoção da saúde e o avanço das tecnologias de comunicação vistos sobretudo a partir da década de 1990 contribuíram para a consolidação da proeminência da OMS. As informações relativas a surtos de doenças costumavam ser exclusivamente geridas pelos países, que, muitas vezes, omitiam-na parcial ou totalmente a fim de evitar medidas deletérias à economia e ao turismo, por exemplo, exercendo um veto de soberania ao monitoramento da Organização dentro dos territórios nacionais. O surgimento de novos atores e tecnologias permitiu o contato com diferentes agentes e grupos engajados no compartilhamento de informações sanitárias. A nova dinâmica de compartilhamento de informações foi concretizada no desenvolvimento da GOARN. No surto de SARS, em 2003, a rápida detecção e resposta à infecção confirmaram a

consolidação da OMS como protagonista no monitoramento de doenças. Além disso, os alertas e recomendações emitidos pela Organização nem sempre foram ao encontro dos relatórios oficiais emitidos pelos países membros; em alguns casos, inclusive, a Organização se posicionou de maneira oposta a alguns países, como nas críticas feitas ao compartilhamento de informações pelo governo chinês e nos alertas relacionados a viagens ao Canadá (ZACHER; KEEFE, 2008; HANRIEDER, 2016).

Em consequência à maneira através da qual o monitoramento e a resposta foram geridos no surto de SARS, o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) foi revisto em 2005. O novo Regulamento, além de abordar diversos outros tipos de doenças, davam base legal à autonomia da OMS no monitoramento e na resposta a surtos infecciosos. A partir das informações compartilhadas por agentes não-estatais, o Diretor Geral da Organização passa a ter o poder de decidir se uma ameaça representa ou não uma emergência internacional de saúde. Essa decisão não é passível de veto de soberania por parte dos Estados membros (HANRIEDER, 2016).

Para Fidler, a inclusão oficial de agentes não-estatais na governança global em saúde, bem como a impassibilidade de veto por parte dos Estados a algumas decisões da OMS deflagram a transição para um regime "pós-Westfaliano" na Saúde Global. No regime "Westfaliano", vigente ao longo dos séculos XIX e XX, cabia exclusivamente aos Estados a decisão de medidas - conjuntas ou não - relativas à proteção sanitária, sendo eles os únicos atores legítimos na governança. Em um regime "Westfaliano", o papel da OMS seria o de compartilhar informações providas pelos Estados em relação a surtos de doenças infecciosas aos outros Estados membros, cabendo a eles a decisão quanto à adoção ou não de medidas restritivas. Durante a epidemia de SARS, no entanto, a OMS emitiu um alerta global e diversas recomendações direcionadas à população - e não aos Estados membros - relativas à segurança de viagens a alguns países, apesar de nem a Constituição da Organização, nem as Regulações Internacionais de Saúde vigentes concederem ao organismo esse poder (FIDLER, 2003).

Se, por um lado, a multiplicação de novos agentes e as mudanças na abordagem da saúde solaparam a capacidade e a autonomia da OMS no âmbito da assistência em saúde, por outro, a relação com esses novos agentes contribuíram para a consolidação da autonomia e da autoridade da Organização nas iniciativas de monitoramento e resposta a infecções (HANRIEDER, 2016). Ademais, as transformações surgidas na abordagem do organismo durante o surto de SARS, bem como a posterior reforma do RSI, transformam o exercício da soberania por parte dos Estados durante surtos de infecções, modificando os padrões de

governança da saúde global (FIDLER, 2004).

Apesar de o surto de SARS ter "marcado a emergência da OMS enquanto um ator mais influente na governança global" (INGRAM, 2005, p.532, tradução nossa), a Organização vem sendo alvo de críticas pela condução do enfrentamento da presente pandemia de COVID-19. Enquanto a Organização ressalta os esforços feitos na disponibilização de recursos técnicos, científicos e médicos (WHO, 2021b), muitos afirmam que o organismo falhou no exercício da liderança global em saúde, tornando-se instrumento político e propagandístico da China (FIDLER, 2020). A ação do Diretor-Geral, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, na definição do surto inicial em Wuhan como ameaça internacional de saúde pública foi vista por muitos como articulada de maneira leniente às medidas adotadas pelo governo chinês até então, supostamente medidas de omissão de informações e de violações dos direitos humanos (DAVIES; WENHAM, 2020; FIDLER, 2020).

As desigualdades na saúde global são "questões definidoras do século XXI" (SMITH; RAM, 2020, p. xii, tradução nossa). O financiamento em saúde pública é cerca de 100 vezes menor em países de baixo desenvolvimento do que nos países desenvolvidos, com uma diferença de 20 anos na expectativa de vida e taxas de mortalidade materna 60 vezes maiores nos primeiros. Simultaneamente, 80% do financiamento destinado à saúde pública é destinado aos países desenvolvidos, enquanto 19%, para os países de médio desenvolvimento e apenas 1% para os países de baixo desenvolvimento, apesar de o segundo grupo representar cerca de dois terços da população mundial e o terceiro grupo, cerca de 12%. A lógica tradicional da "agenda do desenvolvimento" é baseada em transferências verticais, dos países do Norte para os países do Sul global, ao mesmo tempo em que as instituições financeiras recomendam a expansão de medidas neoliberais de austeridade para os países receptores de auxílio, limitando os investimentos em infra-estrutura pública de saúde e bem estar. Ao mesmo tempo, acordos bilaterais visando à proteção das patentes dificultam o acesso de países de baixo desenvolvimento a medicamentos vitais. Da mesma maneira, as populações mais expostas aos desafios de saúde global do século XXI são aquelas dos países de baixo desenvolvimento (BARRETO, 2017; BUSS; FERREIRA, 2010; GARAY, 2011;).

No contexto da "crise do multilateralismo" (KICKBUSCH, 2016, p.183), as estruturas de governança em saúde global são postas à prova. Nesse momento, o surgimento de novas instituições, como o Banco Asiático de Investimentos em Infraestrutura e o Novo Banco de Desenvolvimento BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), e de iniciativas como a cooperação Sul-Sul, refletem um mundo cada vez mais multipolar que se distancia do domínio norte americano (KICKBUSCH, 2016).

Ao mesmo tempo, a pandemia da COVID-19 mostrou que novos mecanismos de governança além do RSI são necessários. Kickbusch e Leung defendem que esses novos mecanismos passam pelo fortalecimento político e de financiamento da OMS. Esse fortalecimento se daria através de uma reforma nos mecanismos de declaração de situações como ameaças internacionais de saúde pública, bem como em medidas de monitoramento das mídias convencionais e sociais em momentos de crises sanitárias, a fim de evitar a disseminação de informações falsas e ataques à ciência e a instituições. Ainda, os autores defendem que os meios atuais de financiamento não são suficientes para garantirem uma resposta rápida e satisfatória em condições de emergência. Finalmente, as medidas e recomendações da OMS em momentos de crises sanitárias precisam ter maior força vinculante, ou seja, sanções econômicas devem ser estabelecidas aos Estados membros não cooperantes (KICKBUSCH; LEUNG, 2020).

Todas essas novas questões devem ser consideradas para o enfrentamento dos desafios da saúde global no século XXI, e "esforços inteligentes, criativos, colaborativos e audaciosos devem ser perseguidos agora" (SMITH; RAM, 2020, p. xii, tradução nossa). Mesmo com o surgimento de novos fatores que influenciarão a governança em saúde, é necessário buscar alternativas aos modelos tradicionais de desenvolvimento, buscando um enfoque horizontal, buscando o desenvolvimento dos sistemas de saúde, com ênfase no longo prazo e nos determinantes sociais da saúde (BUSS; FERREIRA, 2010). É necessária uma "OMS renovada e firme, nem sempre tentando agradar a todos" (GARAY, 2011, p.417, tradução nossa) para que seja atingido o objetivo declarado na Constituição da Organização e o mais alto nível de saúde possa ser, de fato, gozado por todos.

3 SAÚDE E POLÍTICA EXTERNA NO BRASIL

Uma vez estabelecidos os condicionantes internacionais que culminaram no alçamento da saúde a uma temática global, o segundo capítulo busca localizar o Brasil dentro desse processo. Para isso, três unidades são desenvolvidas. Na primeira, objetiva-se tecer um breve panorama do histórico brasileiro nas relações internacionais envolvendo a saúde, destacando a presença do país nas organizações e o envolvimento do Brasil no campo da cooperação internacional. A segunda seção busca apresentar os principais atores internos envolvidos no processo da internacionalização da saúde, bem como a inter-relação entre eles no processo de decisão e elaboração das ações brasileiras na área. Finalmente, a terceira unidade do capítulo busca compreender de que maneira a saúde foi usada como instrumento de inserção internacional pelo Brasil. Para isso, faz-se um breve histórico das mudanças internacionais, regionais e nacionais que determinaram a mudança de postura na formulação da Política Externa Brasileira, bem como os condicionantes que dotaram a saúde de importância decisiva.

3.1 PASSADO E PRESENTE

O envolvimento do Brasil nas questões internacionais de saúde é antiga (ALMEIDA, 2017b). O envolvimento brasileiro nas questões sanitárias data da metade final do século XIX, no âmbito das conferências internacionais latinoamericanas realizadas entre 1873 e 1888. Se, na Europa, as Conferências Sanitárias Internacionais, que marcaram o início da cooperação entre os Estados a fim de se estabelecerem medidas conjuntas de ação face às questões de saúde, podem ser consideradas as precursoras da OMS, o mesmo pode ser dito em relação às conferências latinoamericanas e à OPAS (LIMA, 2002). A ineficiência dos sistemas internacionais tradicionais de saúde pública motivaram os encontros americanos, uma vez que a fragmentação das medidas adotadas até então obstaculizavam o comércio entre os países da região e eram, muitas vezes, ineficazes (CUETO, 2006). Assim, a preocupação acerca dos impactos das questões sanitárias no comércio também motivaram, na América, uma ação conjunta entre os Estados, no intuito de estabelecer medidas padronizadas de quarentena e saneamento, sobretudo, em um primeiro momento, voltadas à proteção do comércio de carne e couro da Argentina e do Uruguai em relação à febre amarela vinda do Brasil nos navios (BIRN, 2006).

A primeira das conferências ocorreu em 1876, a partir da iniciativa argentina de formular políticas de controle sanitário, sobretudo em relação à febre amarela, com o Uruguai. A febre amarela, epidêmica na região, era associada à imigração, acreditando-se, à época, que os migrantes eram mais suscetíveis à doença. Em um primeiro momento, o Brasil não foi

convidado para a conferência, fato motivado pelas rivalidades argentinas em relação ao Império, por conta da Guerra do Paraguai, e pela presença endêmica da febre amarela no território brasileiro. A forte influência exercida pelo Brasil na política e na economia uruguaia deram um lugar ao Império no encontro, realizado em Montevideu, com a presença de diplomatas e médicos dos Estados envolvidos. Da primeira conferência resultou uma convenção relativa à cólera, à febre amarela, à peste e ao tifo, assinada pelos delegados dos três países, mas não ratificada por nenhum dos Estados, evidenciando a rivalidade entre Brasil e Argentina, sobretudo em um contexto de disputa por mão de obra advinda do fluxo migratório (LIMA, 2002; CHAVES, 2013).

Em 1887, uma nova conferência entre os três Estados foi promovida, em virtude da medida brasileira que fechava os portos nacionais aos navios vindos da Argentina e de outros portos infectados pela cólera. Tal medida teve impacto importante na economia platina, sobretudo no comércio de charque, do qual o Brasil era o principal comprador. Assim, foi organizada a segunda conferência, dessa vez no Rio de Janeiro, com o propósito de elaborar-se uma convenção determinando uma legislação conjunta sobre a fiscalização sanitária dos portos. A nova convenção, assinada e ratificada pelos três países, previa a criação de instituições sanitárias nos portos e a contratação, através de concursos públicos, de médicos que fiscalizariam os atracadouros e os navios de passageiros. A interrupção do comércio de charque por motivos supostamente sanitários, por parte do Brasil, visava a prejudicar a imagem da saúde pública dos países vizinhos, a fim de atrair mais imigrantes para o território brasileiro, bem como buscava incentivar o comércio do charque produzido no Rio Grande do Sul, evidenciando disputas políticas nas medidas (CHAVES, 2013). De fato, uma comissão médica foi designada, durante a conferência, para estudar a possibilidade de a cólera ser transmitida através da carne - hipótese que foi, posteriormente, descartada. O fato de a segunda conferência contar com uma unidade médica independente da unidade diplomática denota as transformações pelas quais a profissão, o ensino médico e a própria ciência passavam na época (LIMA, 2002; CHAVES, 2013).

Apesar da inspiração europeia para a adoção das conferências e para a elaboração de convenções sanitárias, os médicos brasileiros adaptavam as experiências ao contexto local e regional. Os temas abordados, pois, eram nacionais e, ao mesmo tempo em que a ciência se desenvolvia através da presença estatal, ela também servia para legitimar o Estado (SALDAÑA, 1999). Ainda assim, apesar da crescente independência da ciência médica na época, é possível que os médicos designados para debater as questões, na segunda conferência, tenham sofrido pressões por parte dos respectivos governos, a fim de minimizar

os impactos comerciais. Assim, as questões envolvendo o comércio de carne platina e a migração europeia foram os pontos centrais nos posicionamentos e, portanto, o congresso de 1887 buscava, antes, "resolver questões político-econômicas, e não problemas sanitários e higiênicos entre esses países" (CHAVES, 2013, p. 428). Da conferência, resultaram uma Convenção entre Argentina, Uruguai e o Império brasileiro, e o Regulamento Sanitário Internacional.

Com a crescente influência dos Estados Unidos sobre os outros países da América, foi realizada em Washington, entre 1889 e 1890, a Primeira Conferência Internacional Americana, reunindo todos os países das Américas, com exceção da República Dominicana. Durante a Conferência houve a transição do império para a república, no Brasil. Tal fato foi determinante para que o posicionamento brasileiro passasse a se alinhar ao argentino e ao americano, valorizando os ideais pan-americanistas em detrimento da ligação com os ideais europeus presente no Império (SANTOS, 2004). As discussões em relação à adoção comum de um regulamento sanitário resultaram na recomendação de que as nações adotassem as Convenções Sanitárias do Rio de Janeiro, de 1887, firmada entre Brasil, Argentina e Uruguai; e de Lima, de 1888, firmada entre Bolívia, Chile, Equador e Peru, ambas estabelecendo medidas sanitárias conjuntas entre os signatários, visando, sobretudo, a proteção do comércio (CHAVES,2013).

A criação da Oficina Sanitária Internacional - que viria a se tornar a Organização Pan-Americana de Saúde - em 1902, definiu os procedimentos de notificação de enfermidades e de compartilhamento de informações entre as nações, bem como a adoção de conferências sanitárias periódicas e o estabelecimento de uma oficina permanente em Washington. Nos anos seguintes, as reuniões da Organização viriam a elaborar propostas de medidas conjuntas de quarentena no continente, bem como um Código Sanitário Marítimo Internacional, que passaria a ser o Código Sanitário Pan-Americano. O documento estabelecia medidas com os objetivos de prevenir a propagação internacional de infecções, estimulando medidas cooperativas para impedir a introdução das doenças nos territórios nacionais. Ainda, buscava-se unificar os dados estatísticos relativos à saúde entre os países, a fim de melhorar o compartilhamento de informações referentes à saúde pública. Como medida de cooperação técnica, instituiu-se a presença de funcionários cedidos pelos países à Organização, a fim de colaborar com a elaboração das medidas de saúde pública nos países signatários (CHAVES, 2013).

A proposição, na VIII Conferência, de centralização nacional da autoridade sanitária dos países veio ao encontro das discussões já estabelecidas no Brasil desde o início do século.

Os surtos de febre amarela e de cólera deram início a uma campanha nacional de reforma sanitária, envolvendo nomes de destaque das elites intelectuais brasileiras, em um movimento crítico à maneira descentralizada da República, que impedia a coordenação em nível federal do enfrentamento às epidemias no país. A campanha, cujos principais objetivos incluíam a criação do Ministério da Saúde, culminaram na fundação de uma Liga Pró-Saneamento do Brasil. Também nesse contexto surgem o Instituto Butantã, em São Paulo, e o Instituto Soroterápico Federal, que viria a se tornar a Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro (CHAVES,2013)Assim, através da nacionalização dos temas da saúde e do saneamento, obteve-se "um certo consenso das elites intelectuais e de parte das elites políticas, quanto à necessidade de uma ação mais vigorosa no combate às endemias rurais" (HOCHMAN, 1993, p.48).

Os debates acerca das reformas dos sistemas de saúde ocorriam em diversos países, à época. O final da Primeira Guerra Mundial levou os países europeus e os Estados Unidos a rediscutir as formas de estruturação do Estado, e projetos de criação de Ministérios da Saúde surgiam nesses países. Paralelamente, a concepção brasileira envolvida no movimento sanitaria era calcada em um projeto nacional dedicado ao "saneamento dos sertões". A criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) introduz um Fundo Sanitário Especial destinado às medidas profiláticas no meio rural, fomentando a criação de regulamentações e organizações estatais e aumentando a extensão do poder público. A Fundação Rockefeller também participava da reforma médica no Brasil, sobretudo através de programas de intercâmbio e de cooperação no ensino médico. Dessa forma, através da percepção da doença como causa do "atraso brasileiro", o movimento sanitaria do início do século XX contribuiu com o projeto ideológico de construção nacional, ao mesmo tempo em que gerou uma reforma no ensino médico e expandiu a ação do Estado no território nacional (CHAVES, 2013; HOCHMAN, 1993; SANTOS, 1985).

Ao longo das décadas de 1930 e 1940, o papel do Brasil nos fóruns internacionais de saúde pública foi marcante (ALMEIDA, 2017b). O país passou a ter mais destaque na OPAS, processo que culminou com a eleição de João de Barros Barreto, diretor do DNSP, para a posição de vice-diretor da Organização, em 1938. As ações de combate à febre amarela, o incentivo à vacinação contra a varíola e o fato de ter sido pioneiro no ensino da área da saúde mental e na constituição de uma sociedade voltada à área foram celebrados na OPAS. O Estado Novo, sobretudo a partir da criação do Ministério de Educação e Saúde, em 1930, passa a ampliar a atenção dada à imagem pública relacionada às políticas sociais, sobretudo à saúde, desenvolvendo amplo mecanismo de divulgação dessas conquistas, destacadas na

Exposição Pan-Americana de Higiene (CHAVES, 2013).

No imediato pós-Segunda Guerra Mundial, a criação da OMS - a partir de sugestão apresentada pela delegação brasileira em conjunto com a chinesa, na conferência de São Francisco, em 1945 - apresentou mudanças que viriam a impactar a relação do Brasil na saúde internacional. Programas de cooperação passaram a ser implementados com maior ênfase, concretizados na criação do Instituto de Nutrição do Centro América e Panamá e do programa de bolsas de estudo em universidades norte-americanas, incentivadas pela OPAS e financiadas pela Fundação Rockefeller. No Brasil, novos programas surgiam com o intuito de consolidar o sistema de ensino superior, como o Conselho Nacional de Pesquisa (CNP) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), ambos criados em 1951. A OPAS, sem perda de identidade, passa a funcionar como oficina regional para a saúde nas Américas, vinculada à OMS (ALMEIDA, 2017b; CHAVES, 2013). Como resposta às novas dimensões que a saúde internacional tomava, em 1950 é criada a Comissão de Saúde Internacional, no âmbito do Ministério da Educação e Saúde (BARBOSA FILHO, 2018).

Com a criação da OMS, uma nova perspectiva para a saúde pública foi estimulada. Passam a ser incluídos à pasta prioritária, no âmbito da OPAS, tópicos como a organização dos serviços nacionais de saúde, a saúde dos trabalhadores, as migrações, a alimentação e as questões referentes à saúde materno-infantil. A formação profissional passa a ser mais valorizada e uma área de desenvolvimento de recursos humanos é estabelecida na Organização. Com a eleição do brasileiro Marcolino Candau como diretor geral da OMS e da criação da Organização dos Estados Americanos (OEA), a OPAS passa a ser a formalmente reconhecida como a agência especializada de saúde das Américas, inaugurando uma sede própria com o financiamento do governo norte-americano e da Fundação Rockefeller. Novos centros pan-americanos foram criados, como o Centro Pan-Americano de febre aftosa, estabelecido no Rio de Janeiro, incentivando a cooperação técnica entre os países. Nesse contexto, firmam-se ações de cooperação entre o DNSP, através da Fundação Oswaldo Cruz e do Serviço Nacional de Febre Amarela, e a Repartição Sanitária Pan-Americana, a fim de compartilhar a experiência brasileira no combate à febre amarela com os outros países da região. Também é desenvolvido o Programa de Higiene Materno-Infantil, em cooperação com a UNICEF (CHAVES, 2013). Data, ainda, de 1953 a criação do Ministério da Saúde no Brasil, em seus moldes atuais (BARBOSA FILHO, 2018).

Durante a década de 1960, a ascensão da "agenda do desenvolvimento" no âmbito internacional tem repercussões no Brasil, com o desenvolvimento da corrente do "sanitarismo desenvolvimentista" no pensamento em saúde pública. Somada às críticas da Comissão

Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL) em relação ao conceito de desenvolvimento que não abordava mudanças estruturais na sociedade, o sanitarismo desenvolvimentista associava o nível de saúde da população ao desenvolvimento econômico e estrutural nacional. O economista sueco Gunnar Myrdal, influente no pensamento do desenvolvimentismo à época, condiciona o desenvolvimento dos programas de saúde nacionais a outros programas simultâneos visando à redução da pobreza, à melhoria da alimentação e da produção agrícola, e à educação (MYRDAL, 1971). Assim, a OPAS passa a estabelecer medidas de desenvolvimento estrutural para a obtenção de melhores níveis de saúde, evidenciado através dos projetos de metas de ampliação ao acesso à água potável entre os países latinoamericanos (CHAVES, 2013; PIRES-ALVES et al., 2010).

Ao longo das décadas de 1960 e 1970, as ações de cooperação da OPAS e da OMS no Brasil foram direcionadas à erradicação de doenças através de campanhas de vacinação. O fato de o Brasil ser o único país das Américas a ainda sofrer com a endemia de varíola levou à criação da Campanha de Erradicação da Varíola, por Decreto Federal, e em consonância com a OMS. As duas Organizações prestaram auxílio ao país através da produção e do controle das vacinas e equipamentos de vacinação. A campanha, ainda, baseou-se no trabalho conjunto das secretarias estaduais de saúde sob a vigilância sanitária da Fundação SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), e a experiência logística contribuiu para os futuros planos de vacinação contra a poliomielite (1971-1973) e a meningite meningocócica (1975), bem como para o desenvolvimento do Programa Nacional de Imunizações (1973). Os auxílios técnicos de manutenção de medicamentos e equipamentos providos pelo Programa Ampliado de Imunização da OPAS/OMS foram de extrema importância para o desenvolvimento dos programas brasileiros (CHAVES, 2013).

Da mesma forma, a reforma do ensino médico foi marco importante nas relações de cooperação em saúde do Brasil. A partir do Seminário de Viña del Mar e Tehuacan, no Chile, a OPAS passa a intensificar as ações de formulação de programas de ensino da chamada "Medicina Preventiva", que preconizava "uma abordagem médico-social da saúde como objeto político de reflexão e ação superando as visões biológica e ecológica" (ESCOREL, 1999, p.182). Assim, a OPAS define, através de um comitê reunido em Washington, os objetivos e práticas do ensino da Medicina Preventiva nas instituições de ensino médico da América Latina, influenciada mormente pelas escolas médicas norte-americanas. É nesse contexto que surge o primeiro curso de Medicina Social na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, em 1973, e, posteriormente, os departamentos de Medicina Preventiva da Universidade de Campinas e da Universidade de São Paulo, bem como a Escola Nacional de

Saúde Pública, na Fundação Oswaldo Cruz. Arouca (1975) argumenta que a Medicina Preventiva assume a forma de um movimento social e estabelece um campo de relações de dependência ao estabelecer a América Latina como espaço social do discurso hegemônico americano, colocando "o profissional médico como agente de mudança das condições de saúde, esquecendo-se, em primeiro lugar, de relacionar estas condições de saúde ao desenvolvimento das forças produtivas nos países periféricos" (NAVARRO, 1973, *apud* AROUCA, 1975, p.99).

Em 1964, é criado, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão de Assuntos Internacionais, "composta pelos diretores nacionais do ministério e por representantes da OMS, da OPAS e do Ministério das Relações Exteriores" (BARBOSA FILHO, 2018, p.18). No contexto internacional, o surgimento da CTPD influencia as práticas de cooperação entre os países latinos, na busca de uma abordagem mais horizontal. É nesse contexto que é celebrado um acordo de cooperação técnica em recursos humanos para a saúde entre o governo brasileiro e a OPAS, desenvolvendo o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal em Saúde (Ppreps). O programa visava a "ajustar a formação de recursos humanos para a saúde no país às necessidades do recém criado Sistema Nacional de Saúde" (PIRES-ALVES et al., 2010, p. 69), de maneira adaptada às realidades socioeconômicas de cada região do país, tendo importante papel na Reforma Sanitária Brasileira efetivada no âmbito do II Plano Nacional de Desenvolvimento, de 1975 (ALMEIDA, 2017b). Apesar de o Brasil não ter comparecido à conferência de Alma-Ata, em 1978, os princípios de universalidade e intersetorialidade da saúde, bem como as ideias de universalidade concretizadas no encontro influenciaram o movimento sanitarista brasileiro (REZENDE, 2018). A colaboração entre o governo brasileiro e a OPAS é hoje percebida como "uma possível matriz para novas experiências no contexto da cooperação Sul-Sul" (PIRES-ALVES et al., 2010, p. 69).

As instabilidades internas trazidas pelo processo de redemocratização impactaram a credibilidade internacional do Brasil. Paralelamente, as transformações na ordem mundial levaram a uma retração das atividades de cooperação internacional. Ainda assim, em 1987 foi criada a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), no âmbito da Fundação Alexandre de Gusmão (FUNAG), junto ao Ministério das Relações Exteriores (MRE), objetivando centralizar a coordenação dos projetos de cooperação técnica internacional do Brasil. Em 1993, foi desenvolvida a Assessoria de Assuntos Especiais de Saúde que, dois anos depois, passou a ser chefiada por diplomatas de carreira, aumentando os mecanismos de interação entre o Ministério da Saúde e o MRE. No cenário de instabilidade do início da década de 1990, com o impeachment do presidente Collor de Mello, um panorama de indefinições

definia a política externa (ALMEIDA, 2017b). A condução da política externa de Mello se baseava na "aceitação sem contrapartida das forças economicistas da globalização, seguindo de perto a onda neoliberal", enquanto as política praticadas por seu sucessor, Itamar Franco, tentavam "revalorizar a dimensão nacional e a soberania nas negociações internacionais, sustentando, ao mesmo tempo, o respeito das instituições multilaterais" (MILANI, 2011, p.79). Nesse contexto surgem novos espaços de integração, como o Mercosul (Mercado Comum do Sul) e o Nafta (Tratado Norte-Americano de Livre-Comércio).

A atuação internacional do Brasil passa a receber nova abordagem a partir do início da década de 1990, no contexto da pós-bipolaridade e com a crescente pluralidade de atores envolvidos. Em 1995, é criado o Departamento de Direitos Humanos e Temas Sociais do Ministério das Relações Exteriores, denotando a importância dada ao tópico social no desenvolvimento. Da mesma forma, é recriada a unidade responsável por temas internacionais no Ministério da Saúde, que passaria a ser chamada de Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA), que contava com a presença de diplomatas de carreira, aproximando o diálogo entre o Ministério da Saúde e o MRE (REZENDE, 2018), denotando um processo de institucionalização da saúde na agenda da política externa brasileira, em resposta aos desafios da globalização (BARBOZA; PINHEIRO; PIRES-ALVES, 2017).

O Brasil também teve papel importante nas ações que visavam à ampliação do acesso aos medicamentos, com iniciativas no sentido de flexibilizar as barreiras de patente estabelecidas pelos TRIPS, sobretudo nos medicamentos destinados ao tratamento da AIDS. Ainda na mesma década, os projetos de cooperação em saúde passaram a envolver, sobretudo, os países em desenvolvimento, exemplificado pela importância dada ao tópico na criação da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), e pela Reunião de Ministros da Saúde no âmbito do Mercosul (REZENDE, 2018).

Em relação ao combate à AIDS, o programa brasileiro, que envolvia a distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais, foi considerado como modelo pela OMS e classificado como o mais avançado e de maior alcance entre os programas do tipo nos países em desenvolvimento (REZENDE, 2018; BRASIL, 2001). As ações brasileiras na defesa ao acesso aos medicamentos culminaria na criação da UNITAID, em 2006, desenvolvida junto à OMS e conjuntamente entre Brasil, Chile, França, Noruega e Reino Unido, a fim de financiar a compra de medicamentos e de procedimentos relativos à AIDS, à malária e a tuberculose nos países em desenvolvimento. Também fez parte do posicionamento brasileiro a produção nacional de medicamentos genéricos contra o HIV, através de licenciamento compulsório das patentes desses fármacos, prevista pela legislação brasileira. Tal iniciativa levou ao

estabelecimento de uma Comissão sobre Direitos de Propriedade Intelectual, Inovação e Saúde Pública, com o apoio de diversos países em desenvolvimento (REZENDE, 2018; PINHEIRO; PIRES-ALVES, 2017). Também no âmbito das ações de combate à AIDS, a Rede Laços Sul-Sul, instituída em 2005, previa "além da elaboração conjunta de estratégias para o desenvolvimento, a doação de antirretrovirais de primeira linha fabricados no Brasil para o combate ao HIV/AIDS nos países participantes da iniciativa" (MACHADO; ALCÂNTARA, 2018, p.258).

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo desenvolvido no Brasil também foi considerado modelo pela OMS. O Programa foi criado em 1989, no âmbito do Instituto Nacional de Câncer, ligado ao Ministério da Saúde, e as experiências adquiridas contribuíram para a liderança do Brasil na implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, em 2003, sendo o primeiro tratado de saúde pública formulado pela OMS. As iniciativas incluem medidas de redução do fumo e de desenvolvimento de alternativas sustentáveis ao cultivo do tabaco, além de ressaltar a importância das ONGs em conjunto com o governo na busca pelos resultados (REZENDE, 2018).

Os avanços internos no estabelecimento de bancos de leite humano também pautaram a ação internacional brasileira. A expansão dos bancos internos ocorrida a partir de 1985 e o desenvolvimento da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano estabeleceu no Brasil a "maior e mais complexa Rede de Bancos de Leite Humano do mundo" (FIOCRUZ, 2019, p.18), tendo beneficiado mais de 2,7 milhões de recém nascidos entre 2000 e 2019. Os avanços possibilitaram a cooperação internacional e, com o apoio da OPAS, a rede brasileira se ampliou para os demais países americanos, e a experiência adquirida contribuiu para o apoio técnico para o desenvolvimento de bancos de leite humano em outros 19 países, nas Américas, na África e na Europa (BARRETO, 2018; FIOCRUZ, 2019).

A partir da priorização das ações de cooperação Sul-Sul, sobretudo buscando maior aproximação com os países da África e da América do Sul, o Brasil passa a praticar a chamada "cooperação estruturante em saúde", buscando desenvolver capacidades estruturais para o desenvolvimento (ALMEIDA et al., 2010). Essa abordagem visa a fortalecer os sistemas dos países parceiros, contribuindo para a construção de capacidades locais e para a geração de conhecimento, conferindo autonomia e colocando o próprio país como protagonista de suas reformas de saúde. Assim, as principais iniciativas brasileiras passam a se direcionar à formação de recursos humanos e capacidades voltados ao ensino, pesquisa e serviços, para "o fortalecimento (ou criação) das instituições estruturantes do sistema de saúde, tais como ministérios da Saúde, escolas de saúde pública [...]", de maneira a

desenvolver redes de apoio aos "esforços de estruturação e fortalecimento dos seus respectivos sistemas de saúde" (ALMEIDA, 2017, p.518).

É a partir desse novo posicionamento que são conduzidas as ações de cooperação no âmbito da CPLP e da União de Nações Sul-Americanas (Unasul), formalizadas no Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS/CPLP) e na Agenda de Saúde Sul-Americana, respectivamente. A busca da horizontalidade e da construção local de capacidades, através dos ministérios da saúde dos países, busca ampla articulação entre os diferentes atores, na busca de ações adaptadas às realidades de cada país, considerando as metas de avanço nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, no caso da CPLP (ALMEIDA, 2017b). Também nesse contexto surgem novas iniciativas de cooperação em saúde em meios como a Comunidade Andina das Nações, o Sistema Centro-Americano, a Comunidade do Caribe e os BRICS. Tais vias de ação ganham importância em um momento em que crescem as barreiras e diminuem as assistências internacionais para o desenvolvimento por conta das crises financeiras. Apesar do compromisso dos países desenvolvidos em aplicar cerca de 0,7% do produto interno bruto à ajuda externa, a fim de atingir os Objetivos do Milênio até 2015, a proporção da contribuição, em 2005, era de apenas 0,24% (BUSS; FERREIRA, 2010).

É digno de nota, também, as ações brasileiras no comando militar da *Mission des Nations Unies pour la stabilisation en Haïti* (MINUSTAH)¹, em 2004. Central às ações de estabilização e de fortalecimento das instituições haitianas era a concepção da saúde pública como parte fundamental do processo de desenvolvimento do país. Assim, desde 2004, o Ministério da Saúde brasileiro, através da AISA e em constante diálogo com a ABC e o MRE, é um dos principais agentes da cooperação brasileira no Haiti, no intuito de compartilhar as experiências do Brasil na reestruturação sanitária. Além da ação local através da MINUSTAH, o Brasil implementou medidas de aprimoramento do Programa Haitiano de Imunizações, de combate à violência contra as mulheres no Haiti, de criação de um banco de leite humano no país e de cooperação humanitária direta, através da doação de medicamentos, vacinas e alimentos. Em 2010, o terremoto que atingiu o Haiti vitimou mais de 200 mil pessoas, desabrigou mais de um milhão e destruiu as capacidades de saúde do país. Instaurou-se, a partir daí, a ação de Cooperação Tripartite Brasil-Cuba-Haiti, a fim de prestar auxílio para a reestruturação do sistema de saúde haitiano. O projeto foi coordenado, no Brasil, pelo Ministério da Saúde, através da AISA, em parceria com a ABC, além de terem sido

¹ Em português: Missão das Nações Unidas para a Estabilização do Haiti. Apesar da enorme importância na reestruturação do Haiti, a MINUSTAH foi denunciada na Comissão Inter-americana de Direitos Humanos por violações dos direitos humanos e, inclusive, por ter dado início a surtos de Cólera no país.

estabelecidos convênios com a Fundação Oswaldo Cruz, as Universidades Federais do Rio Grande do Sul (UFRGS) e de Santa Catarina (UFSC), e parcerias com o UNDP, a OPAS/OMS e o *United Nations Office for Project Services*² (UNOPS) (LUZ, 2018).

O governo Dilma Rousseff não deu continuidade completa à agenda internacional desenvolvida pelo seu antecessor. O cenário interno e externo eram menos favoráveis e, apesar de, formalmente, seguir buscando parcerias alternativas ao modelo Norte-Sul, houve visível redução de proatividade e consequente perda de protagonismo na política global, tornando os movimentos brasileiros na esfera internacional de caráter reativo. A presidente mostrou preferência pela resolução dos problemas internos e pouco interesse por temas externos, reduzindo a diplomacia presidencial (ALMEIDA, 2017b; SARAIVA, 2014). Assim, houve a implementação de uma agenda de cooperação que internalizava as iniciativas de política externa, passando o Brasil a atuar como doador, sobretudo com os países menos desenvolvidos. Em relação à América do Sul, não houve o mesmo interesse de articulação de uma liderança regional. Na África, houve, inicialmente, aumento de alguns projetos de cooperação, mas, a partir de 2011, o orçamento da ABC passou a recuar, tornando sua ação limitada (ALMEIDA, 2017b).

Apesar de certo distanciamento em relação aos temas da cooperação internacional em saúde, algumas novas iniciativas foram desenvolvidas. A partir de 2013, o Brasil passa a desenvolver, em parceria com Cuba e com a OPAS, o Programa Mais Médicos, que visava à melhor distribuição dos profissionais atuantes no Sistema Único de Saúde (SUS), em âmbito nacional. O Programa, de grandes proporções, previa a integração de médicos cubanos no sistema de saúde brasileiro (RAMALHO FILHO; LIMA, 2018). Ainda, o país participou, em 2016, nas iniciativas da Década de Ação das nações Unidas para a Nutrição e, em 2017, lança o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, baseado nas estratégias OMS, e inspirando o desenvolvimento da Rede de Pesquisa em Tuberculose do BRICS (REZENDE, 2018). Além disso, o país patrocinou ou co-patrocinou resoluções definidas no âmbito da Assembleia Mundial da Saúde, apoiando o plano global de enfrentamento à resistência aos antimicrobianos. Ao mesmo tempo, no âmbito regional e através da OPAS, o Brasil defendeu a construção de sistemas universais de saúde entre os países membros (IPEA, 2018).

As ações de cooperação "declinaram já no governo Dilma" e adquiriram "contornos dramáticos no imponderável governo Temer, curto no tempo e nas ambições políticas" (BUSS, 2018, p.1887). Da mesma forma, se, nas últimas décadas, o perfil brasileiro mudou de

² Em português: Escritório das Nações Unidas para Projetos.

"país essencialmente receptor de cooperação para um ativo doador de cooperação" (ALMEIDA, 2017, p.517), essa tendência passa a retroceder a partir de 2012. A guinada conservadora em curso nos países da América do Sul coloca em xeque as iniciativas de cooperação internacional. Apesar disso, as experiências desenvolvidas na associação entre a política externa e o desenvolvimento interno da saúde não foram perdidas, e o estudo das ações dos principais atores nacionais envolvidos no processo, a ABC/MRE, a AISA e a FIOCRUZ, é importante para a retomada ativa dos processos de cooperação em saúde no Brasil (BUSS, 2018; ALMEIDA, 2017; REZENDE, 2018; AVELHAN, 2017).

3.2 OS AGENTES NACIONAIS DA DIPLOMACIA DA SAÚDE

No Brasil, as principais instituições envolvidas nos processos de projetos de internacionalização da saúde, através da cooperação Sul-Sul, são a Agência Brasileira de Cooperação, vinculada ao MRE, o Ministério da Saúde através da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (AVELHAN, 2017). Essas três instituições, majoritariamente através de ações conjuntas, buscam praticar a chamada "diplomacia em saúde", definida como os "processos de negociação em múltiplos níveis e entre múltiplos atores que moldam e gerenciam o ambiente político da saúde global" (KICKBUSCH et al., 2007, p.230, tradução nossa).

Como referido anteriormente, as mudanças no ambiente internacional surgidas sobretudo a partir da década de 1990, envolvendo múltiplos atores e novos mecanismos na saúde global como consequências da globalização acelerada e do término da bipolaridade, apresentaram-se como cenário de oportunidade para uma maior participação do Brasil nas dinâmicas do poder global (ALMEIDA, 2017a; 2017b). Da mesma forma, o ambiente político-sócio-econômico interno brasileiro, atravessando o processo de redemocratização após anos de ditadura militar, propiciou uma maior aproximação da sociedade civil na formulação da condução da política externa (GIACCAGLIA, 2010; CARSON; POWER, 2006). Uma vez que a saúde passa a figurar, regularmente, entre as principais áreas de atuação do Brasil no âmbito da cooperação Sul-Sul (IPEA, 2018), faz-se importante a familiarização com o perfil histórico e com os mecanismos de interação envolvendo a ABC, a AISA e a Fiocruz, nos processos de condução das ações brasileiras internacionais em saúde.

A Agência Brasileira de Cooperação surge em 1987, integrada à Fundação Alexandre de Gusmão (FUNAG), com a responsabilidade de articulação entre países, órgãos e entidades nacionais e internacionais envolvidos em programas de cooperação técnica internacional. Caberia à ABC, também, a operação dos programas de cooperação, em todas as áreas de

conhecimento, aprovados pelo MRE, além do acompanhamento desses projetos e do auxílio à União quanto à elaboração orçamentária (BRASIL, 1987). No discurso de criação da Agência, o então presidente José Sarney enfatizou a importância dada pelo Brasil às relações Sul-Sul, ressaltando que os objetivos da ABC não seriam no sentido de desenvolver projetos de cooperação nos moldes tradicionais praticados pelos países desenvolvidos, mas sim de compartilhar os avanços internos brasileiros com parceiros na América Latina, no Caribe, na África, no Oriente Médio e na Ásia (FUNAG, 2008). A ABC, pois, atua a partir do conceito de "parceria para o desenvolvimento", baseado no compartilhamento de esforços e benefícios, e alinhado ao Plano de Ação de Buenos Aires, de 1978, que define a cooperação Sul-Sul e incentiva a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (FONSECA; BUSS, 2017).

A ABC foi uma das primeiras agências de cooperação técnica internacional entre os países em desenvolvimento. Ao longo dos primeiros anos desde sua fundação, a posição do Brasil no sistema internacional de cooperação paulatinamente se alterava, afastando o país dos critérios necessários para ser um receptor de determinados benefícios no âmbito da ajuda oficial ao desenvolvimento, mudança proporcionada pelos recentes avanços econômicos e sociais observados no país. Durante a primeira metade da década de 1990, o UNDP foi importante parceiro da ABC, contribuindo para a formação e capacitação dos funcionários, com o objetivo de fortalecer institucionalmente a Agência para, futuramente, unificar a administração dos projetos de desenvolvimento. Para isso, em 1990, foi criada a Unidade de Administração de Projetos, com o apoio do UNDP (MILANI, 2017).

A partir de 1996, a ABC passa a ser parte da Secretaria Geral de Relações Exteriores do MRE, deixando o vínculo com a FUNAG. Foram, também, atribuídas novas funções à Agência, que passa a coordenar, negociar, aprovar e avaliar a cooperação para o desenvolvimento em todas as áreas do conhecimento, recebida e praticada pelo Brasil. Compete, também, à ABC a administração dos recursos financeiros nacionais e internacionais direcionados aos projetos (BRASIL, 1996). A partir do início do século XXI, o orçamento da Agência passa a aumentar significativamente, indo de cerca de 470 mil reais, em 2001, para cerca de 32 milhões em 2007, passando a representar maior porcentagem na divisão dos recursos do MRE e passando a contar com recursos orçamentários próprios. Também se multiplicou o número de parceiros do governo brasileiro, passando de 21 países, em 2002, para 98 em 2013, sendo priorizados os países da América Latina e da África (MILANI, 2017).

A capacidade de execução de projetos da ABC foi impactada de maneira importante por conta dos contextos interno e externo a partir de 2012. A crise financeira e a

desvalorização cambial, somadas à crise política vivida no segundo mandato da presidenta Dilma Rousseff fizeram com que os recursos destinados à Agência diminuíssem. Ademais, o envolvimento da presidente na política externa era sensivelmente menor do que o de seus antecessores. Assim, os anos de 2013 e 2014 são de instabilidade institucional na Agência (MILANI, 2017).

Quanto à Fundação Oswaldo Cruz, a instituição foi criada em 1900, no contexto de surtos de febre amarela e varíola, inicialmente como Instituto Soroterápico, sob a direção técnica do médico Oswaldo Cruz. Desde a sua criação, a Fiocruz desenvolveu "grande capacidade de captação de assistência técnica internacional que permitisse expandir a cooperação no âmbito norte-sul" (FERREIRA et al., 2017, p.610). Em 1986, a partir da ampliação das capacidades de parceria para a cooperação, é criada a Assessoria de Cooperação Internacional, estendendo as ações para os países em desenvolvimento. Em 2009, a Assessoria se transforma no atual Centro de Relações Internacionais em Saúde (Cris), que assume o plano diplomático da cooperação internacional da Fundação, tanto no âmbito Norte-Sul, como no Sul-Sul, passando a adotar uma abordagem estruturante na cooperação (FERREIRA et al., 2017).

As práticas da Fiocruz nas ações de cooperação Norte-Sul buscam priorizar os valores nacionais e atrair tecnologia de ponta. Paralelamente, em relação às ações no âmbito Sul-Sul, a Fundação busca compartilhar com os parceiros os avanços técnicos e as experiências, com o objetivo de capacitar o próprio país parceiro à liderança do seu processo de desenvolvimento em saúde (FERREIRA et al., 2017). A partir do início do século XXI, a Fiocruz passa a priorizar as parcerias com países em desenvolvimento, sobretudo na América Latina, através da Unasul, e na África, através da CPLP. Isso fez com que a Fundação desenvolvesse uma abordagem chamada de "cooperação estruturante em saúde". Tal abordagem se baseia em um plano horizontal de cooperação baseado no compartilhamento de soluções aos problemas do país ou entidade parceira, centrados na determinação social da saúde e no planejamento estratégico em saúde. Através da cooperação estruturante em saúde, a Fiocruz desenvolve projetos de médio e longo prazos visando à estruturação sustentável do sistema de saúde do parceiro, buscando se distanciar dos moldes tradicionais da cooperação centrada apenas na transferência de recursos (FONSECA; BUSS, 2017).

No âmbito prático, as iniciativas do Cris/Fiocruz se baseiam no estabelecimento de acordos e convênios, na negociação e no acompanhamento dos projetos e de sua execução e na articulação com a ABC e a AISA para o apoio da cooperação internacional. Ainda, a Fundação mantém contatos com as embaixadas dos países parceiros e com agências e

organismos internacionais e multilaterais, a fim de promover estudos sobre a atuação diplomática. A partir da concepção da saúde como humano fundamental e fator determinante para o progresso e o desenvolvimento, a Fundação busca promover a geração e o compartilhamento de conhecimentos, incentivando a formação em saúde e consolidando "redes estruturantes para a pesquisa, a saúde pública, a atenção e o desenvolvimento educacional" (FERREIRA et al., 2017, p.613). A Fiocruz, através do Cris, conta com um Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde (NETHIS), que busca o desenvolvimento de uma abordagem interdisciplinar para as questões da saúde, promovendo cursos, palestras e debates. Através do Cris, também, dá-se o suporte à participação da Fundação em organismos multilaterais como a OMS e a OPAS, e a defesa da predominância da saúde em relação ao comércio na busca pela ampliação ao acesso a medicamentos no âmbito da OMC e da *World Intellectual Property Organization*³ (FERREIRA et al., 2017).

Através da priorização da estruturação dos sistemas de saúde, a Fiocruz apoia o desenvolvimento de institutos e escolas de saúde pública. Através da parceria com a Fundação, são desenvolvidos tais projetos no âmbito dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) e da Unasul, proporcionando a implementação de Institutos Nacionais de Saúde Pública, Escolas Formadoras de Quadros para a Saúde e de Escolas Técnicas de Saúde. Cabe à Fiocruz a assessoria e a transferência de conhecimentos e tecnologias, auxiliando em treinamentos locais e na formação profissional própria. Já existem diversas ações em andamento na formação das Redes de Institutos Nacionais de Saúde (Rins), como a Rins CPLP e a Rins Unasul. Da mesma forma, as ações na consolidação das Redes de Escolas Nacionais de Saúde Pública (Resp) se manifestam através da Resp Unasul, criada em 2011 no Paraguai, na Resp CPLP, em parceria com os Ministérios da Saúde de Moçambique e de Angola. Quanto às Redes de Formação de Pessoal de Nível Técnico (Rets), as Rets Unasul e CPLP foram criadas em 2009, juntamente a organismos governamentais e instituições de ensino encarregados das políticas de educação e capacitação de técnicos de saúde indicadas pelos Estados-membros. A Fiocruz ainda lidera uma rede de centros de pesquisa em saúde formada pelos países da bacia amazônica, cujas principais áreas de atuação são no campo da malária e das doenças negligenciadas, bem como no monitoramento dos sistemas de saúde, e a Rede Latino-Americana de Bancos de Leite Humano (FERREIRA et al., 2017; FONSECA; BUSS, 2017).

Uma vez que a Fiocruz é uma instituição pública vinculada ao Ministério da Saúde, sua principal fonte de manutenção financeira vem dos recursos públicos. Desde os anos 2000,

³ Em português: Organização Mundial de Propriedade Intelectual.

no entanto, a Fundação conta com um mecanismo próprio que facilita a gestão financeira, vinculado à Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec), que passa a administrar recursos internos e para o desenvolvimento de projetos de cooperação. Recentemente, a Fiocruz foi designada como Centro Colaborador da OpaS/OMS em Saúde Global e Cooperação Sul-Sul. O crescimento da Fundação se reflete em seus quadros, distribuídos em 22 institutos em 12 estados brasileiros. A estrutura engloba centros de pesquisa, escolas de saúde pública e politécnica em saúde, dois hospitais, três fábricas de insumos médicos, um centro de desenvolvimento tecnológico, dentre outros, contando com mais de 12 mil funcionários e com um orçamento regular de mais de 1 bilhão de dólares, compostos 60% de recursos federais e 40% de fontes externas. Tal estrutura permite à Fundação realizar mais de mil atividades anuais de relações internacionais no âmbito da saúde (FERREIRA et al., 2017). A partir do Termo de Cooperação nº 41, de 2005, "a Fiocruz e o Ministério da Saúde figuram como dois atores distintos, apesar de a Fiocruz fazer parte da estrutura burocrática do MS" (AVELHAN, 2017, p. 10).

Outra fonte de financiamento a projetos desenvolvida pela Fiocruz é a cooperação triangular, onde as ações são feitas em parceria com outros dois atores. Normalmente, tais ações envolvem um país desenvolvido e dois em desenvolvimento. Em 2010, no entanto, as ações desenvolvidas no fortalecimento do sistema de saúde haitiano foram inovadoras, por englobarem Brasil, Haiti e Cuba, três países em desenvolvimento, "consistindo uma cooperação sul-sul-sul" (KASTRUP et al., 2017, p. 633). As ações de cooperação tripartite consistiram na construção e recuperação de hospitais, na aquisição de equipamentos de saúde e ambulâncias, na capacitação de profissionais de saúde haitianos, no apoio à atenção básica de saúde no Haiti e na capacitação de rádios comunitárias para a comunicação e a execução de ações de promoção à saúde. Para tal, o Governo Brasileiro estabeleceu parcerias com a UFRGS e a UFSC, respectivamente, e com a própria Fiocruz, que desenvolveu as atividades sob a coordenação do Cris. A Fundação priorizou projetos de médio prazo, com prioridade para o desenvolvimento dos recursos endógenos haitianos, através da formação de recursos humanos e do desenvolvimento de estruturas de compartilhamento de conhecimento e experiências, em um conjunto de projetos baseados na cooperação estruturante (KASTRUP et al., 2017; FERREIRA et al., 2017).

Finalmente, o terceiro ator nacional prioritário no desenvolvimento e na execução de projetos internacionais de saúde é a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde (AVELHAN, 2017). A AISA surge em 1998, a partir de reestruturação institucional no âmbito do Ministério da Saúde. A Assessoria conta com corpo técnico

especializado, que tem como objetivo a projeção internacional dos interesses do Ministério da Saúde e do Estado Brasileiro, através de atividades que vão desde o assessoramento ministerial e até a coordenação da atuação do Ministério da Saúde nos âmbitos bi e multilateral, como nas relações com a OMS e a OPAS, e em mecanismos de integração, como a CPLP, a Unasul e o Mercosul. A AISA mantém permanente diálogo interno com os outros atores envolvidos no processo de internacionalização da saúde, além do diálogo com representantes internacionais de diversas instituições. Cabe à Assessoria o contato entre o Ministério da Saúde e essas instituições, na busca da elaboração dos projetos de cooperação internacional pertinentes, bem como a busca pela convergência de interesses e a busca de consenso entre os atores internos envolvidos no processo (FREDERICO, 2018).

A interlocução permanente entre a AISA e o MRE permite a coordenação das ações bilaterais brasileiras na área da saúde, voltadas, sobretudo, ao desenvolvimento de projetos de cooperação na área. Naturalmente, assim como no caso das outras agências, desde o início do século XXI, a aproximação com outros países em desenvolvimento passou a ser priorizada, sem, no entanto, no caso da AISA, excluir o fortalecimento das parcerias tradicionais, como Estados Unidos, França e Reino Unido. Nos últimos anos, além do envolvimento nas ações de cooperação em saúde desenvolvidas no âmbito da CPLP, da Unasul e do Mercosul, a AISA busca ampliar as ações voltadas à saúde com os integrantes do BRICS, sobretudo com a China e com a Índia, tanto de maneira bilateral quanto no contexto do bloco. Paralelamente, no âmbito das organizações internacionais, os principais canais de diálogo estabelecidos pela AISA são entre as organizações ligadas à ONU. Além da OMS e da OPAS, a AISA ainda estabelece a interlocução entre o Ministério da Saúde e diversas outras instâncias das Nações Unidas, como o Escritório das Nações Unidas de Serviços para Projetos, a UNICEF, o UNDP e a FAO (*Food and Agriculture Organization*), dentre outras. A atuação da AISA também é essencial na manutenção da participação brasileira em iniciativas como a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, a Parceria Global de Pesquisa e Desenvolvimento de Antibióticos, a Aliança de Vacinas e a Central Internacional para a Compra de Medicamentos contra Aids, Malária e Tuberculose (UNITAID), dentre outras iniciativas (FREDERICO, 2018).

Finalmente, a Assessoria também atua em situações de emergências ligadas à saúde pública. Em 2016, em virtude da epidemia do zika vírus, a AISA atuou na interlocução entre a OMS, a OPAS e o Itamaraty, transmitindo as informações sanitárias aos outros atores que, por sua vez, estabeleciam a comunicação com os outros países da região (PAGOTTO, 2018). De maneira similar, a AISA agiu na supervisão e na interlocução com outros atores sobre a atuação do Ministério da Saúde nas recentes situações de entradas migratórias acentuadas no

território brasileiro, como em 2013, com o aumento da migração de haitianos e, nos últimos anos, no caso dos migrantes venezuelanos recebidos pelo Brasil (FREDERICO, 2018). Entre 2011 e 2013, a AISA foi o terceiro órgão brasileiro vinculado à cooperação técnica internacional em termos de recursos do governo, com mais de 9 milhões de reais de recursos. Em primeiro lugar aparece a ABC, com mais de 150 milhões de reais no mesmo período (AVELHAN, 2017).

Coube à liderança da AISA a formulação e a implementação do Programa Mais Médicos, desenvolvido a partir de 2013 em parceria entre Brasil, Cuba e OPAS/OMS. O Programa, criado com o intuito de resolver os problemas referentes à distribuição médica no Brasil no âmbito do SUS, foi "o maior projeto de cooperação internacional já realizado pelo Brasil, o maior da história da OPAS/OMS e uma das iniciativas mais emblemáticas de cooperação em saúde no mundo" (RAMALHO FILHO; LIMA, 2018, p. 221). A participação da Assessoria na implementação do projeto se deu através da análise dos documentos dos médicos formados no exterior e na comunicação com o MRE para a concessão dos vistos adequados. Ainda, as reuniões entre Brasil, OPAS e Cuba, acompanhadas pela AISA, definiam e ajustavam o Programa ao longo de sua implementação, reforçando a atuação brasileira internacionalmente na defesa da universalização dos sistemas de saúde (RAMALHO FILHO; LIMA, 2018).

O processo de tomada de decisões relativas às ações de cooperação internacional de saúde se dá através da interlocução entre as três instituições. As demandas por projetos chegam primeiramente à ABC que, a partir de então, aciona o Ministério da Saúde através da AISA, que aciona a área técnica competente para executar o projeto em questão. Em relação específica às ações de cooperação em saúde, a função da ABC, na tríade composta com a AISA e a Fiocruz, é de coordenação. Cabe à Agência o acompanhamento das negociações e a certificação do alinhamento dos projetos às diretrizes do MRE, bem como a verificação quanto à disponibilidade de orçamento. A ABC, em geral, dispõe de maior influência política em relação às duas outras instituições no estabelecimento das negociações, e cabe a ela a ratificação, seguindo as diretrizes da política externa brasileira, das demandas trazidas pelo Ministério da Saúde e pela Fiocruz (AVELHAN, 2017).

Na fase de desenvolvimento dos projetos de cooperação, as três agências participam do processo de negociação com as instituições do país parceiro. Nesse sentido, enquanto a ABC dispõe, de maneira geral, de maior influência política, a Fiocruz detém a maior influência técnica, por ser uma instituição de grande experiência prática na implementação de projetos. Cabe, pois, à ABC a definição das prioridades entre os projetos de cooperação,

seguindo as diretrizes da política externa brasileira, com preferência aos países latinos e países africanos de língua portuguesa (ALMEIDA, 2017b; AVELHAN, 2017).

Durante a implementação dos projetos, cabe à ABC a supervisão e a coordenação do processo, e a atuação principal passa a ser a da Fiocruz. Nem a ABC nem a AISA mantêm equipes locais ao longo do processo de implementação dos projetos, e o nível de atuação da última, ao longo dessa fase, é bastante reduzido em relação à primeira. Assim, as três agências dispõem de alto grau de participação durante a fase inicial de elaboração e de negociações envolvendo o projeto, a ABC e a AISA com atuação voltada à coordenação do processo e a Fiocruz exercendo a função técnica. Durante a implementação dos projetos, os níveis de participação das três instituições se alteram, passando a Fiocruz a apresentar maior envolvimento, por conta da competência da execução técnica, enquanto à ABC cabe o monitoramento e a coordenação. Nessa fase, a participação da AISA é reduzida, restringindo-se ao acompanhamento do desenvolvimento dos projetos (AVELHAN, 2017).

Apesar da articulação entre os três órgãos, a cooperação técnica brasileira possui baixo nível institucional, com a ausência de uma legislação específica concernente aos processos de cooperação ofertados pelo Brasil (FONSECA; BUSS, 2017). Paralelamente, o financiamento das ações de cooperação se mostra complexo. Nos casos em que os projetos envolvem investimentos brasileiros em outro países, como nas ações desenvolvidas com Moçambique e Haiti - onde havia a previsão da construção de uma fábrica de medicamentos, no primeiro caso, e de construção de hospitais, no segundo -, cabe ao Congresso Nacional a aprovação dos recursos, acarretando alongamento de prazos e a possibilidade de disputas políticas no processo. As ações de cooperação que envolvem apenas visitas técnicas e transferências de conhecimento podem ser financiadas com recursos do Ministério da Saúde, além dos financiamentos da ABC, dos países envolvidos em cooperações triangulares ou ainda por agências internacionais. O Termo de Cooperação nº 41, estabelecido entre a AISA, a Fiocruz e a OPAS, em 2006, e prorrogado até 2015, previa o fortalecimento das capacidades brasileiras para a cooperação Sul-Sul em saúde, através de consórcios internacionais para o desenvolvimento de recursos humanos em saúde. Assim, novas possibilidades de financiamento foram criadas (GAUDÊNCIO, 2014).

A inter-relação entre os três organismos pode ser lida de acordo com a ótica do Modelo do Comportamento Organizacional, de Allisson e Zelikow (1999), que elucida a tomada de decisões em política externa como dada pela lógica organizacional dos agentes, sendo resultados “da ação de diferentes organizações governamentais pautadas por procedimentos operacionais já estabelecidos” (AVELHAN, 2017, p. 3). O processo decisório,

pois, é dado através de um entendimento comum entre as três agências, com bom nível de articulação entre elas. Esse nível varia de acordo com a estrutura organizacional e com a capacidade de cada agência, bem como com o perfil das lideranças de cada uma delas, o que influencia as interpretações particulares sobre os planos internacional e doméstico, bem como os interesses baseados nessa interpretação (AVELHAN, 2017; ALLISON; ZELIKOW, 1999). Similarmente, a atuação internacional brasileira na cooperação em saúde é “dependente das diretrizes da política externa brasileira, que sofrem variações de acordo com as preferências do Poder Executivo” (AVELHAN, 2017, p. 21).

Enfim, o relacionamento entre as três agências brasileiras aumentou durante os governos Lula (2002-2010), bem como a quantidade de projetos de cooperação técnica em saúde (AVELHAN, 2017). Tais avanços acompanharam a evolução do país e as transformações trazidas pela redemocratização e pela mudança de posicionamento brasileiro na política externa. A partir da década de 1990 e, sobretudo, a partir de 2002, as políticas de cooperação internacional passam a se configurar como um dos principais elementos da política externa brasileira, denotada pelo aumento de financiamento da ABC, da Fiocruz e às ações internacionais no âmbito da AISA. Todas essas mudanças apontam para o aumento interno da importância da diplomacia da saúde, que passa a ser fator determinante nos processos de inserção internacional do Brasil (ALMEIDA, 2017b; BUSS, 2018; IPEA, 2018; FONSECA; BUSS, 2017).

3.3 A SAÚDE COMO FERRAMENTA DE INSERÇÃO INTERNACIONAL DO BRASIL

A compreensão da utilização da saúde como ferramenta de inserção internacional do Brasil passa pela compreensão das mudanças observadas na condução da política externa brasileira (PEB) desde o final do século XX. Tal panorama se dá através de transições nos planos nacional, regional e global, que fazem com que o país busque redefinir o seu papel no cenário internacional (CASON; POWER, 2014). Tais mudanças se refletem no âmbito da cooperação internacional que é praticada: se, historicamente, o país assumiu a posição de receptor de cooperação, desde o final do século XX o Brasil passou a ser um doador ativo (ALMEIDA, 2017b). A partir dessas importantes redefinições na formulação da política externa, bem como através das condições propiciadas pelo ambiente global, o Brasil encontra na área da saúde um campo profícuo de atuação, que passa a ocupar papel cada vez mais central na estratégia internacional brasileira (AVELHAN, 2017; BARBOZA; PINHEIRO; PIRES-ALVES, 2017).

No plano internacional, os países desenvolvidos vivem um período de recessão em

consequência das crises do petróleo da década anterior. Ao mesmo tempo, as dívidas externas e a queda no preço dos produtos primários dificulta a estabilidade nos países em desenvolvimento. A cooperação para o desenvolvimento passa a ser reduzida drasticamente da parte dos doadores, ao mesmo tempo em que as diretrizes do Consenso de Washington apontam para medidas de austeridade e de ênfase à estabilidade econômica e à redução das intervenções (IGLESIAS PUENTE, 2010). As ações de cooperação se voltam aos Programas de Ajustes Estruturais, do Banco Mundial, através de empréstimos submetidos a condições específicas. O aumento das desigualdades nos países do Sul, somado à crescente epidemia da AIDS, sobrecarregam enormemente os sistemas de saúde das nações de rendas média e baixa, ao mesmo tempo em que, fomentadas pela ideologia neoliberal de crítica ao Estado de Bem Estar, medidas cada vez mais restritivas de reformas do setor da saúde eram disseminadas (ALMEIDA et al., 2010).

Com a chegada da década de 1990, o fim da Guerra Fria traz instabilidades ao sistema internacional. No contexto de reordenamento das relações internacionais, o Brasil passa a buscar seu espaço na arena internacional, na tentativa de não ser "deixado de fora" dos novos arranjos globais. É nesse cenário de redefinições, sob a égide do discurso neoliberal e da globalização acelerada, que novos temas passam a figurar nas discussões internacionais (ALMEIDA, 2017b). Com o fim da bipolaridade, novos temas não relacionados diretamente à segurança nacional passam a ganhar importância nas agendas de política externa, como resposta ao aumento e à diversificação das ameaças percebidas no mundo interconectado (SATO, 2010); nesse contexto se desenvolvem as dinâmicas da Saúde Global, relatadas na primeira parte do trabalho. Paralelamente ao surgimento de novos temas, novos atores não estatais passam a atuar no cenário internacional, e a formação de blocos econômicos se desenvolve (ALMEIDA, 2017a, 2017b; INGRAM, 2005).

A Assistência Oficial para o Desenvolvimento é impactada no cenário do fim da bipolaridade. Os países doadores reduzem drasticamente os recursos alocados para a cooperação internacional, além de redefinirem as prioridades das ações, que passam a ser direcionadas aos antigos países soviéticos do leste europeu. A doutrina da "boa governança" condiciona a cooperação a setores específicos, no intuito de catalisar o fluxo de capital privado internacional para os países em desenvolvimento e de incentivar a "boa governança" para propiciar o direcionamento desse capital para o desenvolvimento (IGLESIAS PUENTE, 2010; CERVO, 1994).

O cenário muda no último terço da década, face ao fracasso do Consenso de Washington em reduzir a pobreza e sanar as crises econômicas. A nova abordagem da

cooperação, embora ainda apregoasse a liberalização e a abertura econômica e financeira, atribui ao Estado a responsabilidade de fortalecimento institucional em áreas como saúde, educação, segurança pública e formulação das políticas econômicas. O tema do desenvolvimento desigual volta a ser discutido, e a redução da pobreza volta a receber importância nas dinâmicas da cooperação (IGLESIAS PUENTE, 2010; CERVO, 1994). É nesse contexto em que as práticas da Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento são revistas, direcionando os esforços para a construção de capacidades (ALMEIDA et al., 2010).

No âmbito regional, os países da América Latina sofrem com as crises da dívida externa. Surgem novos espaços de integração e de discussões, como o Mercosul, em 1991, e o Nafta, em 1994. Se esses grupos davam prioridade aos conceitos econômico e comercial, surgem, nos anos seguintes, processos de integração dinamizados pelas dimensões sócio-culturais, políticas e ideológicas. É o caso da Aliança Bolivariana para os Povos da Nossa América (Alba), de 2004, e da Unasul, de 2008. Ambas as iniciativas buscavam reduzir as desigualdades regionais através da integração entre os países membros, dentro da óptica da cooperação Sul-Sul, valorizando um processo horizontal de ganhos mútuos (ALMEIDA, 2017b; BUSS et al., 2017).

Internamente, observa-se uma mudança paulatina de paradigma nas relações brasileiras. Entre os anos de 1930 e 1990, a PEB era formulada com vistas à promoção do desenvolvimento nacional, ora interpretado a partir de uma abordagem de nacionalismo econômico, que priorizava um desenvolvimento nacional autônomo, ora por uma concepção mais liberal, buscando um desenvolvimento mais aberto e integrado. Nesse contexto, a cooperação internacional era utilizada no sentido de refletir o posicionamento da política externa, caracterizado pelo caráter pacifista e não-confrontacionista, buscando legitimar tais características interna e externamente. Tal discurso encontrou terreno fértil quando do início da articulação dos países do então chamado "Terceiro Mundo", no pós Segunda Guerra. É nesse contexto que a aceção brasileira de cooperação internacional passa a abandonar a visão tradicional, assistencialista, aproximando-se do conceito de cooperação para o desenvolvimento. A cooperação passa a exercer a finalidade de criação e aprofundamento de laços econômicos, tecnológicos e culturais, associada à maximização de oportunidades para a promoção do desenvolvimento nacional (CERVO, 1994; ALMEIDA, 2017).

Com as modificações no ambiente internacional ao longo das décadas de 1960 e 1970, novas iniciativas de incentivo ao desenvolvimento são criadas e uma maior articulação entre os países em desenvolvimento é construída. A partir do Plano de Ação de Buenos Aires, de

1978, a instituição da cooperação horizontal dá novas possibilidades aos países do Sul para superar as relações de dependência em relação aos países desenvolvidos. A cooperação internacional, pois, passa a ser consolidada como um instrumento de política externa em várias nações, inclusive no Brasil, que passa a considerá-la "instrumento moderno, eficaz e indispensável de política externa e meio auxiliar de promoção do desenvolvimento socioeconômico do país" (BRASIL, 1989, apud CERVO, 1994, p.44). É nessa fase, também, que aumenta a importância da dimensão social do desenvolvimento, passando a considerar temas como a luta contra a pobreza, a desigualdade de gênero e a distribuição de renda (IGLESIAS PUENTE, 2010).

Ainda durante a década de 1970, a maior parte das ações de cooperação recebidas pelo Brasil eram gerenciadas pelo UNDP ou advindas de cooperação bilateral. Os projetos visavam à capacitação pessoal, através de atividades de transferência de informações e experiências, bem como buscavam o aumento da produção interna de alimentos e o desenvolvimento dos setores estratégicos, como as telecomunicações e as indústrias de base. Ao longo da década de 1980, o desenvolvimento mostrado pelo Brasil fez com que o país "se graduasse", reduzindo a oferta e aumentando a demanda de cooperação internacional. As ações prestadas pelo país iam ao encontro dos objetivos políticos de maior aproximação com o Terceiro Mundo e de abertura econômica (CERVO, 1994). A graduação brasileira durou pouco, uma vez que o país passa a sofrer com a crise da dívida externa e com a inflação.

A complexa transição democrática vivida pelo Brasil se dava em época de enorme crise econômica e de instabilidade interna. Até o final da década de 1980, a credibilidade brasileira é enormemente impactada, e o papel do país na arena internacional se retrai (ALMEIDA, 2017b). Data da mesma época a erosão do processo de substituição de importações, modelo de desenvolvimento econômico priorizado desde a década de 1930 (CASON; POWER, 2014). O cenário de crise se aprofunda a partir do impeachment de Fernando Collor de Mello, o primeiro governo eleito no Brasil após a transição para a democracia (ALMEIDA, 2017b).

A instabilidade inicial na década de 1990 afeta a condução da política externa: nos primeiros cinco anos do período, cinco ministros ocuparam a pasta das Relações Exteriores, denotando instabilidade estratégica. O Itamaraty perde força no processo decisório, a partir do deslocamento de decisões alfandegárias, de finanças externas e de abertura empresarial para as autoridades econômicas. Assim, o posicionamento do Brasil na política exterior no início da década de 1990 mostra diretrizes pouco claras. Os dois mandatos de Fernando Henrique Cardoso, de 1995 a 2002, deram continuidade a Luiz Felipe Lampreia no cargo de chanceler e

retomaram a busca por uma estratégia de ação externa. A ideia de desenvolvimento segue balizando o comportamento internacional do Brasil, que relança o tema nos foros multilaterais, estabelecendo a relação entre o desenvolvimento e temas globais na Conferência de Cúpula sobre o Desenvolvimento Social, em 1995 (CERVO; BUENO, 2008).

Nos anos seguintes, o Brasil passou por uma série de reformas baseadas nos preceitos do Consenso de Washington. Através da adoção dos comandos de "democracia, estabilidade monetária e abertura econômica", foram tomadas medidas de redução do escopo estatal, com contração de salários e de benefícios do Estado de Bem-Estar e privatizações de empresas nacionais, a fim de diminuir o impacto da dívida. Os efeitos internos são de retração dos investimentos produtivos, desaceleração do crescimento e dificuldades no comércio exterior. Diante da necessidade de equilibrar a abertura econômica com a internacionalização da economia, a política exterior passa a estabelecer funções mais assertivas no sentido de reforçar a capacidade empresarial do país, através da abertura dos mercados do Norte vinculada à abertura nacional, de mecanismos de proteção frente ao capital especulativo e uma política de defesa nacional. Consolida-se, também, a América do Sul como importante espaço de fortalecimento econômico regional, sob a liderança brasileira (CERVO; BUENO, 2008; CERVO, 1994; ALMEIDA 2017b). O processo de integração regional passa também por uma dimensão humanista, promovendo a aproximação de lideranças sociais e a produção de conteúdos sobre o processo, consolidando-se a busca pela "união da América do Sul, tendo em vista precaver-se ante possível nocividade da hegemonia dos Estados Unidos" (CERVO; BUENO, 2008, p. 502).

As mudanças sociais promovidas pela democratização no Brasil fazem surgir uma maior demanda por participação social na formulação das políticas nacionais, incluindo a política externa (GIACCAGLIA, 2010). Desenvolvem-se, assim, coalizões de interesses entre os atores domésticos e internacionais, com diferentes capacidades de influência, ampliando e diversificando os atores e a politização da política externa, a partir das ambições brasileiras no campo internacional (ALMEIDA et al., 2010). Ocorre, também, como fruto da globalização, uma pluralização dos temas em discussão, exigindo do Brasil o envolvimento em tópicos como ecologia, direitos humanos e saúde, alçando a importância do multilateralismo na inserção brasileira (BARBOZA, PINHEIRO, PIRES-ALVES, 2017; CERVO; BUENO, 2008).

A partir do governo de Fernando Henrique Cardoso, a busca pelo estabelecimento brasileiro na região e no mundo inaugura um novo momento, em que a diplomacia presidencial passa a ser característica da condução da PEB (ALMEIDA, 2017b; BARBOZA,

PINHEIRO, PIRES-ALVES, 2017). O Brasil passa a desenvolver uma "agenda diplomática proativa, ampliando o controle sobre o seu destino, reafirmando o poder nacional e colaborando para a regulamentação das relações internacionais" (BARBOZA, PINHEIRO, PIRES-ALVES, 2017, p. 181), baseada na lógica de "autonomia pela participação" (VIGEVANI; CEPALUNI, 2007).

Os governos de Lula da Silva (2002 - 2010) deram continuidade e ampliaram as iniciativas brasileiras de participação ativa nas relações internacionais. Ao longo desse período, o Brasil buscou ampliar suas possibilidades de cenários e de parceiros de cooperação, sobretudo no mundo em desenvolvimento, caracterizando a busca de uma "autonomia pela diversificação" (ALMEIDA, 2017b; VIGEVANI; CEPALUNI, 2007). Em um momento de arrefecimento da ideologia neoliberal, os países emergentes fortaleciam as articulações entre si, através de novos espaços como o Fórum de Diálogo Índia-Brasil-África do Sul (IBAS), o G-20 e o BRICS. Com objetivo de aumento da capacidade internacional, o Brasil fortalece a política externa, passando a diversificar as parcerias, mediar as relações entre países e fortalecer a defesa de temas sociais no âmbito global. Assim, a PEB volta seus esforços à intensificação da integração sul-americana, ao aumento das relações com os países africanos, ao aprofundamento do intercâmbio econômico, tecnológico, financeiro e cultural e a um adensamento da influência brasileira nas negociações bilaterais e multilaterais (BARBOZA, PINHEIRO, PIRES-ALVES, 2017; VIGEVANI; CEPALUNI, 2007). A política exterior passa a ser "guiada por valores que consideravam o país como uma potência em construção" (BARBOZA, PINHEIRO, PIRES-ALVES, 2017), usando os avanços sociais internos para respaldar a agenda social internacional, utilizando-se de ativa diplomacia presidencial (HIRST; LIMA; PINHEIRO, 2010).

A política externa brasileira passa a diversificar os instrumentos utilizados na busca pela inserção internacional do país, com crescente uso de práticas de *soft power* (LEE; CHAGAS; NOVOTNY, 2010). As ações de cooperação internacional passam a ser instrumentos fundamentais de política externa na busca da inserção internacional do Brasil, a partir da segunda metade da década de 1990. Nesse sentido, a saúde passa a ser área prioritária, respaldada pelo fortalecimento político e econômico do Ministério da Saúde, pelo caráter e pelas práticas universalistas do SUS e pelos êxitos internos obtidos nas questões sanitárias através da estruturação do sistema de saúde (FIOCRUZ, 2012). A estratégia brasileira se dá em cinco eixos, como identificado por Gayard (2019): 1) foco em projetos de cooperação Sul-Sul; 2) estabelecimento de redes internacionais de saúde; 3) fornecimento de insumos de saúde a países e organizações internacionais; 4) aprofundamento dos processos de

integração regional; 5) protagonismo nos fóruns multilaterais de saúde (GAYARD, 2019).

A soma das mudanças supracitadas, nos três âmbitos, permitiu ao Brasil se inserir no contexto internacional como um ator propositivo de alto nível (AVELHAN, 2017). Através de uma linha denominada por Pinheiro como "institucionalismo pragmático", o Brasil adota a cooperação como reforço na inserção internacional em busca da maximização de ganhos, pautando as ideias de cooperação pelo auto interesse (PINHEIRO, 2004), baseado na autonomia política e na inserção soberana (MILANI, 2011). Os recursos de *soft power* do país são, assim, fortalecidos em termos de alcance e de influência, baseados na cooperação calcada no discurso humanista e solidário (ALMEIDA, 2017b). A saúde, pois, no escopo da cooperação internacional, passa a exercer papel central na política externa brasileira, representando "instrumento indispensável da política externa brasileira e um poderoso recurso de *soft power* do Brasil" (NUNES FERREIRA, 2017, p. 10). Naturalmente, a importância da temática sanitária na arena internacional passa a ser ressaltada pelo Brasil, como notado na Declaração Ministerial de Oslo, de 2007, assinada pelo então chanceler Celso Amorim e por chanceleres de outros seis países, que reclama a saúde como um dos tópicos mais importantes e centrais da agenda da política externa do século XXI (AMORIM et al., 2007).

No âmbito Sul-Sul, a integração foi fortalecida pelo uso brasileiro da diplomacia da saúde. Nos processos de negociação referentes ao acesso a medicamentos antirretrovirais, através do *Intergovernmental Working Group on Public Health Innovation and Intellectual Property* (IGWG)⁴, os interesses dos países da América Latina e do Caribe foram agregados na liderança do Brasil. De maneira similar, a influência brasileira - baseada nos grandes êxitos internos obtidos - na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, em 2003, proporcionou o aumento do poder de coalizão do país em âmbitos regional e global. O posicionamento brasileiro em relação à priorização social da saúde, além disso, passa a ganhar respaldo na opinião pública, aumentando ainda mais a margem de ação do país (LEE; CHAGAS; NOVOTNY, 2010).

No contexto dos projetos de integração priorizados pelo Brasil, a inclusão da saúde passa a exercer papel de importante consolidador. A Unasul prevê o acesso universal aos serviços de saúde como um dos objetivos específicos do bloco, o que leva à criação do Conselho Sul-Americano de Saúde, em 2008, e do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (Isags), em 2011, que busca promover o intercâmbio de conhecimentos, tecnologias e experiências na área da saúde pública entre os países membros. O Plano Quinquenal de 2010 estabelece as bases da integração sul-americana, "estabelecendo a visão de consolidar a

⁴ Em português: Grupo Intergovernamental de Inovação em Saúde Pública e Propriedade Intelectual.

América do Sul como espaço de integração que contribua para a saúde" (BUSS et al., 2017, p. 438). Similarmente, a saúde também exerce papel importante na Comunidade de Países de Língua Portuguesa, através do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde. Através do Plano, são estabelecidas metas e desenvolvidos projetos voltados ao fortalecimento dos sistemas de saúde nos países membros (FERREIRA et al., 2017). Essas articulações, baseadas na cooperação estruturante em saúde, contribuem para o ganho de proeminência política na diplomacia global, contribuindo para a constituição de uma identidade regional (HERRERO, 2017).

Enfim, as transformações internacionais vividas após o fim da Guerra Fria permitiram ao Brasil uma redefinição de papel no cenário mundial. Os avanços internos na consolidação e na universalização do sistema de saúde e a maior participação social advinda da transição democrática contribuíram para que a área sanitária se tornasse protagonista na política externa brasileira (REZENDE, 2018). No contexto da Saúde Global, o Brasil passa a usar do êxito das suas instituições através da cooperação internacional em saúde, que se torna instrumento central na campanha do país na busca pela inserção internacional soberana (LIMA, 2017; LEE; CHAGAS; NOVOTNY, 2010). Além das ações de cooperação, o respaldo interno permite ao país assumir uma posição de influência nos temas relativos à saúde, congregando interesses dos países em desenvolvimento (LEE; CHAGAS; NOVOTNY, 2010; AVELHAN, 2017).

O Brasil, assim, passa a utilizar o desenvolvimento interno obtido nos programas de saúde como instrumento de *soft power* na busca de uma maior participação no cenário internacional. Gayard (2011) interpreta a instrumentalização brasileira da saúde no ambiente externo como um exemplo de "diplomacia de nicho". De acordo com o conceito, os países de poder intermediário passam a centrar os recursos em áreas específicas no cenário internacional, direcionando a atenção para aqueles tópicos em que possuem êxitos reconhecidos. Através da diplomacia de nicho, que passa a ganhar novo impulso a partir do final da Guerra Fria, os países de poder intermediário podem assumir papel mais participativo no sistema internacional, aumentando o seu status e angariando benefícios institucionais sistêmicos, a partir da aplicação de suas forças e habilidades em tópicos específicos. Assim, certo grau de liderança e de iniciativa é permitido, baseado em formas não-estruturais de poder e influência através do uso criativo da diplomacia através de uma ênfase técnica, que busca, enfim, compensar as deficiências de poder material desses Estados frente às nações mais poderosas. Dessa forma, a utilização da saúde como ferramenta de *soft power* contribuiu para que o Brasil se tornasse um ator de alto nível no cenário internacional.

4 CONCLUSÃO

Enquanto campo de estudo, historicamente, a Saúde e as Relações Internacionais permaneceram disciplinas com pouca ou nenhuma intersecção (LEE; MCINNES, 2012). Enquanto a área da saúde preocupa-se, de maneira geral, com a manutenção do bem-estar físico, mental e social dos indivíduos (OMS, 1946), bem como com as práticas de prevenção de doenças, as Relações Internacionais enquanto campo de estudo, durante muito tempo, priorizaram a análise das relações entre os Estados, contemplando temas majoritariamente políticos, diplomáticos e geográficos, bem como temas relacionados à guerra, à paz e à segurança entre as nações (BUSS, 2017).

Ao mesmo tempo em que, na teoria, ambas as áreas acadêmicas tenham permanecido afastadas ao longo de suas histórias, na prática, medidas coletivas de prevenção de doenças não são novidade. As práticas de quarentena no século XIV na Europa, a fim de evitar a disseminação da peste bubônica entre as sociedades, podem ser vistas como o marco inicial das medidas de saúde pública modernas. Cinco séculos mais tarde, as conferências sanitárias organizadas pelos Estados europeus demarcam o início da diplomacia internacional em saúde (FIDLER, 2001). Após ter sido, ao longo de quase todo o século XX, relegada a uma posição marginal entre os tomadores de decisão da política externa, a saúde coletiva retorna, sobretudo ao longo da década de 1990, a uma posição de destaque na formulação da política externa nos países desenvolvidos, como parte da construção de uma nova agenda de segurança nacional em resposta aos desafios da globalização (ALMEIDA, 2017; INGRAM, 2005).

O rápido processo de globalização visto ao longo dos últimos cem anos foi determinante para alçar os temas de saúde a uma posição de maior destaque nas discussões internacionais. O recrudescimento da interconectividade entre as sociedades despertou a necessidade de uma maior diversidade de atores – enquanto entidades estatais e não estatais, como ONGs, fundações filantrópicas etc. – envolvidas no estabelecimento de medidas para enfrentar problemas sanitários cada vez mais complexos, levando a uma mudança de abordagem que passa a tratar o tema não mais como “saúde internacional”, mas como “saúde global” (LEE; MCINNES, 2012).

Em relação ao primeiro objetivo específico do trabalho, de elucidar o contexto da Saúde Global no século XXI, observando as modificações conjunturais históricas e os desafios institucionais do campo no início do século XXI, conclui-se que, em face dos novos desafios trazidos pela globalização, as discussões acerca da necessidade de uma cooperação global em saúde deixaram o seu tradicional lugar nas *low politics* e passaram a ser tratadas

como pautas prioritárias discutidas no Conselho de Segurança das Nações Unidas e no G8. A revisão dos temas relacionados à segurança nacional, a partir do fim da Guerra Fria, inclui as doenças infecciosas como ameaça à estabilidade e à soberania dos Estados, e a segurança em saúde passa a ser um conceito chave para a governança global, sobretudo a partir da resposta norte-americana aos atentados de 11 de setembro de 2001, que inclui a segurança em saúde como peça importante na chamada “guerra ao terror” (ALMEIDA, 2017a; INGRAM, 2005; VIEIRA, 2007). O surgimento de novas comissões de discussão da saúde global também fizeram surgir novos atores subestatais como agentes das novas práticas, em resposta aos desafios cada vez mais complexos a serem enfrentados na saúde global.

Paralelamente às oportunidades surgidas no início do século XXI, o cenário da saúde global apresenta diversos desafios para as próximas décadas. Se, por um lado, a emergência de novas tecnologias permitiram consideráveis melhorias nos indicadores gerais de saúde, por outro, as desigualdades no acesso a esses recursos acentuam as diferenças sanitárias entre os países desenvolvidos e aqueles de rendas média e baixa. Amplia-se, também, o escopo de ameaças globais à saúde no século XXI, representadas pela reemergência de doenças infecciosas e multirresistentes aos tratamentos convencionais, pelo agravamento das doenças crônicas, pelos impactos trazidos pelas mudanças climáticas e pela amplificação das desigualdades internacionais no acesso a recursos básicos que garantam a manutenção de uma vida saudável. O enfrentamento a tais desafios passa por solucionar o cenário de indefinições acerca da governança em Saúde Global, acentuado a partir do final da Guerra Fria e da crise do multilateralismo, e que resultou em questionamentos acerca da capacidade da OMS em ser o organismo central de coordenação sanitária global. Faz-se necessário, pois, por um fortalecimento estrutural e de legitimidade da OMS, bem como uma maior disposição dos países em se adaptarem aos modelos de governança. Nesse contexto, novas maneiras de abordagem, como a cooperação entre os países em desenvolvimento, passa a aumentar de importância (BARRETO, 2017; BUSS; FERREIRA, 2010; GARAY, 2011; KICKBUSCH, 2016; KICKBUSCH; LEUNG, 2020;

O segundo objetivo específico aponta na direção de compreender a atuação das principais agências brasileiras envolvidas na internacionalização da saúde, sobretudo o papel desempenhado por cada um desses atores na atuação conjunta da tomada de decisão e do desenvolvimento dos projetos. Percebe-se que a maior influência política da ABC, somada à liderança técnica da Fiocruz e à relação estabelecida com o Ministério da Saúde através da AISA/MS permitiram ao Brasil desenvolver um programa de cooperação em saúde coordenado e coeso, em consonância com os objetivos de valorização da cooperação Sul-Sul

estabelecidos na política externa. O processo de tomada de decisões relativas às ações de cooperação internacional de saúde se dá através da interlocução entre as três instituições baseada na estrutura organizacional e no entendimento particular de cada uma delas sobre os planos nacional e internacional, vinculados às lideranças de cada agência e às diretrizes da política externa brasileira (AVELHAN, 2017).

Quanto ao objetivo geral do trabalho, em relação ao lugar do Brasil nos debates em Saúde Global, as modificações nos âmbitos nacional, regional e global vividas desde a década de 1990 permitiram um novo posicionamento das formulações da política externa. O advento da redemocratização permitiu o surgimento de um crescente interesse da sociedade pela participação política, ampliando em número e em diversidade os atores internos envolvidos. Ademais, as temáticas sociais passaram a receber maior atenção e, somadas ao êxito das políticas de universalização da saúde introduzidas a partir da criação do SUS e ao desenvolvimento econômico obtido, sobretudo, a partir do início do novo século, permitiram a sustentação das novas práticas brasileiras voltadas à internacionalização da saúde. Tais avanços internos estabelecidos em um cenário de crescente importância dada ao tema sanitário na arena internacional permitiu o fortalecimento da dinâmica entre as principais agências brasileiras voltadas ao setor (ALMEIDA, 2017b; KASTRUP et al., 2017; FERREIRA et al., 2017; AVELHAN, 2017).

Os êxitos brasileiros internos na temática sanitária serviram de respaldo à reputação internacional do país na área (LEE; GÓMEZ, 2011). Através do discurso da universalização da saúde e da abordagem desta a partir de uma visão social, o país obteve condições de liderar as posições dos países emergentes em diversos tópicos da Saúde Global, auferindo credibilidade e presença internacional generalizada também em outros âmbitos. Através da abordagem da cooperação estruturante em saúde desenvolvida pela Fiocruz, a saúde passou a ter papel decisivo no engajamento brasileiro nos processos de integração como a Unasul, o Mercosul e os PALOP. Assim, a instrumentalização da saúde desenvolvida a partir dos anos 1990 e acentuada durante os governos Lula da Silva, através da definição do tópico como um nicho de ação diplomática respaldada pelos êxitos internos do país, permitiram o desenvolvimento de ações que proporcionaram credibilidade e protagonismo internacional ao Brasil, funcionando como ferramenta de *soft power* que se torna eixo central do projeto de projeção brasileiro (LEE; GÓMEZ, 2011; LEE; CHAGAS; NOVOTNY, 2010; LIMA, 2017; COOPER, 1997; GAYARD, 2019).

5 BIBLIOGRAFIA

AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO - ABC. Cooperação bilateral com América Latina e Caribe. **Via ABC - Boletim Eletrônico da Agência Brasileira de Cooperação (ABC/MRE)**, jun. 2006. Disponível em: http://www.abc.gov.br/intranet/sistemas_abc/siteabc/documentos/via-junho.pdf. Acesso em: 02 mar. 2021.

_____. Cooperação técnica brasileira em saúde. **Via ABC - Boletim Eletrônico da Agência Brasileira de Cooperação (ABC/MRE)**, mar. 2007. Disponível em: http://www.abc.gov.br/intranet/sistemas_abc/siteabc/documentos/viaabc-baixa.pdf. Acesso em: 02 mar. 2021.

ALLISON, G.; ZELIKOW, P. **Essence of decision: Explaining the Cuban missile crisis**. (2nd ed.). New Jersey: Pearson, 1999.

ALMEIDA, Celia. Saúde, Política Externa e Cooperação Sul-Sul. *In*: BUSS, Paulo Marchiori; TOBAR, Sebastián (org.). **Diplomacia em saúde e saúde global: perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017a. p. 41 - 86.

_____. Política Externa e Cooperação internacional no Brasil. *In*: BUSS, Paulo Marchiori; TOBAR, Sebastián (org.). **Diplomacia em saúde e saúde global: perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017b. p. 487 - 532.

ALMEIDA, Celia *et al.* A concepção brasileira de cooperação estruturante em saúde. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.25-35, mar., 2010. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/696/1341>. Acesso em: 5 mar. 2021.

AMORIM et al. Declaração Ministerial de Oslo = **Oslo Ministerial Declaration: global health - a pressing foreign policy issue of our time**. 02 abr. 2007. Disponível em: https://www.college-de-france.fr/media/dominique-kerouedan/UPL5891851568045916201_Oslo_Ministerial_Declaration_Global_health_a_pressing_foreign_policy_issue_of_our_time.pdf. Acesso em: 5 mar. 2021.

ARMSTRONG-MENSAH, Elizabeth A. **Lecture notes. Global health: issues, challenges and global action**. 1. ed. Chichester, West Sussex ; Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc., 2017.

AROUCA, Antonio Sérgio da Silva. **O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. Tese (doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975. Disponível em: <https://teses.icict.fiocruz.br/pdf/aroucaass.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2021.

AVELHAN, Livia Liria. **A Cooperação Técnica Sul-Sul Brasileira em Saúde: a participação dos atores domésticos**. 2017. 176 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.bdtd.uerj.br/handle/1/12542>. Acesso em: 27 mar. 2021.

BARBOSA FILHO, Igino Rodrigues. Breve histórico da assessoria internacional do ministério da Saúde. *In*: Brasil. Ministério da Saúde. **Assessoria de Assuntos Internacionais**

de Saúde - Saúde e Política Externa : os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018). Brasília: Ministério da Saúde, 2018. p . 17 - 21

BARBOZA, Tayná Marques Torres; PINHEIRO, Letícia; ALVES, Fernando Pires. O diálogo entre saúde e política externa brasileira nos governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010). **Rev. Carta Inter.**, Belo Horizonte, v. 12, n. 3, p. 175-198, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/27238>. Acesso em: 27 mar. 2021.

BARRETO, M. L., 2017 - Saúde Global, Grandes Desafios Contemporâneos: dinâmica populacional, determinantes, riscos e condições de saúde. *In*: BUSS, Paulo Marchiori; TOBAR, Sebastián (org.). **Diplomacia em saúde e saúde global: perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 195 - 224.

BEAGLEHOLE, Robert; BONITA, Ruth. **What is global health?** *Global health action*, [S. l.], ano 2010, v. 3, p. 1-2, 6 abr. 2010. DOI 10.3402/gha.v3i0.5142. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2852240/>. Acesso em: 4 mar. 2021

BIRN, Anne-Emanuelle. O nexo nacional-internacional na saúde pública: o Uruguai e a circulação das políticas e ideologias de saúde infantil, 1890-1940. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 675-708, Set. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702006000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702006000300007>.

BROWN, Theodore M.; CUETO, Marcos; FEE, Elizabeth. The World Health Organization and the Transition From “International” to “Global” Public Health. **American Journal of Public Health**, [S. l.], ano 2006, v. 96, n. 1, p. 62-72, 1 jan. 2006. DOI 10.2105/AJPH.2004.050831. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2004.050831>. Acesso em: 3 mar. 2021.

BRASIL. José Serra, Ministro da Saúde. **Discurso por ocasião da sessão plenária da 54ª Assembleia Mundial da Saúde**. Genebra, 2001. Disponível em: <https://www-hmg.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/28/54a-AMS-Discurso-do-Ministro-Jose-Serra.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2021.

_____. **Decreto Nº 94.973, de 25/09/1987**. Aprova o Estatuto da Fundação Alexandre de Gusmão (FUNAG), e dá outras providências. Brasil, Presidência da República, 1987. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/1985-1987/D94973.htm. Acesso em: 16 mar. 2021.

_____. **Decreto Nº 2.070, de 13/11/1996**. Aprova a Estrutura Regimental do Ministério das Relações Exteriores e dá outras providências. Brasil, Presidência da República, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D2070.htm. Acesso em: 22 mar. 2021.

BUSS, Paulo M.; FERREIRA, José Roberto. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. **RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 93-105, mar. 2010. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17386>. Acesso em: 16 mar.2021.
 _____. Cooperação internacional em saúde do Brasil na era do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 23, n.06, 2018, p.1.881-1.889. Disponível em:
<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/29232>. Acesso em: 26 mar. 2021.

BUSS et al., 2017 - A Saúde nos Processos de Integração Regional da América Latina e Caribe. *In*: BUSS, Paulo Marchiori; TOBAR, Sebastián (org.). **Diplomacia em saúde e saúde global: perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 421 - 486

CARRIÈRE, H. Les conventions sanitaires internationales. **Revue Internationale De La Croix-Rouge Et Bulletin International Des Societes De La Croix-Rouge**, [s. l.], ano 1923, v. 5, n. 49, p. 11 - 23, 1923. DOI 10.1017/S1026881200089200. Disponível em:
<https://www.cambridge.org/core/journals/international-review-of-the-red-cross/article/abs/les-conventions-sanitaires-internationales/71E3D7684EE5E73633B258C4D84C6B81>. Acesso em: 1 mar. 2021.

CASON, Jeffrey W.; POWER, Timothy J. Presidentialization, Pluralization, and the Rollback of Itamaraty: Explaining Change in Brazilian Foreign Policy Making in the Cardoso-Lula Era. **International Political Science Review**, [s. l.], ano 2009, v. 30, n. 2, p. 117-140, 1 mar. 2009. DOI 10.1177/0192512109102432. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/228389098_Presidentialization_Pluralization_and_the_Rollback_of_Itamaraty_Explaining_Change_in_Brazilian_Foreign_Policy_Making_in_the_Cardoso-Lula_Era. Acesso em: 26 mar. 2021.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. O pensamento sanitaria na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados - Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/his-8067>. Acesso em: 15 mar. 2021.

CERVO, Amado Luiz. Socializando o desenvolvimento: uma história da cooperação técnica internacional do Brasil. **Rev. Bras. Polít. Int.**, Brasília, ano 1994, v. 37, n. 1, p. 37-63, 1994. Disponível em:
https://www.academia.edu/4778231/Socializando_o_desenvolvimento_uma_historia_da_cooperacao_tecnica_internacional_do_Brasil. Acesso em: 26 mar. 2021.

CERVO, Amado Luiz; BUENO, Clodoaldo. **História da Política Exterior do Brasil**. 3. ed. Brasília: Editor UnB, 2015. ISBN 978-8523012878.

CHAVES, Cleide de Lima. Poder e saúde na América do Sul: os congressos sanitários internacionais, 1870-1889. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 411-434, jun. 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702013000200411&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 18 mar. 2021.

COOPER, Andrew F. **Niche Diplomacy: middle powers after the Cold War**. 1. ed. Nova York: St. Martin's Press, 1997. ISBN 978-1-349-25902-1. DOI 10.1007/978-1-349-25902-1. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-349-25902-1_1. Acesso em: 26 mar. 2021.

CUETO, Marcos. **El Valor de la Salud: Historia de la Organización Panamericana de la**

Salud. Washington, D.C: OPS, 2003. ISBN 92 75 31600 7. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/288004584_El_Valor_de_la_Salud_Historia_de_la_Organizacion_Panamericana_de_la_Salud. Acesso em: 3 mar. 2021.

DAVIES, Sara E.; WENHAM, Clare. Why the COVID-19 response needs International Relations. **International Affairs**, [s. l.], ano 2020, v. 96, n. 5, p. 1227–1251, 2020. DOI 10.1093/ia/iaa135. Disponível em: <https://academic.oup.com/ia/article/96/5/1227/5901405?login=true>. Acesso em: 17 mar. 2021.

FELDBAUM, Harley; LEE, Kelley; MICHAUD, Joshua. Global Health and Foreign Policy. **Epidemiologic Reviews**, [s. l.], v. 32, n. 1, p. 82–92, 27 abr. 2010. DOI 10.1093/epirev/mxq006. Disponível em: <https://academic.oup.com/epirev/article/32/1/82/497521?login=true>. Acesso em: 8 mar. 2021.

FERREIRA et al. A Experiência da Fundação Oswaldo Cruz em Relações Internacionais para o Desenvolvimento da Ciência e Tecnologia no Campo da Saúde. *In*: BUSS, Paulo Marchiori; TOBAR, Sebastián (org.). **Diplomacia em saúde e saúde global: perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 609 - 632.

FIDLER, David P. From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations. **Chinese Journal of International Law**, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 325–392, 2005a. DOI 10.1093/chinesejil/jmi029. Disponível em: <https://academic.oup.com/chinesejil/article/4/2/325/490058>. Acesso em: 17 mar. 2021.

_____. The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. **Bulletin of the World Health Organization**: the International Journal of Public Health, [s. l.], v. 79, n. 9, p. 842-849, 2005b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/74977>. Acesso em: 17 mar. 2021.

_____. SARS: Political pathology of the first post-Westphalian pathogen. **Journal of Law, Medicine & Ethics**, [s. l.], v. 31, n. 4, p. 485-505, 2003. DOI 10.1111/j.1748-720x.2003.tb00117.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14968652/>. Acesso em: 11 mar. 2021.

_____. Germs, Norms and Power: Global Health's Political Revolution. **Law, Social Justice & Global Development Journal**, [s. l.], v. 1, 2004. Disponível em: http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/law/elj/ugd/2004_1/fidler/. Acesso em: 11 mar. 2021.

_____. Health as Foreign Policy: Between Principle and Power. **Articles by Maurer Faculty**, Bloomington, p. 1-18, 2005c. Disponível em: <https://www.repository.law.indiana.edu/facpub/525>. Acesso em: 9 mar. 2021.

_____. Health as Foreign Policy: harnessing globalization for health. **Health Promotion International**, [s. l.], v. 21, n. suppl_1, p. 51–58, 2006. DOI 10.1093/heapro/dal051. Disponível em: https://academic.oup.com/heapro/article/21/suppl_1/51/769169. Acesso em: 8 mar. 2021.

_____. Navigating the Global Health Terrain: Mapping Global Health Diplomacy. **Asian Journal of WTO & International Health Law and Policy**, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 1-45, 2011. Disponível em: <https://www.repository.law.indiana.edu/facpub/820/>. Acesso em: 8 mar. 2021.

_____. The World Health Organization and Pandemic Politics: The good, the bad, and an ugly future for global health. **Think Global Health**. 10 abr. 2020. Disponível em: <https://www.thinkglobalhealth.org/article/world-health-organization-and-pandemic-politics>. Acesso em: 13 mar. 2021.

FONSECA, Luiz Eduardo; BUSS, Paulo M. Diplomacia e cooperação em saúde: uma perspectiva da Fiocruz. *In*: ALMINO, João; MOREIRA LIMA, Sérgio Eduardo (org.). **30 anos da ABC: Visões da cooperação técnica internacional brasileira**. Brasília: FUNAG, 2017. p. 223-254. Disponível em: http://funag.gov.br/biblioteca/index.php?route=product/product&product_id=872. Acesso em: 26 mar. 2021.

FREDERICO, 2018 - A Assessoria de Assuntos internacionais de Saúde do Ministério da Saúde: temas e desafios. *In*: Brasil. Ministério da Saúde. **Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde - Saúde e Política Externa : os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. p. 23-36.

FUNDAÇÃO ALEXANDRE DE GUSMÃO - FUNAG. **Discursos selecionados do Presidente José Sarney**. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2008. Disponível em: http://funag.gov.br/biblioteca/index.php?route=product/product&product_id=278&search=&page=36. Acesso em: 22 mar. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ et al. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/saude-no-brasil-em-2030-diretrizes-para-prospecao-estrategica-do-sistema-de-saude-brasileiro>. Acesso em: 17 mar. 2021.

_____. **Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano**. Série Documentos Monitoramento Agenda 2030 – rBLH em Dados / Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020. Disponível em: <https://rblh.fiocruz.br/serie-documentos>. Acesso em: 17 mar. 2021.

GARAY, J. Los retos de salud en la década que empieza: de la cooperación internacional al concepto de Salud Global. Implicaciones para la cooperación de especialistas clínicos. **Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología**, [s. l.], v. 55, n. 5, p. 413-418, 2011. DOI 10.1016/j.recot.2011.03.013. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirurgia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-los-retos-salud-decada-que-S1888441511001640>. Acesso em: 8 mar. 2021.

GAUDÊNCIO, Sérgio Alexandre. **Contextos para definição de competências profissionais aos que atuam na área internacional da saúde**. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24306>. Acesso em: 19 mar. 2021.

GAYARD, Nicole. Health as niche diplomacy: assessing design and practices of Brazilian health diplomacy at the beginning of the 21st century. **Rev. bras. polít. int.** Brasília, v. 62, n.1, e012, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-73292019000100212&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 mar. 2021.

GIACCAGLIA, Clarisa. La influencia de los actores domésticos en la política exterior brasileña durante el gobierno de Lula da Silva. **CONfines relacion. internaci. ciencia política**, Monterrey, v.6, n.12, p. 95-121, dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-35692010000200005&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 23 mar. 2021.

HANRIEDER, Tine. WHO orchestrates?: Coping with competitors in global health. *In*: ABBOTT, Kenneth W. *et al.*, (ed.). **International Organizations as Orchestrators**. Cambridge: Cambridge University Press, 2015. p. 191 - 213. ISBN 9781107082205. Disponível em: <http://eprints.lse.ac.uk/id/eprint/106710>. Acesso em: 8 mar. 2021.

HERRERO, María Belén. Moving towards South-South International Health: debts and challenges in the regional health agenda. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2169-2174, jul. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702169&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 mar. 2021.

HILLEMAND, Bernard; SÉGAL, Alain. Les six dernières conférences sanitaires internationales de 1892 à 1926: Prémices de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.). **Histoire des Sciences médicales**, Reims, v. 48, n. 1, p. 131-138, 2014. Disponível em: <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/parteneriats/revue-histoire-sciences-medicales.php?do=fasc&vol=48&fasc=1>. Acesso em: 8 mar. 2021.

HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do estado (Brasil 1910-1930). **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v.6, n.11, p.40-61. 1993. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/reh/article/view/1956/1095>. Acesso em: 17 mar. 2021.

HORTON, Richard. Health as an instrument of foreign policy. **The Lancet**, [s. l.], v. 369, n. 9564, p. 806-807, 10 mar. 2007. DOI 10.1016/S0140-6736(07)60378-X. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)60378-X/references](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)60378-X/references). Acesso em: 8 mar. 2021.

HOWARD-JONES, Norman. **The scientific background of the International Sanitary Conferences, 1851-1938: HISTORY OF INTERNATIONAL PUBLIC HEALTH**. 1. ed. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1975. v. 1. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/62873>. Acesso em: 8 mar. 2021.

IGLESIAS PUENTE, Carlos Alfonso. **A cooperação técnica horizontal brasileira como instrumento de política externa: a evolução da cooperação técnica com países em desenvolvimento – CTPD- no período 1995- 2005**. 1. ed. Brasília: FUNAG, 2010. ISBN 978.85.7631.230-7. Disponível em: http://funag.gov.br/biblioteca/index.php?route=product/product&product_id=429. Acesso em: 8 mar. 2021.

INGRAM, Alan. The New Geopolitics of Disease: Between Global Health and Global Security. **Geopolitics**, [s. l.], v. 10, n. 3, p. 522-545, 2005. DOI 10.1080/14650040591003516. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14650040591003516>. Acesso em: 6 mar. 2021.

INTERAGENCY COORDINATION GROUP ON ANTIMICROBIAL RESISTANCE - IACG. **No Time to Wait: Securing the future from drug-resistant infections**: Report to the Secretary-General of the United Nations. Geneva: World Health Organization (OMS), 2019. Disponível em: <https://www.who.int/antimicrobial-resistance/interagency-coordination-group/final-report/en/>. Acesso em: 17 mar. 2021.

INTERGOVERNMENTAL PANEL ON CLIMATE CHANGE- IPCC. **Climate Change 2014: Synthesis Report. Contribution of Working Groups I, II and III to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change**. Geneva: IPCC, 2014. Disponível em: <https://www.ipcc.ch/report/ar5/syr/>. Acesso em: 6 mar. 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA; AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO - ABC. **Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: levantamento 2014 - 2016**. Brasília: IPEA; ABC; 2018. ISBN 978-85-7811-341-4. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34507&Itemid=433. Acesso em: 17 mar. 2021.

KASTRUP, Erica et al. Cooperação Sul-Sul-Sul: a cooperação estruturante tripartite Brasil-Cuba-Haiti e a participação da Fiocruz; *In*: BUSS, Paulo Marchiori; TOBAR, Sebastián (org.). **Diplomacia em saúde e saúde global: perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 633 - 653.

KAAYA; JACOBS; MACFARLANE, 2008 - In the name of global health: trends in academic institutions - <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19079297/>

KICKBUSCH, Ilona. Desafios da Governança Global em Saúde: estamos prontos?. *In*: BUSS, Paulo Marchiori; TOBAR, Sebastián (org.). **Diplomacia em saúde e saúde global: perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 181-194.

KICKBUSCH, Lona; LEUNG, Gabriel M. We need new forms of governance to better manage our response to pandemics. **British Medical Journal**, BJM Opinion, Londres, 3 fev. 2020. Disponível em: <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/02/03/we-need-new-forms-of-governance-to-better-manage-our-response-to-pandemics>. Acesso em: 17 mar. 2021.

KOPLAN, Jeffrey P. *et al.* Towards a common definition of global health. **The Lancet**, [s. l.], v. 373, n. 9679, p. 1993-1995, 6 jun. 2009. DOI 10.1016/S0140-6736(09)60332-9. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60332-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60332-9/fulltext). Acesso em: 17 mar. 2021.

LABONTÉ, Ronald *et al.* Health in All (Foreign) Policy: challenges in achieving coherence. **Health Promotion International**, [s. l.], v. 29, n. suppl_1, p. i48–i58, 2014. DOI 10.1093/heapro/dau031. Disponível em: https://academic.oup.com/heapro/article/29/suppl_1/i48/645176. Acesso em: 17 mar. 2021.

LEE, Kelley; CHAGAS, Luiz Carlos; NOVOTNY, Thomas E. Brazil and the Framework Convention on Tobacco Control: Global Health Diplomacy as Soft Power. **Plos Med**, São Francisco, 20 abr. 2010. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000232>. Acesso em: 16 mar. 2021.

LIMA, Jordão Horácio da Silva. Saúde global e política externa brasileira: negociações

referentes à inovação e propriedade intelectual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.7, p. 2213-2221, jul. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702213&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 mar. 2021.

LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 24-116. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/7512>. Acesso em: 13 mar. 2021.

LUZ, Douglas Valletta. Cooperação em saúde com o Haiti *In*: Brasil. Ministério da Saúde. **Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde - Saúde e Política Externa : os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. p. 111-148.

MACHADO, Raquel; ALCÂNTARA, Tatiana L. R. Cooperação humanitária em saúde *In*: Brasil. Ministério da Saúde. **Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde - Saúde e Política Externa: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. p. 253-268.

MCINNES, Colin; LEE, Kelley. **Global Health and International Relations**. 1st. ed. Cambridge: Polity, 2012. ISBN 978-0745649467.

MERSON, Michael H.; BLACK, Robert E.; MILLS, Anne; ANDERSON, Stuart. **Global health: diseases, programs, systems, and policies**. 4th. ed. Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning, 2020. ISBN 9781284122626

MILANI, Carlos R. S. A importância das relações Brasil-Estados Unidos na política externa brasileira. *In*: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. **Boletim de Economia e Política Internacional**. Brasília, v. 6, p. 69-85, jan. - mar. 2010. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=8921%3Aboletim-de-economia-e-politica-internacional-no-6-abriljunho-2011&catid=183%3Adinte&directory=1&Itemid=1. Acesso em: 17 mar. 2021.

MYRDAL, Gunnar. **Asian drama: An inquiry into the poverty of nations**. 1st. ed. New York: Pantheon Books, 1971. ISBN 978-0394470863.

NUNES FERREIRA, Aloysio. *In*: ALMINO, João; MOREIRA LIMA, Sérgio Eduardo (org.). **30 anos da ABC: Visões da cooperação técnica internacional brasileira**. Brasília: FUNAG, 2017. p. 9 - 13. Disponível em: http://funag.gov.br/biblioteca/index.php?route=product/product&product_id=872. Acesso em: 26 mar. 2021.

NYE, Joseph S. **Soft Power: The Means To Success In World Politics**. 1. ed. New York: PublicAffairs, 2004. ISBN 978-1-58648-306-7.

PAGOTTO, Barbara Frossard. O Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005) na agenda de cooperação em saúde do Mercosul e a emergência do vírus zika. *In*: Brasil. Ministério da Saúde. **Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde - Saúde e Política Externa : os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018)**. Brasília: Ministério

da Saúde, 2018. p. 201-220

PINHEIRO, Leticia de Abreu. **Política externa brasileira: (1889-2002)**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010. ISBN 978-8571108110.

PIRES-ALVES, Fernando A. et al. A cooperação técnica Opas-Brasil e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde: trajetórias históricas e agendas contemporâneas. **RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 68-77, mar. 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17401>. Acesso em: 19 mar. 2021.

RAMALHO FILHO; LIMA, 2018 - O Programa mais médicos e a cooperação trilateral Brasil - OPAS-Cuba para o fortalecimento da atenção básica no SUS; *In*: Brasil. Ministério da Saúde. **Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde - Saúde e Política Externa : os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. p. 221-242.

REPERANT, Leslie A.; OSTERHAUS, Albert D.M.E. AIDS, Avian flu, SARS, MERS, Ebola, Zika... what next?. **VACCINE**, [s. l.], v. 35, n. 35, p. 4470-4474, 2017. DOI 10.1016/j.vaccine.2017.04.082. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X17305832?via%3Dihub>. Acesso em: 18 mar. 2021.

REZENDE, Bruno Pereira. Saúde, política externa e diplomacia pública. *In*: Brasil. Ministério da Saúde. **Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde - Saúde e Política Externa : os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. p. 37-72.

SALDAÑA, Juan José. Ciência e identidade cultural: História da ciência na América Latina. *In*: FIGUEROA, Silvia F. de M. (org.). **Um olhar sobre o passado: História das ciências na América Latina**. 1. ed. São Paulo: Unicamp, 1999. cap. 1, p. 11-27. ISBN 978-8526804883. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/313878577_Ciencia_e_identidade_cultural_Historia_da_ciencia_na_America_Latina. Acesso em: 15 mar. 2021.9

SANTOS, Luís Cláudio Villafañe G. **O Brasil entre a América e a Europa: o império e o interamericanismo (do congresso do Panamá à conferência de Washington)**. 1. ed. São Paulo: Unesp, 2004. ISBN 8571395292.

SARAIVA, Miriam Gomes. Balanço da política externa de Dilma Rousseff: perspectivas futuras?. **Relações Internacionais**, Lisboa, n.44, p. 25-35, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-91992014000400003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 mar. 2021.

SATO, Eiiti. Cooperação internacional: uma componente essencial das relações internacionais. **RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 46-57, mar. 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17399>. Acesso em: 13 mar. 2021.

SMITH, Korydon; RAM, Pavani Kalluri (ed.). **Transforming Global Health:**

Interdisciplinary Challenges, Perspectives, and Strategies. 1. ed. [S. l.]: Springer, 2020. ISBN 978-3-030-32111-6. DOI 10.1007/978-3-030-32112-3. Disponível em: <https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-030-32112-3>. Acesso em: 12 mar. 2021

SREENIVASAN, Gopal; BENATAR, Solomon R. Challenges for Global Health in the 21st Century: Some Upstream Considerations. **Theoretical Medicine and Bioethics**, [s. l.], ano 2006, v. 27, p. 3-11, 2006. DOI <https://doi.org/10.1007/s11017-005-5752-3>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11017-005-5752-3#Bib1>. Acesso em: 3 mar. 2021.

TOBAR, Sebastián. Governança da Saúde Global e Regional: OMS/Opas. In: BUSS, Paulo Marchiori; TOBAR, Sebastián (org.). **Diplomacia em saúde e saúde global: perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 385-420.

_____. **General Assembly - Twenty-fifth Session: Resolutions Adopted on the Reports of the Second Committee**. New York: UN, 1970. Disponível em: <https://research.un.org/en/docs/ga/quick/regular/25>. Acesso em: 16 mar. 2021.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME - UNDP. **Human development report 1994**. New York: UNDP, 1994. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-report-1994>. Acesso em: 23 mar. 2021.

VANDERWAGEN, William. Health Diplomacy: Winning Hearts and Minds through the Use of Health Interventions. **Military Medicine**, [s. l.], v. 171, n. suppl_1, p. 3-4, 2006. DOI 10.7205/MILMED.171.1S.3. Disponível em: https://academic.oup.com/milmed/article/171/suppl_1/3/4577799. Acesso em: 12 mar. 2021.

VIEIRA, Marco Antonio. The securitization of the HIV/AIDS epidemic as a norm: a contribution to constructivist scholarship on the emergence and diffusion of international norms. **Braz. political sci. rev. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 2, Selected Edition, dez. 2007. Disponível em: http://socialsciences.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-38212007000200005&lng=pt&nrm=iso.. Acesso em: 11 mar. 2021.

VIGEVANI, Tullo; CEPALUNI, Gabriel. A política externa de Lula da Silva: a estratégia da autonomia pela diversificação. **Contexto int.** Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 273-335, Dez. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-85292007000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 mar. 2021.

WENDT, Alexander. Anarchy is what States Make of it: the Social Construction of Power Politics. **International Organization**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 391-425, 1992. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2706858>. Acesso em: 12 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Declaration of Alma-Ata**. Alma-Ata: WHO, 1978. Disponível em: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>. Acesso em: 17 mar. 2021.

_____. **Urgent Health Challenges for the next decade**. [s.l.], 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/urgent-health-challenges-for-the-next-decade>. Acesso em: 17 mar. 2021.

_____. **Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs**,

Sustainable Development Goals. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/200009>. Acesso em: 16 mar. 2021.

_____. **Basic documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019).** Geneva: WHO, 2020b. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/>. Acesso em: 16 mar. 2021.

_____. **The future of financing for WHO: Report of an informal consultation convened by the Director-General.** Geneva: WHO, 2010. Disponível em: https://www.who.int/dg/future_financing/who_dgo_2010_1/en/. Acesso em: 18 mar. 2021.

_____. **Looking back at a year that changed the world: WHO's response to COVID-19.** Geneva: WHO, 2021a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/looking-back-at-a-year-that-changed-the-world-who-s-response-to-covid-19>. Acesso em: 19 mar. 2021.

_____. **Reform of WHO's work in health emergency management: WHO Health Emergencies Programme. Report by the Director-General.** Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252688>. Acesso em: 21 mar. 2021.

_____. **WHO Health Emergency Dashboard.** [s.l], 2021b. Disponível em: <https://covid19.who.int>. Acesso em: 17 mar. 2021.

ZACHER, Mark W.; KEEFE, Tania J. **The Politics of Global Health Governance:** United by Contagion. 1. ed. [S. l.]: Palgrave Macmillan, 2008. ISBN 978-1349373291.