

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

JULIA CANARIM DE MENEZES

**A POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA E A COOPERAÇÃO EM SAÚDE NO SUL
GEOPOLÍTICO: TENDÊNCIAS E DESAFIOS DE 1995 A 2023**

**Santana do Livramento
2024**

JULIA CANARIM DE MENEZES

**A POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA E A COOPERAÇÃO EM SAÚDE NO SUL
GEOPOLÍTICO: TENDÊNCIAS E DESAFIOS DE 1995 A 2023**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Relações Internacionais da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Relações Internacionais.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Nathaly Silva Xavier Schutz

De acordo,

**Santana do Livramento
2024**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais).

d212p de Menezes, Julia Canarim

A POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA E A COOPERAÇÃO EM SAÚDE NO SUL
GEPOLÍTICO: TENDÊNCIAS E DESAFIOS DE 1995 A 2022 / Julia Canarim de Menezes.

164 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -- Universidade Federal do Pampa,
RELAÇÕES INTERNACIONAIS, 2024.

"Orientação: Nathaly Silva Xavier Schutz".

1. Política Externa. 2. Cooperação em saúde. 3. Soft Power. 4. Sul Geopolítico.
5. Diplomacia. I. Título.

JULIA CANARIM DE MENEZES

**A POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA E A COOPERAÇÃO EM SAÚDE NO SUL
GEOPOLÍTICO: TENDÊNCIAS E DESAFIOS DE 1995 A 2023**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Relações Internacionais da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharelado em Relações Internacionais.

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em : 02\12\2024

Banca examinadora:

Prof.^a Dr.^a Nathaly Silva Xavier Schutz

Orientadora

UNIPAMPA

Prof. Dr. Flávio Augusto Lira do Nascimento

UNIPAMPA

Prof.^a Dr.^a Kamilla Raquel Rizzi

UNIPAMPA

Dedico este trabalho a Fabricia Schaukoski Canarim, Veronica Barbosa Tavares de Menezes (*in memorian*) e Irma Schaukoski Canarim, as três mulheres que me fizeram ser quem eu sou e chegar a este momento.

AGRADECIMENTO

Não tenho como começar essa parte especial do meu trabalho sem ser agradecendo a minha maior inspiração, orgulho e minha fortaleza, minha mãe: Fabricia Schaukoski Canarim. Ela que nunca passou por momentos fáceis na vida, mas perseverou brilhantemente, criou 4 filhas que refletem justamente a garra, inteligência e beleza no que faz. De forma admirável, essa grande mulher me fez chegar a este momento, com seu apoio incondicional aos meus sonhos, ela sem dúvidas faz parte de cada etapa deste trabalho mesmo com a distância. Essa que se resumiu a mensagens, videochamadas e longas viagens para certificar-se de que eu estava trilhando meu próprio caminho como ela me ensinou. Te amo mais que tudo mãe, este trabalho é para você e por você.

Junto dessa mulher incrível soma-se 3 irmãs que eu me orgulho também. Veronica, minha inspiração desde criança, minha heroína durona, mas com coração cheio de amor, a médica mais brilhante que o mundo poderia ter, mostrou-me sempre bons exemplos. Vitória, com uma caminhada tortuosa que se ressignifica a cada dia, um coração tão puro e cheio de amor que me mostra que o mundo não é capaz de destruir a sua aura. Giovana, que por anos vem sendo mais que minha irmã (quase gêmea), minha melhor amiga, mostrou-me como descobrir o mundo sem medo de ser feliz, a cada etapa lá está ela com um lindo sorriso e uma gargalhada. Sem esquecer de que como uma estudante de direito exemplar corrigiu cada linha deste trabalho, encontrando tempo onde nem eu entendo para me ajudar nessa fase.

Por ordem de chegada, ele que não é meu irmão de sangue mas nos adotou como sua família a partir do momento que se entregou com grande amor a Veronica, Alan Marcelino, o cunhado mais incrível que Deus poderia nos dar, passando a ser mais um membro dessa incrível família, que me mostrou a cada dia como ser uma pessoa melhor. Gostaria de agradecer também ao meu pai, Marcus Thadeu de Menezes, que apesar das circunstâncias da vida se fez presente nos meus dias de graduação e me ajudou da forma que pode para que eu chegasse aqui. A minha caçula, a pequena grande bebê, Ana Maria, que me mostrou um amor e proteção sobre alguém, tão genuíno que nunca havia sentido, mesmo que ela não entenda ainda, queria deixar registrado meu imenso amor pela minha mãe número 1, que me motiva todos os dias a ser uma pessoa melhor para que ela tenha bons exemplos na vida. A minha avó, Irma Schaukoski Canarim, que sempre foi uma das minhas maiores referências de luta e amor. Também, a toda essa grande família, que obviamente não terei como citar um por um, mas que fizeram com que eu pudesse seguir meu sonho e elaborar este trabalho tão longe de

casa. As minhas amigas em Criciúma, que mesmo com a distância se fizeram importantes nessa nova caminhada, em especial a elas: Isadora Vitali, Maria Clara Alexandrino, Agatha Vaz e Heloisa Lalau que desde a escola me acompanham e sem dúvidas me fizeram ser melhor a cada dia.

Cabe agora agradecer as pessoas que foram meu apoio presencial nessa cidade. Digo que o trio que me sustentou, principalmente em 2024, foram: Igor Vieira, Marina Flores e Jaderson de Castro. Igor Vieira, você sabe o quão grata eu sou a você, penso todos os dias em quão sortuda eu fui de te encontrar neste mundo, sempre lhe digo como a vida é linda aos seus olhos e acredite nisso, tento todos os dias ver ele a sua forma. Você me mostra a cada dia como viver, ser feliz, ser eu mesma e até ser triste de forma leve e inspiradora. Com um muro sentimental sob mim, você é capaz de quebrá-lo e adentrar lindamente na minha vida, conhecendo cada aspecto de mim e me aceitando com toda minha carga. Ele que se faz presente seja em trabalhos acadêmicos ou na vida pessoal com momentos inesquecíveis. Te admiro como pesquisador, amigo, pessoa e acima de tudo ser humano, você é brilhante e eu te amo tanto que nunca imaginei amar alguém.

A Marina Flores Nunes, obrigada por estar ao meu lado desde as primeiras semanas nessa nova jornada, nossa conexão também é inexplicável pra mim, por isso me orgulho muito de ver onde conseguimos chegar. Obrigada por me aguentar todos os dias com meus trejeitos do cotidiano e suas reclamações sem sentido. Por isso, sempre digo que essa experiência de morar com a melhor amiga foi como morar com uma das minhas irmãs, você foi família, suporte incontestável e amizade em cada dia, te amo tanto. Jaderson, o menino tímido da Tabatinga, que sem muitas palavras, mas com seu jeitinho se fez presente, acredito que nossa conexão se baseou na identificação pessoal, como nos parecemos tanto. Obrigada pelos jantares, risadas e conversas. Te amo e sei que você tem o potencial de conquistar o mundo para além de Santana do Livramento.

Ao Vitor Araujo que de forma carinhosa e afetuosa chegou a minha vida sempre com apoio incondicional. O cineasta e internacionalista mais incrível e admirável, obrigada por cada momento, cada implicância e acima de tudo obrigada por fazer minha amiga tão feliz. O que a Avenida Paulista uniu ninguém será capaz de separar. Além disso, obrigada por ter me apresentado a um grupo de pessoas que nunca imaginei que pudesse fazer parte, justo no meu último ano de graduação. As pessoas mais incríveis que a Unipampa teve, chegaram nessa etapa e fizeram muito significado a minha vida, tanto acadêmica quanto pessoal, desde cafés

da tarde falando sobre TCC até a noite de slides que me ajudaram muito, obrigada a todos. Guilherme Setokushi e sua obsessão por bombas, tem uma inteligência incrível e é uma pessoa inestimável, obrigada por todas as conversas e momentos inesquecíveis. Lucas de Lima, possui uma mente com expertise admirável, obrigada por todas as discussões acaloradas e sinceridade absurda. Bruno, que apesar da recusa, se fez importante no meu dia a dia na graduação, obrigada por me permitir te conhecer e admirar. Iannic, o cara mais legal que poderia conhecer, tem seu jeito único e admirável de ser, obrigada por ser você e ser meu amigo. Samuel e Heloisa, obrigada por dividirem esses últimos meses comigo, obrigada pelas risadas escandalosas e pelos vídeos de Fórmula 1.

Ao Angelo, que me mostrou a importância da conversa, do perdão e do ressignificar. Que desde o início me tirou as gargalhadas mais sinceras, mas por ser um amigo tão incrível e bondoso, com essa postura que apenas engana eu pude ver o coração gigante que você tem. Obrigada por cada conversa madrugada adentro, cada risada, cada implicância sem sentido, nosso eterno presidente e sua diretora financeira. Alegrou e ressignificou meus últimos meses aqui, ressurgindo na minha vida de forma leve e natural, obrigada. Guilherme Dias com seu talento, carinho inestimável e abraços genuínos, Luiza Larruscahim (Manoela) com sua lealdade e seu jeitinho, Antônio Camargo com sua parceria, fofocas e cafés. A todos que estiveram comigo em 2023, obrigada por cada momento e por se fazerem presentes num ano tão difícil pra mim. Assim, agradeço por cada um que passou por minha vida nessa jornada, deixando em mim uma marca e um significado.

A Naomi, minha psicóloga, que chegou também nessa reta final para me auxiliar nesse processo e na minha vida como um todo, que me faz entender o mundo e a mim, mostrando com clareza e inteligência como explorar o mundo sem culpa de ser quem eu sou. Ela que além de ter criado um amigo tão especial como o Guilherme me mostrou lindamente a missão de vida através da psicologia, possibilitando que muitos chegassem até essa etapa.

Ao professor Renato Costa, que conquistou minha sincera admiração desde a primeira aula, ainda durante o regime de EAD. Sempre com fortes opiniões, me apresentou ao estudo do Oriente Médio através do GAEOMAM, com um espaço importante de pesquisa e discussão. Além de me agraciar com uma bolsa de pesquisa neste ano, me apoiando como pesquisadora e confiando no meu potencial, obrigada professor por me proporcionar espaço de discussão com conversas super importantes. A professora Kamilla Rizzi, que agora está na minha banca, mas que confiou na minha pesquisa desde o primeiro semestre presencial,

mostrando que meu tema “diferente” fazia muito sentido e tinha tudo para dar certo, mostrando que minha admiração por ela estava certa.

Agradeço à minha orientadora, Nathaly Silva Xavier que brilhantemente regia as melhores aulas de teoria e nos forma como melhores profissionais de Relações Internacionais. Que em meio as adversidades deste ano, num momento que pensei que não daria seguimento a pesquisa, me escolheu e me acolheu como pesquisadora me guiando nesse caminho de conclusão nutrindo assim minha maior admiração, obrigada professora. Aos demais docentes do curso, Jair Coitinho, Rafael Ferraz, Alessandra Troian, Patricia Eveline, Pierre, Altacir, Leticia Britto, Flavio Lira, Anna Carletti, Fabio Bento, Rafael Schmidt, Rafael Balardim, Marcio Guimaraes, agradeço imensamente por sua contribuição na minha formação como pesquisadora e como pessoa.

Por fim, agradeço a todos os professores do Colégio São Bento de Criciúma que me moldaram para chegar onde estou e serviram como inspiração para lutar pelo que eu acredito. A Universidade Federal do Pampa, por ter me proporcionado 4 anos de muito aprendizado em todos os âmbitos da vida, acima de tudo pelo ensino público, gratuito e de qualidade. Por fim, aos terceirizados que trabalham na universidade e muitas vezes fizeram nos sentir em casa.

“O direito ao desenvolvimento diz que a ação internacional, inclusive por estados mais ricos, para remediar as desigualdades é uma obrigação e não uma caridade.”

- Sérgio Vieira de Mello

"Talvez tudo o que esteja quebrado possa ser consertado, e tudo o que esteja perdido possa ser encontrado. Só precisamos de alguém que acredite, alguém que nunca desista. Porque, quando acreditamos, podemos redescobrir a magia escondida no cotidiano, nos pequenos detalhes, no brilho de uma antiga peça de cinema ou no som de uma estação movimentada."

- Hugo Cabret.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo analisar o papel da política externa brasileira na promoção da cooperação em saúde no sul geopolítico entre os anos de 1995 e 2023, com foco nas ações voltadas ao fortalecimento de laços diplomáticos e expansão da influência regional e global do Brasil. O estudo também adota o método hipotético-dedutivo, que parte de uma hipótese inicial sobre o impacto da política externa brasileira na saúde global e busca testar essa hipótese mediante a análise de documentos, casos de cooperação e políticas adotadas pelo Brasil entre 1995 e 2023. Para obter dados relevantes, a pesquisa utiliza fontes bibliográficas e documentais, incluindo livros, artigos científicos, documentos oficiais, relatórios governamentais e notícias que oferecem uma visão detalhada das iniciativas de cooperação em saúde. Para isso, utiliza-se a argumentação de que o Brasil, ao utilizar a diplomacia de saúde como estratégia de *soft power*, busca contribuir para a melhoria dos sistemas de saúde de países parceiros, promovendo uma cooperação estruturante que prioriza a autonomia e a sustentabilidade. A pesquisa utiliza uma metodologia qualitativa para corroborar a hipótese sobre o papel da política externa brasileira na promoção da cooperação em saúde no Sul Geopolítico. Esse método qualitativo permite uma análise aprofundada de como o Brasil desenvolveu sua diplomacia de saúde, destacando a relevância de fatores históricos, contextuais e políticos que influenciam suas ações no cenário internacional. A análise passa a ressaltar que, embora o Brasil tenha se consolidado como um líder no sul geopolítico, as políticas de saúde internacional são frequentemente impactadas por limitações internas, como instabilidade econômica e dependência de recursos públicos. Dessa forma, o presente estudo procurou destacar como a pandemia de COVID-19 foi um ponto crítico de reafirmação da importância da saúde nas relações internacionais e expor as vulnerabilidades da diplomacia brasileira. Como forma de utilização de estudos de caso, o trabalho recorreu à análise da participação brasileira em grupos como BRICS, IBAS e UNASUL para examinar o impacto e os desafios dessas iniciativas. Em conclusão, a pesquisa sugere que, para sustentar uma política externa de saúde sólida e eficaz, o Brasil deve desenvolver estratégias que garantam a continuidade e a resiliência dessas políticas, independentemente das variações políticas e econômicas internas.

Palavras-Chave: Política externa; Cooperação em saúde; *Soft power*; Sul geopolítico; Diplomacia.

ABSTRACT

This research aims to analyze the role of Brazilian foreign policy in promoting health cooperation in the geopolitical South between 1995 and 2023, focusing on actions aimed at strengthening diplomatic ties and expanding Brazil's regional and global influence. The study also adopts the hypothetical-deductive method, which starts from an initial hypothesis about the impact of Brazilian foreign policy on global health and seeks to test this hypothesis by analyzing documents, cooperation cases, and policies adopted by Brazil between 1995 and 2023. To obtain relevant data, the research uses bibliographic and documentary sources, including books, scientific articles, official documents, government reports, and news items that offer a detailed view of health cooperation initiatives. To this end, the argument is used that Brazil, by using health diplomacy as a soft power strategy, seeks to contribute to the improvement of the health systems of partner countries, promoting structuring cooperation that prioritizes autonomy and sustainability. The research uses a qualitative methodology to corroborate the hypothesis about the role of Brazilian foreign policy in promoting health cooperation in the Geopolitical South. This qualitative method allows for an in-depth analysis of how Brazil developed its health diplomacy, highlighting the relevance of historical, contextual, and political factors that influence its actions on the international scene. The analysis goes on to emphasize that, although Brazil has consolidated itself as a leader in the geopolitical South, international health policies are often impacted by internal limitations, such as economic instability and dependence on public resources. Thus, this study sought to highlight how the COVID-19 pandemic was a critical point in reaffirming the importance of health in international relations and exposing the vulnerabilities of Brazilian diplomacy. As a form of case study, the work resorted to the analysis of Brazilian participation in groups such as BRICS, IBSA, and UNASUR to examine the impact and challenges of these initiatives. In conclusion, the research suggests that, to sustain a solid and effective foreign health policy, Brazil must develop strategies that ensure the continuity and resilience of these policies, regardless of internal political and economic variations.

Keywords: Foreign policy; Health cooperation; Soft power; Geopolitical South; Diplomacy.

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo analizar el papel de la política exterior brasileña en la promoción de la cooperación sanitaria en el sur geopolítico entre los años 1995 y 2023, centrándose en acciones destinadas a fortalecer los vínculos diplomáticos y ampliar la influencia regional y global de Brasil. El estudio también adopta el método hipotético-deductivo, que parte de una hipótesis inicial sobre el impacto de la política exterior brasileña en la salud global y busca probar esa hipótesis a través del análisis de documentos, casos de cooperación y políticas adoptadas por Brasil entre 1995 y 2023. Para obtener datos relevantes, la investigación utiliza fuentes bibliográficas y documentales, incluyendo libros, artículos científicos, documentos oficiales, informes gubernamentales y noticias que ofrecen una visión detallada de las iniciativas de cooperación en salud. Para ello, se argumenta que Brasil, al utilizar la diplomacia sanitaria como estrategia de poder blando, busca contribuir a la mejora de los sistemas de salud en los países socios, promoviendo una cooperación estructurante que priorice la autonomía y la sostenibilidad. La investigación utiliza una metodología cualitativa para corroborar la hipótesis sobre el papel de la política exterior brasileña en la promoción de la cooperación sanitaria en el Sur Geopolítico. Este método cualitativo permite analizar en profundidad cómo Brasil desarrolló su diplomacia sanitaria, destacando la relevancia de factores históricos, contextuales y políticos que influyen en sus acciones en el escenario internacional. El análisis destaca que, si bien Brasil se ha consolidado como líder en el sur geopolítico, las políticas sanitarias internacionales a menudo se ven impactadas por limitaciones internas, como la inestabilidad económica y la dependencia de los recursos públicos. Así, el presente estudio buscó resaltar cómo la pandemia de COVID-19 fue un punto crítico para reafirmar la importancia de la salud en las relaciones internacionales y exponer las vulnerabilidades de la diplomacia brasileña. Como forma de utilizar estudios de caso, el trabajo utilizó el análisis de la participación brasileña en grupos como BRICS, IBSA y UNASUL para examinar el impacto y los desafíos de estas iniciativas. En conclusión, la investigación sugiere que, para sostener una política exterior de salud sólida y eficaz, Brasil debe desarrollar estrategias que garanticen la continuidad y resiliencia de esas políticas, independientemente de las variaciones políticas y económicas internas.

Palabras clave: Política exterior; Cooperación sanitaria; Poder blando; Sur geopolítico; Diplomacia.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- O conceito de “Cooperação Estruturante em Saúde”	63
Figura 2 - Mapa Mundi IBGE - G20	72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distinção entre <i>hard power</i> e <i>soft power</i>	31
Quadro 2 - Evolução conceitual de Diplomacia da Saúde Global	40
Quadro 3 - Cronologia Histórica da Saúde Internacional e Global.....	45
Quadro 4 - Os Dez Princípios de Bandung.....	57
Quadro 5 - Comparativo entre política externa para saúde nos governos brasileiros....	94

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC - Agência Brasileira de Cooperação

AISA - Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome)

ARVs - Antirretrovirais

ASEAN - Associação de Nações do Sudeste Asiático (Association of Southeast Asian Nations)

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

COVAX - Colaboração para Acesso Global às Vacinas COVID-19

CPLP - Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

CSS - Cooperação Sul-Sul

CSIS - Centro de Estudos Estratégicos e Internacionais (Center for Strategic and International Studies)

CTPD - Centro Técnico de Planejamento e Desenvolvimento

COVID-19 - Coronavírus SARS-CoV-2 (Coronavírus Disease 2019)

EUA - Estados Unidos da América

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

FMI - Fundo Monetário Internacional

G8 - Grupo dos Oito

G20 - Grupo dos Vinte

G77 - Grupo dos Setenta e Sete

GAVI - Aliança Global para Vacinas e Imunização (Global Alliance for Vaccines and Immunization)

GATT - Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio (General Agreement on Tariffs and Trade)

GHPs - Parcerias Globais de Saúde (Global Health Partnerships)

IBAS - Fórum de Diálogo Índia, Brasil e África do Sul

IHMT - Instituto de Higiene e Medicina Tropical

ISAGS - Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde

MERCOSUL - Mercado Comum do Sul

MINUSTAH - Missão das Nações Unidas para a Estabilização no Haiti (Mission des Nations Unies pour la Stabilisation en Haïti)

MRE - Ministério das Relações Exteriores (Brasil)

NOEI - Nova Ordem Econômica Internacional

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMC - Organização Mundial do Comércio

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

ONGs - Organizações Não Governamentais

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PEB - Política Externa Brasileira

PECS-CPLP - Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP

PNUD/UNPD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (United Nations Development Programme)

RSI - Regulamento Sanitário Internacional

SADC - Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (Southern African Development Community)

SUS - Sistema Único de Saúde

TRIPS - Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights)

UNASUL - União das Nações Sul-Americanas

UNCTAD - Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (United Nations Conference on Trade and Development)

URSS - União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

USA - Estados Unidos da América

USIA - Agência de Informação dos Estados Unidos (United States Information Agency)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	19
2. PODER E INFLUÊNCIA.....	28
2.1 DEFINIÇÃO DE SOFT E SMART POWER.....	28
2.2 DIPLOMACIA PÚBLICA E DA SAÚDE.....	34
2.3 SAÚDE INTERNACIONAL E GLOBAL.....	42
3. COOPERAÇÃO SUL SUL EM SAÚDE.....	47
3.1 CONCEITUAÇÃO DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL E ESTRUTURANTE... 48	
3.2 PAPEL BRASILEIRO E SUL GEOPOLÍTICO.....	64
3.3 DESDOBRAMENTOS DA COOPERAÇÃO NO ÂMBITO INTERNACIONAL.....	73
4. POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA PARA SAÚDE INTERNACIONAL.....	82
4.1 HISTÓRICO DA INSERÇÃO DA SAÚDE NA AGENDA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO.....	84
4.2 AÇÕES BRASILEIRAS PARA A SAÚDE INTERNACIONAL.....	97
4.2.1 BRICS: A Agenda de Saúde como Prioridade no Multilateralismo Emergente..	98
4.2.2. UNASUL: Construção de uma Rede Regional de Saúde Pública.....	102
4.2.3. IBAS: Cooperação Sul-Sul na Saúde Global.....	106
4.2.4. CPLP: Transferência de Tecnologia e Fortalecimento de Capacidades Locais	109
4.2.5. Mais Médicos: Mobilidade Internacional de Profissionais e Cooperação Sul-Sul.	115
4.2.6. Contexto Global e Nacional da Compra de Insulinas Chinesas.....	119
4.3 PANDEMIAS MUNDIAIS E AS CONSEQUÊNCIAS NO SISTEMA INTERNACIONAL.....	122
4.4 FATORES DE INFLUÊNCIA PARA A SAÚDE INTERNACIONAL.....	127
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	135
REFERÊNCIAS.....	141

1. INTRODUÇÃO

A análise da política externa brasileira, com enfoque na diplomacia da saúde e na busca pelo protagonismo do Brasil nas cooperações Sul-Sul em saúde, constitui um tema fundamental e dinâmico. A partir dos anos 2000, a combinação de saúde e relações internacionais consolidou-se como um campo de estudo estratégico, tanto internamente no Brasil quanto em sua projeção externa, refletindo a importância de políticas que permeiam essas áreas. Nesse contexto, o advento da pandemia da COVID-19 evidenciou a necessidade de novos parâmetros de cooperação internacional e de adaptação das políticas externas, gerando uma série de iniciativas conjuntas e ações multilaterais. A crise sanitária global, uma das mais profundas do século XXI, revelou fragilidades e demandou respostas coordenadas estrategicamente, reforçando o papel da saúde no âmbito das relações internacionais.

Por assim dizer, conforme exposto por Buss (2013), a primeira década do século XXI foi marcada por uma crise sistêmica do capitalismo globalizado, com sub crises que englobam os âmbitos econômico, social, ambiental, energético, alimentar, sanitário e até ético. Por isso, a saúde como uma das áreas mais impactadas, reflete as iniquidades sociais acentuadas pelo modelo de produção e consumo capitalista vigente. Esse sistema, segundo o autor, mostra-se “injusto, excludente e eco-agressivo” ao ampliar as disparidades entre países e no interior destes, afetando diretamente a saúde humana e a integridade dos ecossistemas (Buss, 2013, p.8).

Dessa forma, o estudo de saúde internacional junto da diplomacia da saúde, bem como a análise das experiências brasileiras, apresentam-se como elementos naturalmente interconectados. Neste trabalho, cada conceito será abordado e destrinchado em certa profundidade, visando elucidar a atuação do Brasil nas cooperações sul-sul em saúde, uma perspectiva diferenciada dos estudos convencionais das relações internacionais e da ciência política. Mais adiante, surge o conceito de “sul geopolítico” que embasa a análise da política externa brasileira, oferecendo uma visão que se distingue do mais abrangente. Este conceito considera as especificidades culturais, históricas e materiais das nações, focando-se nas políticas externas das mesmas. Assim,

Potências regionais do sul, como o Brasil, frequentemente utilizam a retórica do sul geopolítico para ampliar seu protagonismo internacional, tentando equilibrar sua aspiração de relevância global com as realidades regional e suas dinâmicas socioeconômicas singulares (Costa e Duarte, 2023, p.24-25)

O conceito de sul geopolítico é formulado a partir das próprias narrativas e interpretações dos países do sul sobre sua inserção internacional, realçando a autonomia desses atores em contraposição às visões das potências mundiais. Ele enfatiza uma “imagem autoconstruída” a partir das percepções que esses países possuem das relações internacionais, o que reforça a agência dos países do sul em suas políticas externas. (Costa e Duarte, 2023). Portanto, este trabalho visa a abordagem da saúde internacional, a diplomacia da saúde e as cooperações sul-sul associadas à agenda de política externa brasileira, ao longo das últimas três décadas. A dita cooperação sul-sul refere-se à colaboração entre países em desenvolvimento para atingir objetivos comuns, sendo também caracterizada como um outro tipo chamada de “estruturante”. Na esfera da saúde internacional é possível perceber como o Brasil tem sido relevante ator com a promoção de iniciativas que buscam a equidade e fortalecem os sistemas de outros países em desenvolvimento.

Nesse viés, a saúde global, como parte da política externa torna-se uma ferramenta estratégica que abrange tanto o papel de cada país em saúde pública quanto suas influências e cooperações. Neste sentido, o Brasil tem buscado utilizar a diplomacia da saúde como uma extensão de suas políticas de solidariedade e justiça global, refletindo o compromisso com a saúde como um direito humano fundamental. Conforme abordado por Buss e Ferreira (2010), a diplomacia da saúde brasileira enfatiza a solidariedade e busca alternativas de cooperação que diferem da tradicional lógica Norte-Sul, promovendo o fortalecimento de capacidades locais e a geração de conhecimentos adaptados às necessidades de cada país.

O referencial teórico trabalhado na pesquisa vai ser em suma a teoria do *Soft e Smart Power* e a diplomacia da saúde. O conceito de poder brando surgiu no período pós guerra fria como meio de explicar os arranjos de ascensão dos Estados Unidos, além de analisar as mudanças no cenário da política internacional. Joseph Nye mostra que o *Soft Power* é a habilidade de um país para influenciar outros atores globais não pela força militar ou econômica, mas pela atração e persuasão (Nye, 2004). Isso pode ser alcançado através da cultura, dos valores políticos e das políticas externas que são vistas como legítimas e com moralidade pelos outros países. Assim,

Em contraste com o poder coercitivo, o Soft Power é a capacidade de persuadir os outros a fazer o que se quer. Uma formulação poderosa introduzida pela primeira vez por Joseph Nye em 1990, e expandido em seus trabalhos posteriores, o Soft Power tornou-se um centro analítico no prazo das discussões de Política Externa. Nye definiu como a habilidade de conseguir o que quer através da persuasão ou atração

ao invés da coerção (Nye, 1990). Ele constrói a atração e abrange quase tudo, exceto a economia e o militarismo (Wilson III, 2008).

A teoria do *soft power* foi desenvolvida por Joseph Nye, professor de Relações Internacionais da Universidade Harvard, em contraposição ao conceito tradicional de poder baseado em recursos econômicos e militares, conhecido como *hard power*. O conceito foi introduzido por Nye em seu livro "Bound to Lead: The Changing Nature of American Power" (1990) e posteriormente popularizado em "*Soft Power: The Means to Success in World Politics*" (2004). Além disso, o *Soft Power* é muitas vezes mais eficaz a longo prazo, pois envolve a construção de relacionamentos e a criação de uma imagem positiva e duradoura no mundo.

Ademais, Nye elabora a teoria do "*Smart Power*" como sendo a capacidade de combinar *Hard e Soft power* em uma estratégia vencedora (Nye, 2008), ou seja, esse âmbito de poder vai trabalhar com o uso estratégico da diplomacia e persuasão para a finalidade de projetar sua influência sobre os outros Estados envolvendo todas as formas de poder num quesito de equilíbrio entre eles. O autor desenvolveu a teoria em 2003 como alternativa à política estadunidense da época, a qual passava por um período de ascensão do papel das organizações internacionais no sistema mundial. Por isso que,

O smart power é entendido como a integralidade de poder que abrange as vertentes de poder militar e econômico de um Estado, e vai procurar desenvolver outras áreas, no intuito de complementar as duas primeiras vertentes. O desenvolvimento dessas áreas deve se focar em cinco pontos principais: a) alianças, parcerias e instituições; b) desenvolvimento global; c) diplomacia pública; d) integração econômica; e) inovação e tecnologia (Armitage; Nye Jr., 2007, p.5)

As políticas externas de um país, incluindo sua cooperação em questões globais, assistência humanitária, ajuda ao desenvolvimento, diplomacia cultural e diplomacia da saúde, também podem contribuir para seu *Soft Power e Smart Power*. Quando um país é visto como contribuindo para o bem comum e para a solução de problemas globais, isso pode aumentar sua reputação e prestígio internacional. Dessa forma, o presente trabalho trabalhará a partir dessa premissa, de cooperação ao bem comum aliado ao poder de influenciar a política internacional e seus atores. Com isso,

Embora a força militar continue sendo a última forma de poder em um sistema de autoajuda, o uso da força tornou-se mais caro para as grandes potências modernas do que nos séculos anteriores. Outros instrumentos como comunicação, habilidades organizacionais e institucionais e manipulação da interdependência tornaram-se importantes. Ao contrário de alguns floreios retóricos, interdependência não significa

harmonia. Pelo contrário, muitas vezes significa dependência mútua desigualmente equilibrada. (Nye, 2008, p.157)

A partir disso, entende a relação do uso de poder através da política externa, no caso analisado, brasileira. O Brasil tem se esforçado para se posicionar como um líder entre os países em desenvolvimento, promovendo a cooperação sul-sul e defendendo a reforma das instituições globais de governança. Essas ações são consistentes com a teoria do *Soft Power*, pois o Brasil busca influenciar outros países através da atração e persuasão. Países estes que participam direta ou indiretamente das ações da governança para saúde internacional do Brasil. No período analisado na pesquisa entende-se que a prioridade da agenda de política externa é a de ascensão como potência do subdesenvolvimento, com ações de cooperação que visam o destaque no cenário internacional.

A cooperação em saúde é uma área em que o Brasil tem exercido seu *Soft Power* de forma eficaz. O Brasil tem compartilhado suas experiências e conhecimentos em saúde pública com outros países em desenvolvimento, ajudando-os a melhorar seus próprios sistemas de saúde. Isso não só beneficia os países receptores, mas também aumenta a influência e reputação do Brasil no cenário global. Isso é um exemplo claro de como o poder brando pode ser usado para influenciar a cooperação em saúde no sul geopolítico. Aliando-se a cooperação e utilização do *Soft Power* tem o desenvolvimento da teorização de diplomacia da saúde.

Nos últimos anos, porém, houve um aumento do número de acordos internacionais em assuntos ditos soft, como questões ambientais e saúde. Atualmente reconhece-se, cada vez mais, que mesmo algumas questões mais soft podem ter importantes ramificações hard nas economias nacionais (Kickbusch *et al.*, 2007).

O conceito de “diplomacia da saúde” é um campo de conhecimento e prática emergente que se concentra na saúde e nas negociações internacionais em torno dela. Este campo atrai diversas disciplinas e profissionais de diferentes perfis, como diplomatas, profissionais de saúde, representantes de estado e empresas. A conceituação mais específica se concentra nos estudos do Dr. Paulo Marchiori Buss, professor e pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) e diretor do Centro de Relações Internacionais em Saúde (Cris/Fiocruz). O conceito envolve o conjunto de negociações desenvolvidas em diversos níveis na gerência do ambiente das políticas globais em saúde. Idealmente, essas negociações produzem melhores resultados para a saúde da população de cada país envolvido, atendendo assim aos interesses nacionais, bem como implementam as

relações entre Estados e reforçam o compromisso de um amplo arco de atores em prol do empreendimento comum de assegurar a saúde como direito humano e bem público.

Consequentemente, se torna imprescindível explicar que o conceito de política externa presente no trabalho é entendido como um conjunto de ações políticas voltadas ao cenário internacional, ou seja, é o conjunto de estratégias, princípios, ações e relações que um Estado ou entidade política estabelece com outros atores internacionais, sejam eles outros Estados, organizações internacionais, ou até mesmo grupos não estatais, em busca de objetivos específicos. Ela abrange uma ampla gama de atividades, desde negociações diplomáticas até o uso da força militar, passando por acordos comerciais, cooperação em questões de segurança, intercâmbio cultural e humanitário, entre outros. Dessa forma, ela se identifica na pesquisa como sendo uma política pública do estado para desenvolvimento como ator importante no sistema internacional.

A criação de uma agência de coordenação da cooperação internacional brasileira possibilitou mudanças na própria concepção da política pública, uma vez que permitia que governos atuassem e razão da crescente diplomacia da solidariedade, na qual a cooperação internacional é instrumento singular para a redução das assimetrias do sistemas internacionais, em função principalmente de ser uma política capaz de produzir bens públicos globais e regionais. (Pinto; Mesquita, 2012, p.368)

Por isso, se entende que a política externa é moldada por uma série de fatores, incluindo interesses nacionais, ideologia, valores, cultura, história, geografia e poder relativo. Está amplamente sujeita a diferentes dinâmicas como mudanças de lideranças, eventos internacionais, como pandemias ou conflitos. Os objetivos da política externa podem variar amplamente, desde a promoção da segurança nacional, defesa dos direitos humanos, ampliação do comércio internacional, projeção de influência regional ou global, até a resolução de conflitos influenciando significativamente as estratégias dos atores internacionais.

Dessa forma, o trabalho analisa a política externa brasileira a partir desses principais conceitos de poder e sua vertente através da diplomacia da saúde como forma de cooperação para alcançar um desempenho internacional de destaque. Buscando analisar as cooperações do sul geopolítico como estratégia de políticas públicas aliadas a diplomacia, ou seja, em alinhamento total a teoria de *Smart Power* proposta por Nye.

Em resumo, a análise da política externa brasileira e a cooperação em saúde no sul geopolítico alinham-se bem com a teoria do *Soft Power e Smart* de Nye. O Brasil tem usado efetivamente seu poder brando para influenciar a cooperação em saúde no sul geopolítico, promovendo ao mesmo tempo seus próprios interesses e valores, fortalecendo relações diplomáticas e aumentando a influência internacional, com destaque do papel central da saúde na projeção da política externa brasileira. Isso demonstra o poder do *Soft Power* aliado com o *Smart* como uma ferramenta de como a diplomacia da saúde é uma abordagem multifacetada que reconhece a interconexão entre saúde e relações internacionais, além da busca por promoção a saúde global como um meio de alcançar objetivos de política externa e de segurança nacional junto das políticas públicas que visam o internacional. Ela reflete a crescente conscientização sobre os desafios globais de saúde e a necessidade de cooperação internacional para enfrentá-los de forma eficaz com visões para novos temas de segurança internacional, estes com sua ascensão no pós guerra fria como exemplificado pelo autor.

A pesquisa busca compreender como a cooperação em saúde no contexto do Sul Geopolítico impacta a projeção internacional do Brasil, especialmente na relação com outros países dessa região. A hipótese considera que, entre 1995 e 2022, a política externa brasileira tem desempenhado um papel relevante na promoção da cooperação em saúde, ao fortalecer laços diplomáticos, aumentar a influência regional e global do Brasil e contribuir para a melhora dos indicadores de saúde nos países parceiros. Contudo, a eficácia dessas iniciativas está sujeita a diversas variáveis, como mudanças nas lideranças políticas, disputas ideológicas, restrições orçamentárias, desafios de implementação e uma dinâmica geopolítica em constante transformação, fatores que limitam e moldam as parcerias no setor.

A pandemia de COVID-19, eclodida em 2020, destacou a saúde como uma área de interesse fundamental nas relações internacionais, evidenciando a necessidade de respostas globais e cooperativas para crises sanitárias que transcendam as fronteiras. O Brasil, que historicamente tem promovido ações de cooperação em saúde, viu-se intensamente envolvido em uma conjuntura global que exigiu revisões e adaptações de suas práticas de diplomacia da saúde. Este cenário reforça a relevância de pesquisas que analisem como o país, uma potência regional, utiliza a cooperação em saúde como estratégia para fomentar a solidariedade e a inserção internacional, especialmente com países do Sul Geopolítico. O conceito de Sul Geopolítico, que denota uma perspectiva particular em relação aos países em desenvolvimento e suas políticas externas, permite observar as peculiaridades culturais,

históricas e materiais desses países, que frequentemente aspiram ao protagonismo regional e global.

O interesse acadêmico por esse tema é crescente, pois a diplomacia da saúde tem se consolidado como uma área estratégica dentro das Relações Internacionais. O estudo desse tema oferece uma compreensão das influências internas que guiam a atuação do Brasil nesse campo, em um momento em que crises de saúde pública demandam parcerias robustas e estratégias coordenadas. Além disso, a pandemia evidenciou a importância das questões de segurança sanitária, uma vez que crises de saúde, pela sua natureza transnacional, têm o potencial de enfraquecer fronteiras e exigir esforços cooperativos de segurança e desenvolvimento. Assim, pesquisas sobre a atuação de uma potência emergente na promoção de cooperações de saúde são fundamentais para a ampliação do conhecimento acadêmico e para uma melhor compreensão das políticas internacionais de saúde.

Para compreender o impacto da diplomacia da saúde no Brasil e sua contribuição para a cooperação Sul-Sul em saúde, a pesquisa define como objetivo geral a análise de como o Brasil estruturou sua política externa voltada para a diplomacia da saúde e para as parcerias estratégicas com países do Sul. Esse objetivo geral se desdobra em objetivos específicos que orientam o aprofundamento do estudo: investigar o papel do Brasil nas cooperações em saúde com países do Sul Geopolítico; examinar a forma como essas cooperações influenciam e são influenciadas pela política externa brasileira; e analisar o desenvolvimento dos conceitos de cooperação e diplomacia da saúde dentro das Relações Internacionais. A pesquisa também se propõe a explorar as teorias de *Soft Power* e seu papel na política de saúde internacional, uma vez que a diplomacia da saúde pode funcionar como uma ferramenta estratégica para a projeção internacional do Brasil. Por fim, será examinado o impacto da pandemia de COVID-19 como um marco transformador para a saúde internacional, com o intuito de identificar como esse evento moldou a política externa brasileira e reforçou a importância da cooperação Sul-Sul em saúde.

Assim, o trabalho vai se dividir numa estrutura de capítulos que fornecem essa compreensão sobre a diplomacia da saúde como ferramenta da política externa brasileira. Por isso, o primeiro capítulo começa com a definição das teorias de *Soft Power* e *Smart Power*, que explicam como o Brasil utiliza estratégias não coercitivas e inteligentes para exercer sua influência internacional, especialmente através da diplomacia pública e da saúde. Em seguida,

o foco recai sobre a diplomacia da saúde, onde ações de engajamento público e cooperação em saúde reforçam a imagem e o poder brasileiro no cenário internacional. Esta parte também define os conceitos de saúde internacional e saúde global, que ajudam a situar a importância estratégica da saúde nas relações internacionais.

Já o segundo, aprofunda o conceito de *cooperação estruturante*, um modelo de cooperação entre países em desenvolvimento, que prioriza o fortalecimento mútuo de capacidades e a sustentabilidade. O papel brasileiro e o conceito de Sul Geopolítico são examinados para contextualizar a atuação do Brasil como um parceiro estratégico para outras nações do Sul. São analisados os desdobramentos dessa cooperação no cenário internacional, destacando a relevância de parcerias que promovam desenvolvimento conjunto e inclusão nas políticas de saúde. Por fim, o último capítulo apresenta o histórico da saúde como parte da agenda de cooperação brasileira é discutido, apresentando a trajetória de ações concretas em saúde internacional. Detalha-se como o Brasil tem promovido essas iniciativas, demonstrando uma política externa orientada pela solidariedade e pela busca de influência. A análise das pandemias mundiais é incluída para discutir as consequências que crises sanitárias globais têm para as políticas nacionais e internacionais, bem como para a atuação brasileira em saúde global. Finalmente, são abordados os fatores de influência para a saúde internacional, incluindo os desafios e oportunidades que moldam a atuação do Brasil e sua posição no cenário internacional de saúde.

Portanto, a pesquisa trabalhará com a metodologia de método qualitativo, ou seja, com base na premissa de Gerhardt e Silveira (2009), não parte de uma base numérica, mas sim de uma análise aprofundada de um objeto específico, além de coletar dados sem instrumentos formais o que, conseqüentemente, enfatiza o subjetivo como meio de interpretar as experiências. Com isso, a pesquisa qualitativa se faz com a finalidade de compreender a realidade que não poderá ser quantificada como de caráter exploratório. Além disso, trabalha com o método hipotético dedutivo, a fim de testar a hipótese apresentada.

[Para] tentar explicar a dificuldade expressa no problema, são formuladas conjecturas ou hipóteses. Das hipóteses formuladas, deduzem-se conseqüências que deverão ser testadas ou falseadas. Falsear significa tentar tornar falsas as conseqüências deduzidas das hipóteses. (Gil, 2008, p. 12)

De maneira geral as técnicas de coletas de dados usadas no desenvolvimento da pesquisa se baseiam em fontes bibliográficas, documentais e eletrônicas. Sendo assim, são bibliografias publicadas, como livros e artigos científicos, documentos oficiais do governo

brasileiro, relatórios de reuniões entre os Estados e notícias que permeiam a temática e seu problema de pesquisa. Serão selecionados estudos de caso representativos de iniciativas de cooperação em saúde lideradas pelo Brasil no Sul geopolítico. Os estudos de caso permitirão uma análise detalhada das estratégias, implementação, impactos e desafios enfrentados em diferentes contextos regionais e temáticos.

Assim, se utilizará uma abordagem qualitativa, combinando análise documental, estudos de caso e entrevistas com especialistas e atores-chave envolvidos na cooperação em saúde no Sul geopolítico. Serão analisados documentos oficiais, relatórios de organizações internacionais, publicações acadêmicas e fontes de mídia para entender as políticas, estratégias e práticas da cooperação em saúde na região. Estudos de caso serão selecionados para examinar exemplos específicos de cooperação em saúde liderados pelo Brasil, realizando uma análise comparativa entre diferentes casos de estudo e entre diferentes períodos temporais dentro do período de estudo (1995-2022) para identificar padrões, mudanças ao longo do tempo e lições aprendidas.

2. PODER E INFLUÊNCIA

“(…) reconhecendo as deficiências e as insuficiências brasileiras decorrentes de problemas internos, bem como a situação de dependência do País no sistema econômico internacional, a diplomacia procurou promover e garantir os interesses nacionais sem criar complicadores que pudessem implicar confrontos desnecessários. Assim, conduziu o jogo político-estratégico na América do Sul indiferente à presença da força militar.” (Cavagnari, 2000, p.119)

No entendimento da teorização realista das Relações Internacionais os atores buscam a manutenção do seu poder como primordial e, a partir disso, vão adotar dinâmicas que fazem que as relações funcionem de forma cada vez mais competitiva entre si e os Estados coexistem num sistema desigual, buscando maximizar suas influências e formas de dominação. Em contraste, o liberalismo busca argumentar que a maximização desigual de poder não é o objeto central do sistema internacional, ou seja, passa a enfatizar a interdependência entre os estados aliados à cooperação e ao comércio. Dessa forma, a manutenção do poder se dá no equilíbrio entre os estados e suas influências se reverberam entre si através de organismos multilaterais e acordos. Assim, para entender essas dinâmicas, Joseph Nye faz classificações de poder para a política internacional. A partir dos anos 1990, ele buscou diferenciar as formas de execução e manutenção do poder em seu livro “*Bound to Lead: the Changing Nature of American Power*”, *Soft Power e Hard Power* (Ouriveis, 2013).

Neste capítulo, o foco principal é destrinchar os conceitos e teorias das relações internacionais que vão dar base ao trabalho. Dessa forma, será abordada a teorização de *smart e soft power* como principal elemento por meio da visão liberal de Joseph Nye. Em consonância, serão utilizados conceitos de suma importância ao entendimento da pesquisa que derivam da conceituação de poder, que serão explicados e demonstrados ao longo dos tópicos deste capítulo. Portanto, o objeto principal deste capítulo é o referencial teórico que sustenta a hipótese e o problema apresentados, tudo isso para o entendimento da utilização do poder brasileiro através da cooperação em saúde e suas interligações no Sistema Internacional.

2.1 DEFINIÇÃO DE *SOFT E SMART POWER*

A partir do final da Guerra Fria, especificamente o final da década de 80, o mundo se encontrava em um novo cenário, o sistema polarizado. Dessa forma, as políticas internacionais eram baseadas em novos modelos muitas vezes impostos como consequências das políticas das potências da época, Estados Unidos da América (EUA) e União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). Com isso, surge a teorização do poder

estadunidense, ou seja, como o estado estava manejando sua política externa para alcançar outras nações com objetivo de alinhamento estratégico, ou seja, seguindo a lógica das relações da época como manteria sua hegemonia¹. Tal teoria é desenvolvida por Joseph Nye, professor e cientista político da Universidade de Harvard, que vai desenvolver os seus principais estudos a partir de 1990 para justificar e moldar os alinhamentos políticos dos Estados Unidos.

Deste modo, o teórico passa a analisar essas políticas de modo que mostre como o poderio militar e a coerção entram (*hard power*) em certo declínio em comparação a uma nova forma de expansão do poder, o dito poder brando, feito através de sanções e imposições por meio da inserção de cultura ou valores éticos e morais nas sociedades que desejam influenciar. O conceito foi introduzido por Nye em seu livro "*Bound to Lead: The Changing Nature of American Power*" (1990) e posteriormente popularizado em "*Soft Power: The Means to Success in World Politics*" (2004). Nesse viés, o autor afirma que ao invés de coagir, como o *hard power* o faz, o *soft power* absorve as vontades, fazendo com que outros ambicionam o que se tem interesse de ofertar. (Nye, 2011, p. 30).

Sua obra principal é o livro "*Soft Power: The Means to Success in World Politics*", sendo aqui o momento que ele vai focar em si no entendimento do poder brando. Antes disso, ele busca explorar o que é o poder como um todo, faz se de forma a tratar como um objeto de comparação e assim demonstra como o estudo do poder intriga e causa muitas compreensões distintas. Assim,

O dicionário nos diz que poder significa uma capacidade de fazer coisas e controlar os outros, de fazer com que os outros façam o que de outra forma não fariam. Como a capacidade de controlar os outros é frequentemente associada à posse de certos recursos, políticos e diplomatas comumente definem poder como a posse de população, território, recursos naturais, tamanho econômico, forças militares e estabilidade política. Por exemplo, nas economias agrárias da Europa do século XVIII, a população era um recurso de poder crítico, uma vez que fornecia uma base de impostos e recrutamento de infantaria. (Nye, 1990, p.154)

Com isso, o autor passa a explicar que com o advento da globalização e as novas formas de viver em sociedade o Estado assumirá um novo manejo de poder ligado a esses

¹ A hegemonia de poder, conforme descrita por Joseph Nye, é uma forma de liderança e influência global em que um estado dominante exerce controle e autoridade sobre outros estados não apenas por meio de força militar (*Hard Power*), mas também através de atração cultural, valores políticos e políticas externas que são vistas como legítimas (*Soft Power*) - "A nation that is able to combine hard and soft power successfully is one that can attract and co-opt others rather than merely coerce them. This is what I call 'smart power'." - Joseph S. Nye Jr., "The Future of Power" (2011).

fatores, ou seja, Nye (2002, p.142) expõe que “a globalização tornou as fronteiras [...] universais e que a homogeneização não acompanha necessariamente a globalização”. Dessa forma, ele rotula o *Soft Power* como um novo manejo político da globalização, isso porque com interligações cada vez mais reais e rápidas os Estados e as sociedade produzem influências diretas uma sobre as outras. Por isso ele afirma que,

O poder bruto se apoia tanto em induções [...] como em ameaças. Mas existe um modo indireto de exercer o poder. Na política mundial, é possível que um país obtenha os resultados que quer porque os outros desejam acompanhá-lo, admirando os seus valores, imitando-lhe o exemplo, aspirando ao seu nível de prosperidade e liberdade. [...] A este aspecto do poder [...] dou o nome de poder brando. Ele coopta as pessoas em vez de coagi-las. (Nye, 2002, p.36).

Ainda que ele foque no papel estatal para ampliar o uso do *soft power*, torna-se possível identificar o uso dela por instituições privadas, a própria sociedade civil ou atores não estatais, mas que usaram como forma de mostrar o efetivo poder do Estado a quem pertencem ou trabalham. Empresas, universidades, fundações, igrejas e outros grupos não governamentais podem desenvolver seu próprio *soft power*, para influenciar positivamente ou negativamente as estratégias e políticas de relações exteriores de um Estado (Nye, 2004, p.17). Com isso,

O *Soft Power* é tão importante quanto o *Hard Power*. Se um Estado pode fazer seu poder parecer legítimo aos olhos dos outros, ele encontrará menos resistência aos seus desejos. Se sua cultura e ideologia são atraentes, outros seguirão com mais vontade. Se conseguir estabelecer normas internacionais consistentes com a sua sociedade, é menos provável que tenha de mudar. Se puder apoiar instituições que façam com que outros Estados desejem canalizar ou limitar suas atividades da maneira que o Estado dominante preferir, poderá ser poupado do exercício dispendioso do poder coercitivo ou do *hard power*. (Nye, 1990, p. 166)

Ele afirma que apesar das diferentes características (Quadro 1) Esses dois tipos de poder não seriam excludentes e sim equilibrantes, ou seja, se manejados de forma certa podem ser ampliados pela força Estatal como um todo. De acordo com Giacomino, atualmente, existem três fontes de poder no âmbito da política internacional: o poder militar, o poder econômico e o *soft power*. Eles não são mutuamente excludentes, mas têm pesos diferentes na diplomacia dos distintos países. (Giacomino, 2009).

Quadro 1: Distinção entre *hard power* e *soft power*

<i>Hard Power</i> (poder duro)	<i>Soft Power</i> (poder suave)
--------------------------------	---------------------------------

Coerção	Persuasão, ideologia
Realidade material	Imagem, simbólico
Econômico, militar	Cultura, valores
Controle externo	Autocontrole
Informação	Credibilidade, prestígio
Governo	Sociedade
Direto (controlado pelo governo)	Indireto (sem controle)
Intencional	Não intencional (subproduto)

Fonte: Miranda, Bischoff (2018, p.903)

Por isso, afirma que o poder cooperativo, poder brando, é a capacidade de um país de estruturar uma situação para que outros países desenvolvam preferências ou definam seus interesses de maneira consistente com os seus. Esse poder tende a surgir de recursos como atração cultural e ideológica, bem como de regras e instituições de regimes internacionais. (Nye, 1990, p. 167).

Por conseguinte, após estudos aprofundados sobre o *soft power* Nye revisita seus diálogos para que possa desenvolver um novo conceito que deriva dos dois já explorados (*soft e hard power*). Assim, a partir de 2003, ele passa a focar seus pensamentos no manejo do poder de forma mais equilibrada, dessa vez vai classificar o uso em conjunto dos demais poderes como o *Smart Power*. Com todo o sucesso de sua teoria inicial, Nye revisitou seus próprios estudos e em 2011, cunhou em seu livro, “*The Future of Power*” um novo conceito, o *Smart Power*, uma combinação do *hard power*, e seu poder de coerção com o *soft power*, e sua capacidade de atrair e persuadir (Nye, 2011).

Sob um novo viés, Nye estabelece que o *smart power* não se limita apenas a maximizar uma força, ou apenas buscar a manutenção da hegemonia, mas também a capacidade de combinar essas forças, traduzidas em recursos e estratégias eficazes de difusão do poder (Nye, 2011). Assim, ele expõe a importância de uma mescla de *hard e soft power* para o alcance dos interesses nacionais de segurança estatal concomitantemente a um papel na promoção de valores democráticos, culturais e criação de agendas políticas comuns (Nye, 2004).

Joseph S. Nye entende o *Smart Power* como a capacidade de combinar recursos de poder duro e poder suave em estratégias eficazes. Ele destaca que o *Smart Power* é um conceito avaliativo e descritivo, ao contrário do poder suave, que pode ser bom ou ruim dependendo de como é utilizado. Também menciona que o *Smart Power* está disponível para todos os estados e atores não estatais, não apenas para os Estados Unidos, e destaca exemplos de estratégias de *Smart Power* adotadas por diferentes países, como a Noruega e a China (Nye, 2011, p.16).

O poderio e capacidade militares de um Estado não necessariamente precisam ser considerados apenas como meios de *hard power*, uma vez que sua existência pode na verdade ser utilizada para atrair um outro Estado para cooperação ou troca de conhecimentos e estratégias, ou seja, como passa a acontecer em casos de cooperação entre países para buscar desenvolver outras regiões levando o trabalho militar humanitário como ferramenta. Idealmente o *smart power* consegue conciliar elementos de diplomacia, desenvolvimento e estratégias militares e de defesa (Nye, 2011). Então, ele aponta a importância do equilíbrio desses métodos de poder como o meio mais inteligente para se alcançar os objetivos, desenvolvendo papel importante na promoção de valores democráticos, culturais e criação de agendas políticas comuns (Nye, 2004).

No sentido da construção do poder internacional de um Estado através da cooperação e interdependência com outros Estados no espaço internacional, o denominado *smart power*, vai surgir como uma alternativa que irá mesclar dois tipos de poderes, o chamado *hard power* com o *soft power*. Esses dois poderes irão sustentar os recursos de poder do Estado em três categorias²: a) estrutural, b) institucional e, c) situacional (Pecequillo, 2004). Em conjunto, essas categorias de recurso de poder irão formar o que chamamos de *smart power*, como pode ser observado pela tabela abaixo:

Tabela 1. Classificação dos recursos de poder do Estado

	<i>Hard Power</i>	<i>Soft Power</i>	<i>Smart Power</i>
--	-------------------	-------------------	--------------------

² A categoria estrutural é referente ao que Keohane (1984) classifica como recursos de poder tradicionais, que são o território, as forças armadas, a população, e a localização geográfica; já o institucional é a criação de normas e organismos que possam reger a relação entre os Estados de forma cooperativa, e por último, o fator situacional que é a habilidade do Estado em projetar suas ideias e princípios para os outros atores (Pecequillo, 2004).

Estrutural	X		X
Institucional		X	X
Situacional		X	X

Fonte: Ayres Pinto, 2009.

Com isso, através do desenvolvimento dos estudos de *Smart Power* culmina na criação da Comissão sobre Poder Inteligente, em 2007. A formação desta era copresidida por Joseph Nye junto de Richard Armitage (ex-Secretário Adjunto de Estados dos EUA), ou seja, os dois tinham que desenvolver uma alternativa à política externa dos Estados Unidos da América fazendo a combinação dos elementos de *hard e soft power* e assim criar estratégias eficazes para o país. Dessa forma, no primeiro relatório foi estabelecido tais estratégias com recomendações para o governo vigente estabelecer fortes alianças com objetivo aparente de desenvolver economicamente as partes através dos direitos humanos, além de manter uma boa capacidade militar.

O conceito de *Smart Power* representa uma abordagem mais equilibrada e sofisticada para a política externa, integrando coerção e persuasão para enfrentar os desafios globais de maneira mais eficaz e sustentável. A Comissão sobre Poder Inteligente do CSIS e o relatório "*A Smarter, More Secure America*" desempenharam um papel crucial na formalização e disseminação da teoria, abrindo portas para a disseminação e adaptação à realidade de outros países que visam uma estratégia política aprofundada.

A evolução constante dessa teoria acompanha os processos da globalização e consequentemente se aplica aos resultados. Desafios como terrorismo, mudanças climáticas e pandemias necessitam de abordagens mais focadas e integradas a política dos Estados. Promovendo o ajuste de acordo com cada contexto, torna a aplicação desta mais efetiva. Nye faz uma afirmação sobre essa nova configuração do poder internacional, utilizando o conceito de *smart power*

Uma narrativa para o smart power no século XXI, não é somente sobre maximização do poder e manutenção da hegemonia. É principalmente, sobre encontrar caminhos para combinar recursos dentro de uma estratégia de sucesso em um novo contexto de difusão de poder e "ascensão dos outros atores. (Nye., 2011, p. 208).

Portanto, nesse viés é possível entender a relação e o uso do *soft*, *hard* e consequentemente desenvolvimento do *smart power* pelo país analisado, o Brasil. Isso porque, através de políticas internacionais vigentes, o Brasil busca se esforçar para exercer uma posição de líder regional entre os países em desenvolvimento. As ações brasileiras se tornam consistentes em comparação a teorização de Nye para os tipos de poder, já que esta busca desenvolver sua influência através da atração e persuasão, mas também desenvolve o papel do exército como *hard* sem conflito, mas como um uso mais inteligente, ou seja, o objeto principal deste estudo, a cooperação. Toda essa comparação vai ser usada como base para desenvolvimento da pesquisa e, portanto, a busca pelas respostas ao problema de pesquisa.

2.2 DIPLOMACIA PÚBLICA E DA SAÚDE

A utilização do *Smart Power* pelo Brasil, combinando elementos de poder brando e poder duro, tem sido instrumental na promoção de uma diplomacia pública eficaz, especialmente no campo da saúde. Ao adotar estratégias de *Smart Power*, o Brasil tem aproveitado seu histórico de sucesso em saúde pública, para fortalecer sua posição internacional e projetar uma imagem positiva. Essas iniciativas de saúde, que incluem cooperação técnica, envio de médicos e compartilhamento de expertise com outros países em desenvolvimento, exemplificam uma forma de diplomacia pública que promove o bem-estar global e reforça a influência do Brasil no cenário internacional. Dessa maneira, o Brasil não apenas contribui para a melhora da saúde global, mas também constrói relações diplomáticas mais sólidas e promove sua reputação como um ator responsável e solidário na comunidade internacional.

Por conseguinte, faz-se necessário entender um dos mais importantes conceitos quando envolve a saúde na política externa, isto é, diplomacia pública. Este, como um conceito das Relações Internacionais, foi construído ao longo do tempo e da interferência de vários fatores. Ganha destaque a partir do século XX com ações governamentais que visam influenciar a opinião pública e a sociedade de outros países. Assim, buscou promover os interesses e a imagem de um país no cenário internacional por meio da comunicação, intercâmbios, programas e atividades que engajassem a população em conjunto das ações governamentais.

Por assim dizer, foi através do advento da globalização que surgiu mais uma forma de o governo transformar suas influências. Principalmente após a Primeira Guerra Mundial com os “Quatorze Pontos de Woodrow Wilson” passou a entrar em destaque a importância da transparência nas relações entre os Estados e a necessidade de envolver a opinião pública nessas políticas. Por isso, o termo “diplomacia pública” foi formalmente explicado nos anos 1960 por Edmund Gullion, um importante diplomata norte americano. A partir disso, Iyamu (2004, p.217) explica a ideia dos Quatorze Pontos como,

a política exterior deve estar baseada no controle popular, e interceder por uma espécie de democracia na diplomacia, com a intenção de eliminar, da vida internacional das nações, a diplomacia secreta, a carreira armamentista, a guerra comercial, as sociedades coloniais e outros tipos de conflitos.

Nesse viés, entendemos que a ideia original de diplomacia pública é a de informar, ainda que exista alguns elementos que prezam por certo sigilo, há de se considerar que em novos tempos tem a necessidade de espelhar a população civil certos interesses. Por isso, a partir da interface internacional da Guerra Fria foi possível observar a diplomacia pública sendo utilizada de forma recorrente através do *Soft Power*, explicado anteriormente.

Com isso, a conceituação de tal tipologia de diplomacia fica a rigor de Edmund Gullion, em 1965, Decano da Tufts University, na Fletcher School of Law and Diplomacy, em Medford, Maryland³. Segundo ele,

Diplomacia pública ... ocupa-se da influência das atitudes públicas sobre a formação e execução das políticas externas. Ela engloba a diplomacia tradicional; além das dimensões das Relações Internacionais, o cultivo da opinião pública de outros países; a interação de grupos privados e interesses de um Estado com o de outro; os relatórios de assuntos externos e seu impacto na política; comunicação entre aqueles cujo trabalho é a (própria) comunicação, entre diplomatas e correspondentes estrangeiros; e os processos de comunicações interculturais (Cull, 2009, p.19)

Dessa forma, como dito anteriormente, a diplomacia pública vai ser utilizada como meio de expansão estadunidense na época da Guerra Fria, isso tudo feito através do *soft power* e da cultura como meio de expansão mais moderada. De modo que mais tarde se

³ Cull (2009) estatui que o primeiro registro do uso do termo “diplomacia pública” aponta para os ingleses no final do séc. XIX com o sentido de “civilidade”. Durante a Primeira Guerra, o termo foi amplamente utilizado no sentido de “diplomacia aberta”, principalmente quando o chefe de uma nação comunicava algo a enfrentar para o seu povo, ou suas intenções para outra nação. Posteriormente, o termo foi usado pela imprensa para relatar assuntos internacionais com precisão, sem maiores emoções ou atenuações. Somente na década de 1950, foi quando começou o uso como uma nova forma de diplomacia a qual envolvia a propaganda e a informação internacional.

entenderia não mais como pública, mas sim como diplomacia cultural⁴. Assim, a construção de tal conceito vai se entrelaçar aos estudos de política externa como política pública.

Conseqüentemente, torna-se imprescindível explicar que o conceito de política externa presente neste trabalho é entendido como um conjunto de ações políticas voltadas ao cenário internacional. Ou seja, trata-se do conjunto de estratégias, princípios, ações e relações que um Estado ou entidade política estabelece com outros atores internacionais, sejam eles outros Estados, organizações internacionais ou grupos não estatais, em busca de objetivos específicos. A política externa abrange uma ampla gama de atividades, desde negociações diplomáticas até o uso da força militar, passando por acordos comerciais, cooperação em questões de segurança, intercâmbio cultural e humanitário, entre outros. Dessa forma, ela é identificada na pesquisa como uma política pública do Estado para seu desenvolvimento como um ator importante no sistema internacional.

A criação de uma agência de coordenação da cooperação internacional brasileira possibilitou mudanças na própria concepção da política pública, uma vez que permitia que governos atuassem e razão da crescente diplomacia da solidariedade, na qual a cooperação internacional é instrumento singular para a redução das assimetrias dos sistemas internacionais, em função principalmente de ser uma política capaz de produzir bens públicos globais e regionais. (Pinto; Mesquita, 2012, p.368)

Por isso, entende-se que a política externa é moldada por uma série de fatores, incluindo interesses nacionais, ideologia, valores, cultura, história, geografia e poder relativo. Tal qual está amplamente sujeita a diferentes dinâmicas como mudanças de lideranças, eventos internacionais, como pandemias ou conflitos. Os objetivos da política externa podem variar amplamente, desde a promoção da segurança nacional, defesa dos direitos humanos, ampliação do comércio internacional, projeção de influência regional ou global, até a resolução de conflitos influenciando significativamente as estratégias dos atores internacionais. Por isso,

A partir da emissão da National Security Decision Directive 77 (NSDD-77), em 1983, a diplomacia pública consolidou-se como um instrumento e um campo de estudo, sendo descrita como "aquelas ações que o Governo dos Estados Unidos designou para fornecer suporte aos [seus] objetivos de segurança nacional"⁵. Essa diretriz, emitida pelo então presidente norte-americano Ronald Reagan, tinha como objetivo organizar,

⁴ Schneider (2005, p. 147) apresenta a diplomacia cultural como aquela que envolve a troca de ideias, informação, arte e outros aspectos da cultura entre nações e povos para promover a compreensão mútua, fazendo parte da diplomacia pública de um país.

⁵ Tradução livre do trecho: "(Public diplomacy is comprised of) those actions of the U.S. Government designed to generate support for our national security objectives".

planejar e coordenar vários aspectos da diplomacia pública dos Estados Unidos em relação à segurança nacional. (Tamburine, 2015, p.12)

Segundo Carneiro (2011, p. 37), o conceito de diplomacia pública desenvolvido nos Estados Unidos restringe-se às ações voltadas para o público externo. Isso se deve à atuação da extinta *United States Information Agency* (USIA), agência responsável pela diplomacia pública norte-americana, criada em 1953 pelo presidente Dwight D. Eisenhower. Como Tamburine (2015) afirma, por lei⁶, a USIA era proibida de atuar no âmbito doméstico ou de distribuir suas publicações ao público nacional. Essa restrição ainda se reflete na sociedade dos Estados Unidos, uma vez que, como observa Carneiro (2011, p. 39), há "pouca compreensão dos assuntos de política externa pelo público interno americano, cuja relação com o Departamento de Estado se resume a frias 'notas à imprensa'".

Assim, Tamburine (2015, p.13), afirma que como o *Soft Power*, a diplomacia pública também foi uma consequência direta das políticas bipolares da Guerra Fria e por mais que não fosse inserida na política interna estadunidense, foram eles os responsáveis pela conceituação de importante vertente política que utilizamos, que é a política externa como política pública através da diplomacia como meio de comunicar e influenciar políticas internacionais. Portanto, como influência de tal conceito há o papel brasileiro como vertente. Uma clara explicação sobre tal foi feita pelo chanceler brasileiro, em 2011, Antônio de Aguiar Patriota, ele considerou;

O exercício da diplomacia contemporânea incorpora o conceito de diplomacia pública, que diz respeito ao imperativo de informar e prestar contas do que se faz, consultar e ser transparente, manter continuamente canais de contato com uma sociedade cada vez mais informada e mais ciosa de seu inalienável direito à informação. E isso ocorre de forma concomitante a uma verdadeira revolução da era digital, em que as novas mídias surgem e proliferam com vertiginosa rapidez

Dessa forma, o Brasil se distancia da utilização estadunidense e se atém mais ao conceito em si de diplomacia pública, ou seja, utiliza-se como ferramenta de informação ao público nacional acerca das ações diplomáticas voltadas ao exterior. Carneiro (2011, p. 53) observa que “o termo ‘diplomacia pública’, quando empregado pelo Itamaraty, está mais associado à transparência e à abertura para a opinião pública interna que ao contato com o público estrangeiro”. Segundo Carneiro (2011, p. 52), ainda

⁶ Neste caso, a lei estadunidense à qual o autor se refere é a *Public Law 80-402*, popularmente conhecida como *Smith-Mundt Act*.

as primeiras manifestações, no Brasil, quanto ao uso da expressão “diplomacia pública” ocorreram “nos anos 1990, com os esforços do chanceler Luiz Felipe Lampreia, que fez do aumento da visibilidade do Itamaraty uma prioridade de sua gestão.

Ainda que o foco inicial seja o de informação nacional com o advento de novos meios de comunicação e conseqüentemente maior interligação entre os Estados, o conceito foi aprimorado e aliado mais ainda à política externa brasileira. Por assim dizer, as políticas públicas internacionais do Itamaraty serão feitas de forma a influenciar a opinião pública em nível nacional e internacional como um país em desenvolvimento (Tamburine, 2015, p.16).

Carneiro (2011, p. 49) corrobora o argumento da transnacionalidade das ações de diplomacia pública quando aponta um relevante fator acerca dos países emergentes:

Para os países em desenvolvimento, a diplomacia pública é uma oportunidade de influenciar a agenda internacional, melhorar sua imagem e combater estereótipos e capturar a atenção da opinião pública a seu favor sem dispor de grandes recursos econômicos e militares.

Por isso, a diplomacia pública como aliado da política externa tem se mostrado tão importante no cenário brasileiro, um país que busca sua preponderância regional com papel de destaque como uma nação que busca o uso inteligente de seu poder sem se envolver diretamente em conflitos e sim em cooperações internacionais que prioriza os direitos das nações, movendo assim próprios recursos para tais.

O "breve" século XX, conforme definido por Eric Hobsbawm, foi um período caracterizado por significativos avanços econômicos, sociais e técnico-científicos, que elevaram a qualidade de vida e melhoraram as condições de saúde globalmente. Entretanto, como "era dos extremos", na mesma definição de Hobsbawm, a globalização também gerou grandes disparidades internacionais, resultando em enormes problemas sociais e de saúde, especialmente nos países mais excluídos dos centros econômicos globais. As condições de saúde em declínio de vastas parcelas da população, a insegurança alimentar e, evidentemente, as mudanças climáticas têm sido motivos de preocupação para a chamada comunidade internacional.(Buss e Ferreira, 2017, p.115)

A partir disso, é possível entender o conceito de “diplomacia da saúde”, isto porque, os dois tipos de diplomacia podem se considerar interrelacionados, ou seja, ambos englobam a utilização de políticas e práticas diplomáticas para almejar seus objetivos focais como na construção de relações e influências entre países e entidades internacionais. Assim, a pesquisa passará a utilizar a diplomacia da saúde como uma ferramenta da diplomacia pública e do *soft power*. Esta passa a se transformar em uma importante ferramenta que vai se utilizar da saúde como meio de construir confiança e melhorar a percepção pública como consequência promovendo a cooperação internacional.

As soluções para muitas questões atuais de interdependência transnacional exigirão uma ação coletiva e uma cooperação internacional. Estes incluem mudanças ecológicas (chuva ácida e aquecimento global), epidemias de saúde como a AIDS, comércio ilícito de drogas e terrorismo. Tais questões são transnacionais porque têm raízes domésticas e atravessam fronteiras internacionais. (Nye, 1990, p.163)

Essencialmente o conceito de “diplomacia da saúde” não se concentra em uma única via de conceituação com um devido autor responsável, ou seja, é uma construção gradual ao longo de muito tempo que envolverá diversos atores e possíveis colaboradores. Com isso, trabalharemos a partir do entendimento mais comum de que a Diplomacia da Saúde Global (DSG) é um

conjunto de negociações desenvolvidas em diversos níveis, que delinea e gerencia o ambiente das políticas globais em saúde e que, idealmente, produz melhor resultados para a saúde da população de cada país envolvido e reforça o compromisso de um amplo arco de atores em prol do empreendimento comum de assegurar a saúde como direito humano e bem público, tem sido denominado “diplomacia da saúde global” (DSG) (Kickbusch *et al.*, 2007)

Dessa forma, a autora desempenha papel importante na promoção deste novo conceito de diplomacia, passa a explicar como a saúde pode ser utilizada como uma ferramenta política se aliando ao internacional e à diplomacia dos países. Com isso, identifica-se a diplomacia da saúde como meio de formulação do poder desde muito antes de tais conceitos serem formulados, isso deve ao fato de que o sistema internacional já ter se deparado com as questões de saúde e ter promovido discussões acerca de seus efeitos no sistema e seus atores. Como importante ator na diplomacia da saúde tem a Organização Mundial da Saúde, que desde sua fundação em 1948, promove a cooperação internacional em saúde e institucionaliza a diplomacia através de seu desenvolvimento como uma plataforma para essas questões sanitárias.

Ainda assim, como um conceito considerado novo no intermédio da política internacional, os Estados Unidos da América já tratam essa questão como de segurança nacional há vários anos, isso pode ser identificado principalmente durante o período da Guerra Fria, onde ambos os países concorrentes, União Soviética e Estados Unidos, utilizavam-se de cooperações em saúde como uma ferramenta primordial para influenciar outras políticas. Assim,

A DSG é usada por muitos países para melhorar as relações de confiança entre os estados, a saúde nacional e mundial. Nessa perspectiva, os ministérios da saúde passaram a desempenhar um papel duplo: promover a saúde do país e a saúde global (Fourie, 2013)

Desse modo, como uma das consequências da globalização exacerbada pela pós-Guerra Fria os países identificaram o papel ambíguo da saúde no sistema internacional, ou seja, como uma ferramenta política e como uma questão nacional de desenvolvimento. Com isso, (Martins, 2017, p.229) afirma que através da tipologia da diplomacia pública, a diplomacia da saúde se torna um conceito independente, um instrumento de política externa que não recorre aos tradicionais meios e canais diplomáticos para atingir seus objetivos definidos. Assim, ela assume características próprias que a distingue de outros conceitos que lhe são próximos, como a diplomacia tradicional, e seu conceito evoluiu ao longo do tempo, conforme o quadro a seguir. (Martins, 2017)

Quadro 2. Evolução conceitual de Diplomacia da Saúde Global ao longo do tempo

Ano	Macro tema
1970	Diplomacia médica - ações humanitárias (Badeau, 1970)
1992	Diplomacia internacional - questões ambientais (French, 1992)
2001	Efeitos da globalização na saúde (Fidler, 2001)
2003	Saúde global dependente da saúde de cada nação (Hardiman, 2003)
2007	DSG - negociações entre nações para promover a saúde global (Kickbusch <i>et al.</i> , 2007) DSG - ferramenta para fortalecer a política externa (Drager; Fidler, 2007)
2008	DSG - participação das ONGs em negociações na promoção da saúde global (Adams; Novotny; Leslie, 2008)
2010	DSG - parcerias entre ONGs e governos (Kosaraju <i>et al.</i> , 2010)
2013	DSG - melhora da saúde global, equidade, relações de confiança entre estados (Kickbusch; Kokeny, 2013) DSG - políticas e programas que geram resultados de saúde sustentáveis (Ratzan, 2013)

Fonte: Martins, 2017.

Assim, é notoriamente claro que a diplomacia da saúde já vem sendo exercida há mais de 100 anos e como qualquer aspecto da vida humana passou por grandes transformações no decorrer da globalização, ou seja, passou a explicar os aspectos da governança de um Estado ao mesmo tempo que sofreu as consequências diretas dos rápidos desenvolvimentos e das novas formas de viver em sociedade. Passa a refletir os aspectos de um país e como ele vai gerir suas políticas internas, ou seja,

A DSG resulta em melhoria da saúde global, equidade e relações de confiança entre estados. Os elementos que contribuíram para a ascensão da diplomacia foram os acordos comerciais, pandemias, maior coerência entre a política externa e interna de saúde (Kickbusch; Kökény, 2013)

Assim, a diplomacia da saúde evoluiu de respostas ad hoc a surtos de doenças para uma componente fundamental das relações internacionais e da governança global. A história dela é marcada por uma crescente institucionalização e cooperação multilateral, impulsionada pela interdependência global e pela necessidade de enfrentar desafios sanitários que ultrapassam as fronteiras. Por isso,

A DSG, adotada como ferramenta para fortalecer a política externa das nações, parte da premissa de que a saúde influencia a economia dos países e que a saúde global é parte do bem-estar e do desenvolvimento, em particular dos países menos desenvolvidos, além de colaborar para a liderança de países em organismos internacionais, gerando oportunidades comerciais e melhorando a relação de confiança entre as nações. (Martins, 2017, p.229)

Portanto, com seu histórico de cooperação e advento de novas formas de organização da saúde internacional como um campo importante da política vem sendo cada vez mais debatido e utilizando a diplomacia da saúde como instrumento para tal. Ainda assim, as consequências das dinâmicas globais cada vez mais interligadas vem sendo sentidas. A pandemia de COVID-19, que teve sua explosão internacional em 2019, foi um evento crucial que explicou os pontos fortes e as falhas dessa forma de fazer diplomacia, isso porque a necessidade de resposta global coordenada moveu esforços inimagináveis da cooperação internacional, assim como, passou a detalhar no cenário quais atores poderiam lidar e cooperar entre si para o sistema internacional.

Como citado anteriormente, a diplomacia da saúde vai viabilizar aos Estados uma atenção mais focada na saúde internacional e como ela vai influenciar economicamente cada ator do sistema, ou seja, transformar uma ferramenta de colaboração entre as lideranças nos

organismos internacionais e gerando oportunidades comerciais além de fortalecer as relações internacionais de cada país. Por isso,

Trata-se de um campo novo de conhecimento e prática, cujo objeto é a saúde e as negociações internacionais em torno desta, envolvendo diferentes disciplinas e profissionais de diversos perfis, como diplomatas e profissionais de saúde (Buss, 2013).

Ela reconhece a interdependência global em questões de saúde e a importância da cooperação internacional para garantir que todos tenham acesso a cuidados básicos adequados e que esta temática seja tratada como uma prioridade nas relações internacionais.

No contexto da diplomacia da saúde, o Brasil tem desempenhado um papel destacado na promoção da cooperação Sul-Sul, inclusive durante a pandemia. Antes disso, o Brasil lançou o Programa Mais Médicos, que trouxe médicos de países em desenvolvimento, principalmente de Cuba, para atender áreas rurais e carentes no Brasil. Isso demonstrou um compromisso com a cooperação Sul-Sul, bem como uma estratégia para melhorar o acesso à saúde em regiões remotas. Além disso, tem trabalhado em parceria com outros países em desenvolvimento em fóruns como os BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) para abordar questões de saúde e promover a cooperação Sul-Sul em uma variedade de áreas.

2.3 SAÚDE INTERNACIONAL E GLOBAL

A saúde internacional e a saúde global têm evoluído ao longo do tempo, respondendo às mudanças nas necessidades e desafios de saúde pública. Enquanto a saúde internacional tem suas raízes em intervenções focadas e assistência de países desenvolvidos a países em desenvolvimento, a saúde global emergiu como uma abordagem mais holística e colaborativa, reconhecendo a interdependência das nações em enfrentar problemas de saúde que transcendem fronteiras.

A saúde internacional, muitas vezes confundida como saúde global, é um campo multidisciplinar que se concentra na promoção, proteção e melhoria da saúde em um contexto global. Envolve a colaboração entre países, organizações internacionais, governos, agências não governamentais e diversos atores para enfrentar desafios de saúde que transcendem fronteiras nacionais (Fortes, Ribeiro, 2014). A saúde internacional lida com questões que variam de doenças infecciosas transmissíveis, como epidemias e pandemias, a questões de

saúde pública, acesso a cuidados de saúde, determinantes sociais da saúde e muito mais. Assim,

A saúde internacional, para não se retroceder a épocas mais remotas, tem suas origens fincadas no século XIX, marcado pelas primeiras tentativas de cooperação internacional para controle e prevenção de moléstias infectocontagiosas, notadamente aquelas disseminadas por via marítima, protegendo os interesses sanitários e comerciais." O termo Saúde Internacional foi cunhado em 1913, pela Fundação Rockefeller, nos Estados Unidos (EUA), e as ações desenvolvidas nesse âmbito foram prioritariamente em prevenção e controle de doenças infectocontagiosas, no combate à desnutrição, à mortalidade materna e infantil e em atividades de assistência técnica, principalmente nos países denominados menos desenvolvidos (Koplan *et al.*, 2009)

Em resumo, a saúde internacional é um campo multidisciplinar e interconectado que reconhece a interdependência global nessas questões. Ela visa garantir que todos tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade, independentemente de sua localização geográfica ou condição socioeconômica, e aborda desafios que afetam a humanidade como um todo. A colaboração, a equidade e o compromisso com o bem-estar global são princípios fundamentais desse campo. A partir disso, tem-se o entendimento da diplomacia da saúde como instrumento da política externa. Nesse sentido, considera-se que a saúde internacional “representava os esforços de nações fortes e industrializadas em ajudar as nações mais pobres” (Merson *et al.*, 2006, p. 13).

Dessa forma, há certa distinção entre os conceitos de “saúde internacional” e “saúde global” que é importante destacar. A distinção é sutil, mas reflete o modo de abordagem e sua evolução à sua própria maneira. O termo “saúde internacional” emerge principalmente durante o período pós segunda guerra mundial, ou seja, um contexto em que os países desenvolvidos passam a oferecer assistências sanitárias aos países em desenvolvimento. Assim, suas atividades eram exercidas por organizações governamentais e não governamentais e por agências específicas de ajuda bilateral. Por assim dizer, sua abordagem passa a ser entendida como vertical, baseada em programas específicos (campanhas de vacinação, controle de doenças infecciosas e programas de saúde da família), ou seja, o tipo mais comum de assistência fornecido pelos países mais desenvolvidos a regiões com menos recursos de manter tais políticas.

Por conseguinte, o conceito de “saúde global” vai se mostrar mais recente, com fortes aparições no final do século XX e início do século XXI sendo utilizado pela primeira vez em documentos governamentais dos Estados Unidos da América em 1997, que assinalava que a

saúde mundial seria de “interesse vital para a América” (*America's vital interest in global health*). Esse conceito vai refletir a interconexão e a interdependência entre os países num sistema globalizado que reconhecem que há temas como a saúde que vão transcender suas fronteiras. Assim, a “saúde global” vai explicar questões que afetam populações pelo mundo independente de sua localização geográfica ou nível de desenvolvimento, ou seja, vai buscar entender como será possível resolver problemas de saúde comuns a várias nações e assim buscar soluções equitativas e de cooperação. Por isso, este tipo de foco em saúde vai ser identificado como uma abordagem horizontal, por ser feita de maneira colaborativa e buscar a solidariedade global. Seus atores centrais vão ser países, organizações internacionais, organizações não governamentais e o setor privado e as relações de cooperação entre eles. Busca soluções sistêmicas que envolvem todos os setores além da saúde e suas influências. Por assim dizer,

Diversos fenômenos sociais contribuíram para a transição da saúde internacional para a Saúde Global, entre eles: o papel cada vez maior da percepção da importância da saúde nas agendas do desenvolvimento econômico, na segurança global, na paz e na democracia; a crescente transferência internacional de riscos e oportunidades para a saúde ocasionada pela globalização; o pluralismo de atores sociais públicos e privados, atuando em parcerias; a perda do predomínio da Organização Mundial da Saúde (OMS) em decisões sobre a saúde da coletividade e o predomínio do Banco Mundial na área de investimentos em saúde; os avanços rápidos das tecnologias médicas; o ativismo por condições de acesso à saúde e aos direitos; e luta de setores da comunidade por maior participação nos processos decisórios (Frenk e Gómez-Dantés, 2007)

A saúde global não vai substituir a saúde internacional, mas vai se ligar a ela de modo que se refere aos problemas que transcendem as fronteiras e os governos nacionais e demandam ações das forças globais que determinam a saúde dos povos (Kickbusch, 2006, p. 561). Ela vai passar a reconhecer cada contexto e suas diferenças que vão influenciar as respostas e os acontecimentos em âmbito da questão de saúde faz referência a amplitude do problema e não a sua localização geográfica (Koplan *et al.*, 2009). Por isso, a saúde global se interliga a política externa dos países, ou seja,

A saúde pública global envolve uma tensão entre medicina, saúde, interesses do mercado e poder político. Analisando fatores que formataram as políticas de saúde global nas últimas décadas, temos “saúde global como investimento econômico, como ferramenta de segurança e como elemento de política externa. (STUCKLER; MCKEEL, 2008 apud KEROUEDAN, 2013).

Portanto, tal conceito vai se relacionar diretamente com as questões políticas de cada Estado e como cada um vai tratar dessas questões. Como no caso brasileiro que abordaremos

nesta pesquisa, ou seja, a governança para a saúde global, o papel de um país em desenvolvimento que trata as questões sanitárias dos atores internacionais. Por isso, o campo da saúde internacional e global vai se diferenciar em sua conceituação, mas vai se interrelacionar quando colocada em vista da política externa dos países. Enquanto a saúde internacional tradicionalmente focou na assistência de países desenvolvidos a países em desenvolvimento com programas específicos, a saúde global adota uma visão mais abrangente, colaborativa e equitativa, abordando os complexos desafios de saúde que transcendem fronteiras e requerem soluções globais coordenadas.

De fato, esses movimentos acontecem desde o período pós-guerra e a inserção da globalização no cenário mundial, com o olhar mais abrangente as questões de cada Estado e os meios de ajuda entre si para melhoramento de questões, como identificados no Quadro 3.

Quadro 3. Cronologia Histórica da Saúde Internacional e Global

Ano	Tema
1851	Primeira Conferência Sanitária Internacional, em Paris - medidas de controle das epidemias (cólera, peste e febre amarela)
1892	Acordo Sanitário Internacional - propagação das doenças através dos portos
1902	Fundação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)
1920	Criação da Organização de Saúde da Liga das Nações - precursora da Organização Mundial da Saúde
1946	Fundação da Organização Mundial da Saúde (OMS)
1960-1970	Programas de controle de doenças tropicais - Malária e Tuberculose
1987	Criação do Fundo Global de Combate a AIDS, Tuberculose e Malária - parceria público-privada para financiar países de baixa renda
1990	Ascensão e surgimento de Organizações Não Governamentais para ajuda humanitária - Médicos Sem Fronteiras
1999	Criação da Aliança GAVI (Aliança Global para Vacinas e Imunização) - cooperação público-privada para acesso as vacinas em países de baixa renda
2000	Lançamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) - metas relacionadas a saúde global
2005	Revisão do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) - cooperação global em resposta a emergências de saúde
2015	Adoção dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)

2019-2021	Pandemia de COVID-19 - urgência na interconexão global para saúde - Iniciativa COVAX para promover a distribuição equitativas de vacinas globalmente
2020	Publicação do relatório “The Lancet Global Health” - interdependência dos sistemas de saúde
2021	Lançamento do ACT-Accelerator (Acesso às Ferramentas COVID-19) - acelerar o desenvolvimento, produção e acesso equitativo a testes, tratamentos e vacinas

Fonte: Elaborado pela autora.

Assim, a libertação de colônias, a educação popular e a conscientização política aumentaram a pressão por acesso à educação e à saúde nos países emergentes e gerou novas demandas para as ações diplomáticas (Badeau, 1970). Houve então a preocupação de assuntos que ultrapassam as fronteiras e a inclusão de novas pautas a agenda internacional para cooperação e a política externa de cada Estado. Assim,

O tema se inscreve entre os mais fascinantes e dinâmicos nesta primeira década do século XXI. O mundo vive uma crise sistêmica do capitalismo globalizado, que se expressa em sub crises econômica, social, ambiental, energética, alimentar, sanitária e, por que não dizer, ética (diante do enriquecimento fraudulento do capital financeiro internacional, por exemplo), com profundas consequências sobre a saúde humana e de ecossistemas. As reconhecidas iniquidades sociais, econômicas, ambientais e sanitárias existentes entre países e no interior destes encontram explicação muito rica em evidências na sociedade de classes e no modo de produção e consumo capitalista vigente, o qual, analisado unitariamente ou parcializado em fatores de risco que lhe são inerentes, mostra-se injusto, excludente e eco agressivo. (Buss, 2013, pg 8)

Desse modo, o estudo de saúde internacional, diplomacia da saúde e experiências brasileiras se interligam constantemente de forma natural. Em resumo, a diplomacia da saúde desempenha um papel vital na promoção da saúde global, na prevenção e controle de doenças, na resposta a emergências de saúde e na busca de soluções colaborativas para questões de saúde transnacionais. A diplomacia da saúde global é usada por muitos países para melhorar as relações de confiança entre os Estados, a saúde nacional e mundial.

Nessa perspectiva, a saúde faz parte das ações diplomáticas da ONU, do G8, do G20, do BRICS, da União Europeia, da CPLP, da Unasul e dos ministérios da saúde que passaram a desempenhar um papel duplo: promover a saúde do país e a saúde global (Fourie, 2013). Dessa maneira, o país passou a se interessar pelo assunto e desenvolver pesquisas com cooperações de países em desenvolvimento, ou seja, a cooperação sul-sul.

3. COOPERAÇÃO SUL SUL EM SAÚDE

Torna-se necessário, assim, definir os arranjos institucionais mais apropriados para responder, de forma mais rápida, às decisões de política externa e evitar o risco de descrédito e de pulverização das responsabilidades (França & Sanchez, 2009)

Em resumo, o conceito de Sul Geopolítico oferece uma visão mais aprofundada sobre as políticas externas dos países do Sul, considerando suas especificidades e desafios. É uma maneira de analisar como essas nações se posicionam no contexto global e regional. Dessa forma, o Brasil se apresenta ligado constantemente a esse conceito, por isso será utilizado no decorrer da pesquisa.

Este tópico do trabalho tem como finalidade elucidar questões acerca da temática das interações das cooperações sul-sul, tudo isso associado a agenda de política externa brasileira ao longo dos anos propostos. A cooperação Sul-Sul envolve países em desenvolvimento colaborando entre si para alcançar objetivos comuns, a qual se torna um claro exemplo de “cooperação estruturante”, tudo isso explicado detalhadamente mais à frente.

No contexto da saúde internacional, o Brasil tem desempenhado um papel destacado na promoção da cooperação Sul-Sul em saúde. Dessa forma, o país se destaca pelo papel diplomático e participação constante em discussões sobre a saúde global e, com isso, foi possível ver a necessidade de desenvolvimento de uma cooperação que visa os países em desenvolvimento, a alternativa foi encontrada na implementação da cooperação sul-sul. Esse tipo de colaboração em saúde identifica-se como um claro exemplo de “cooperação estruturante”, já que busca o fortalecimento do seu sistema de saúde interno para potencializar o comércio externo, como uma alternativa à tradicional cooperação Norte-Sul, na qual os países industrializados fornecem assistência aos países em desenvolvimento.

Dessa forma, a cooperação sul-sul em saúde tem se mostrado eficaz na promoção do acesso a cuidados de saúde, no combate a doenças transmissíveis, na melhoria da capacidade dos sistemas de saúde e no desenvolvimento de soluções específicas para problemas de saúde regionais. Também, reconhece a importância das lições aprendidas nos países em desenvolvimento e da colaboração mútua para enfrentar desafios de saúde globais. Portanto, nos tópicos a seguir buscamos explicar os conceitos históricos de cooperação internacional, cooperação sul-sul e cooperação estruturante. Ademais, a explicação se dá a partir do

entendimento do sul geopolítico e o papel brasileiro nas questões de saúde internacional, tudo isso se convergindo no último tópico com claros exemplos de cooperações feitas por países do sul como iniciativas desse tipo de mecanismo.

3.1 CONCEITUAÇÃO DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL E ESTRUTURANTE

A partir do anterior entendimento da evolução histórica da saúde internacional e global tem se a compreensão de como se dá a cooperação internacional para saúde e assim como foi sendo desenvolvida ao longo do tempo. Nesse viés, é possível verificar que, “nos anos iniciais da abordagem de saúde no cenário internacional”, o desenvolvimento das ações são feitas pelas grandes potências hegemônicas, ou seja, quem mostra mais poder no sistema passa a agir de forma humanitária nos países considerados inferiores. Por isso, torna-se possível identificar que a cooperação internacional tanto em saúde quanto em outros âmbitos passará a refletir as transformações políticas, econômicas e sociais que moldam as relações internacionais. Muitos desses processos têm sido alavancados pelas contínuas mudanças na governança global como um todo, no avanço da interdependência entre os estados e na consequente emergência de desafios transnacionais. Seriam estes desafios as epidemias e pandemias, ou seja, crises sanitárias que envolvem diversos fatores e atores do sistema internacional.

A cooperação internacional mais contemporânea pode ser datada a partir do século XIX, a contar pelo surgimento de conferências e tratados multilaterais que buscavam coordenar as ações entre os Estados. Tais acordos normalmente eram em torno de questões concernentes à época, ou seja, o comércio, a guerra e a diplomacia. Assim, tem-se a primeira institucionalização de uma cooperação internacional sendo o Congresso de Viena, criado em 1815 a fim de organizar a Europa no pós guerra, servindo como uma plataforma de resolução de conflitos entre as potências (Kraychete, 2016). Ainda assim, outras questões passaram a ser abordadas em tais tratados sendo elas, a proteção das navegações internacionais e os direitos de propriedade intelectual, mais tarde culminando também no âmbito da saúde como pauta de suma importância. Tal cooperação ainda era limitada no período já que o foco era em questões de interesse próprio das potências, que se baseiam no poder político e militar (Ikenberry, 2001).

A partir do século XX, se dá início a uma maior institucionalização da cooperação internacional através da criação de organismos multilaterais que primordialmente buscavam a

promoção da paz em cenário internacional, ou seja, foco na segurança global. Portanto, com o tempo, mostrou-se uma iniciativa frustrada, já que não se pode evitar a Primeira Guerra Mundial e mostrou limitações de uma diplomacia tradicionalista. Através disso, ocorreria então a criação da Liga das Nações, em 1919, sendo a primeira organização internacional, também com foco na busca pela paz entre as nações. Entretanto, mesmo com os esforços da Liga, a fragilidade da diplomacia e a incapacidade de prevenção de conflitos se tornaram evidentes ao sistema e mais uma guerra foi se desenrolando. A nova realidade, então, passou a exigir a reavaliação das estratégias de cooperação internacional e levou à criação de outra estrutura de governança.

Com isso, mais uma guerra aconteceu, a Segunda Guerra Mundial, mas em contrapartida tal organização preparava o mundo para o surgimento de uma estrutura mais elaborada e robusta de governança com diplomacia. Nesse viés, o fim dessa guerra faz com que haja a consolidação da cooperação internacional através da criação da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945, um fórum permanente com o intuito de solucionar os conflitos, promover os direitos humanos e o desenvolvimento internacional. Sendo assim, em consequência deste emergiram organizações como o Fundo Monetário Internacional (FMI) em 1944, o Banco Mundial também em 1944, a Organização Mundial do Comércio (OMC) em 1995 e a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, que refletiam o reconhecimento da interdependência global que exigia estruturas multilaterais capazes de gerir e regulamentar o comércio, o desenvolvimento e as estruturas sociais básicas (Ikenberry, 2001).

Na era do pós Guerra Fria, a cooperação internacional mais uma vez passou por novos moldes, nessa época com uma rápida globalização econômica e um aumento das interdependências políticas e sociais dos Estados. Dessa forma, nações em desenvolvimento passariam a exercer papel mais ativo no cenário internacional, enquanto atores não estatais, como Organizações Não Governamentais (ONGs) e corporações transnacionais, passariam a desempenhar também papel mais central nas novas dinâmicas globais. Aliado a isso, a cooperação internacional se expandiu nos temas como segurança e comércio e passou a abranger questões como meio ambiente, saúde global, direitos humanos e desenvolvimento sustentável.

Sendo assim, as Agendas para o Desenvolvimento Sustentável⁷, com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável do Milênio (ODM), exemplifica claramente tal evolução, isso porque reuniu países, empresas e organizações internacionais para trabalhar em prol de metas comuns em áreas antes consideradas de âmbito interno da política de um Estado, ou seja, assuntos como pobreza, saúde e questões ambientais agora seriam tratadas em pautas internacionais comuns a outros Estados buscando promover a discussão e ajuda mútua para alcançar certos objetivos.

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio foram um marco na história das Nações Unidas, estabelecendo metas concretas e prazos claros para combater a pobreza global e promover o desenvolvimento humano. Embora tenham alcançado sucessos notáveis em áreas como a educação e a saúde, os ODM enfrentaram críticas por sua falta de inclusão de aspectos mais amplos do desenvolvimento sustentável (Sachs, 2012, p. 220).

O surgimento da cooperação internacional em saúde pode então ser identificado a partir do século XIX, isso porque o impacto causado por epidemias como a cólera se espalhava de maneira assustadora por rotas comerciais no mundo todo. Portanto, a Primeira Conferência Sanitária Internacional foi realizada em 1851 como uma tentativa dos governos europeus em coordenar respostas mais efetivas ao combate da disseminação das doenças. Tais conferências resultaram em acordos sobre quarentenas e medidas de controle em portos, isso identificou-se como um esforço inicial de cooperação voltado à saúde.

A Primeira Conferência Sanitária Internacional de 1851 não conseguiu produzir resultados práticos imediatos, mas marcou o início de um processo de cooperação internacional em saúde pública que viria a ganhar tração nas décadas seguintes. A questão central era conciliar a necessidade de prevenir a propagação de doenças infecciosas com a pressão dos interesses comerciais" (Howard-Jones, 1975, p. 10)

No início do século XX, a cooperação em saúde passa por uma institucionalização. Assim, em 1907, foi criada a *Office International d'Hygiène Publique (OIPB)*⁸, um precursor da Organização Mundial da Saúde (OMS), com objetivo de coordenar os esforços contra as doenças infecciosas que assolavam as rotas comerciais da época. Após a Primeira Grande

⁷ A formalização de uma agenda global para o desenvolvimento sustentável aconteceu na Cúpula da Terra, no Rio de Janeiro, em 1992, com a aprovação da Agenda 21, que estabeleceu um plano de ação abrangente para o desenvolvimento sustentável no século XXI. O conceito de desenvolvimento sustentável foi então consolidado, referindo-se à satisfação das necessidades presentes sem comprometer as gerações futuras, conforme estabelecido no Relatório Brundtland (1987).

⁸ Ao longo de sua existência, a OIPB desempenhou um papel crucial na criação de redes internacionais de saúde pública, fornecendo um sistema para coordenar as respostas às ameaças de epidemias e garantindo que os governos tivessem acesso a informações vitais sobre os riscos de saúde globais. Essa infraestrutura foi fundamental para a transição subsequente para a governança da saúde global sob a égide da Organização Mundial da Saúde (Cueto, 2004, p. 58)

Guerra, a Liga das Nações estabeleceu uma Organização de Saúde da Liga⁹, tal qual desempenhou papel vital na coordenação das respostas aos surtos de doenças e no combate efetivo de malária e outras enfermidades.

A vista disso, o maior avanço na cooperação internacional para a saúde ocorreu em 1948 com a então criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), agência especializada da recém criada Organização das Nações Unidas (ONU).

A criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, juntamente com o Regulamento Sanitário Internacional, um conjunto extraordinário de regras para o controle de doenças infecciosas. Combinadas, essas iniciativas produziram os primeiros processos, regras e instituições para a governança global em saúde (Fidler, 2001, p. 843).

Esta, foi projetada para promoção da saúde global e gerenciamento de crises globais de saúde pública, ou seja, desempenhando papel crucial na coordenação de campanhas de vacinação, erradicação de doenças e resposta a emergências de saúde. Nesse âmbito, um dos maiores sucessos da organização e da cooperação internacional em saúde pode ser identificado pela erradicação da varíola, em 1980, demonstrando a eficácia de tal tipo de cooperação.

Da mesma forma que aspectos políticos e sociais foram afetados fortemente pela polarização da Guerra Fria, a saúde também foi moldada durante o século XX, com países capitalistas e socialistas competindo por influência e poder programas de assistência médica também foram usados como táticas políticas de ambos os lados.

Para os EUA, a ajuda em saúde pública nos países em desenvolvimento servia a dois propósitos principais: garantir que esses países se mantivessem fora da órbita socialista e promover o modelo de desenvolvimento capitalista por meio de programas de saúde e bem-estar, estabelecendo-se como líderes no campo humanitário (Packard, 2016, p. 123).

Ainda assim,

A campanha de erradicação da varíola, um dos maiores sucessos da saúde global no século XX, foi marcada pela cooperação entre os EUA e a URSS, em um raro exemplo de colaboração em meio à Guerra Fria. Apesar das tensões ideológicas, ambos os blocos usaram a campanha como uma oportunidade para reafirmar sua liderança no campo da saúde pública internacional" (Henderson, 2009, p. 57).

⁹ A Organização de Saúde da Liga das Nações foi a precursora da Organização Mundial da Saúde, e seu legado é inegável. Ao estabelecer uma plataforma para a troca de conhecimento em saúde pública e coordenar ações contra epidemias, ela pavimentou o caminho para o sistema internacional de saúde que conhecemos hoje" (Cueto *et al.*, 2015, p. 98)

A crise de HIV/AIDS¹⁰, nos anos 1980, marcou um ponto de virada na cooperação em saúde. Mesmo que de início, a resposta internacional tenha sido um pouco lenta e fragmentada, especialmente nos países de menor renda. Porém, a partir da criação do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), em 1996, e o lançamento de iniciativas como o Fundo Global de Combate a AIDS, Tuberculose e Malária, a cooperação em saúde começou a se expandir para incluir novo atores, como ONGS, fundações filantrópicas e o setor privado. Assim,

os sistemas de saúde de muitos países em desenvolvimento foram desproporcionalmente sobrecarregados enquanto lutavam contra a epidemia emergente de HIV/AIDS, bem como outras doenças fatais (Almeida, 2010, p. 25).

Por isso, a resposta à AIDS de modo internacional ajudou a moldar um novo modelo de cooperação baseado em parcerias público-privadas e em mecanismos inovadores de financiamento.

O século XXI é marcado por desafios sanitários globais de alta complexidade como a pandemia de SARS (2002-2003), a pandemia de gripe H1N1 (2009) e mais recentemente a pandemia de COVID-19 (2019). Tais acontecimentos escancaram ao mundo a importância da cooperação internacional ainda mais em saúde, assim como mostrou muitas limitações dessa cooperação e de certos Estados e governanças.

Em 2000 o cenário era bem mais complexo e várias iniciativas internacionais começaram a sinalizar uma nova atitude global de luta contra o estado crítico da saúde das populações: os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM, 2000), com 3 dos 8 objetivos voltados para problemas de saúde (MILLENIUM DEVELOPMENT GOALS REPORT, 2009); as Iniciativas Globais em Saúde (Global Health Initiatives-GHIS),¹² existente desde o início dos anos 2000; a Comissão de Macroeconomia e Saúde(2001);¹³ a Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (2005-2008);¹⁴ a Declaração de Oslo (2007); e a celebração mundial, em 2008, dos 30 anos de realização da Conferência de Alma-Ata. (Almeida, 2010, p.28)

Em consequência, a mais recente pandemia, que eclodiu em 2019, destacou desigualdades em acesso a tratamentos e vacinas, evidenciou as disparidades de poder e economia entre os países, ou seja, exigiu do sistema a criação de novas iniciativas, como o

¹⁰ Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

COVAX¹¹, um mecanismo liderado pela OMS para garantir a distribuição equitativa de vacinas.

Nesse sentido, a saúde global se torna reconhecida como um bem público internacional que traz benefícios na promoção da saúde e na prevenção de doenças que afetam toda a comunidade internacional, independente de região ou fronteira. A partir disso, tem-se a consciência de que questões de saúde estão interligadas a outros desafios antes ignorados, como as mudanças climáticas, a segurança alimentar e a migração em massa.

A evolução da cooperação internacional, tanto em geral quanto especificamente em saúde, reflete a crescente interdependência entre os Estados e a necessidade de enfrentar os desafios globais por meio da governança coletiva. Ainda assim, na tratativa de saúde a cooperação internacional tem cada vez mais passado por esforços pontuais e regionais no século XIX, isso para uma rede institucionalizada de organizações e parcerias multilaterais que coordenam respostas a crises globais. Por meio da globalização e o surgimento de novas possíveis ameaças transnacionais, a cooperação em saúde continua sendo vital para mitigar os impactos de crises e a manutenção do bem estar global. Por assim dizer,

um grande debate global sobre a efetividade das ajudas internacionais em saúde, sobretudo as Norte-Sul, tradicionalmente estruturadas na forma de programas verticais, vinculados a doenças específicas e que, aparentemente, teriam pouco impacto nos sistemas de saúde e nos resultados para as populações. Ainda que existam evidências em contrário (WHO, 2009), a mudança crucial que resulta deste debate reside na idéia de priorização da “horizontalidade” da cooperação internacional em saúde, que interrelacionam cooperação Sul-Sul e construção de parcerias, na perspectiva de intercâmbio de experiências, aprendizado conjunto e compartilhamento de resultados e responsabilidades. (Almeida, 2010, p.28)

Nessa evolução histórica da cooperação internacional em saúde é possível identificar um modelo de ação nitidamente ideológico de grandes potências para países em desvantagem no cenário global, isso é chamado de cooperação Norte-Sul. Refletindo assim as dinâmicas entre os países no século XX, ela foi caracterizada pelo fornecimento de ajuda dos países industrializados para Estados em desenvolvimento, considerados do Sul global. Dessa forma, países do hemisfério norte (Estados Unidos da América, Canadá, Japão, potências europeias) desempenhavam o papel de doadores e os países da América Latina, África e Ásia eram vistos

¹¹ O Covax Facility é uma aliança internacional conduzida pela OMS, entre outras organizações, com o objetivo de acelerar o desenvolvimento e a produção de vacinas contra Covid-19 e garantir o acesso igualitário à imunização em todo o mundo. Mais de 150 países aderiram à iniciativa. A admissão do Brasil, que foi assinada em 25 de setembro de 2020, inclui o acesso a 42,5 milhões de doses. (Anvisa, 2021)

como necessariamente receptores de assistência. Em resumo, Birn *et al.* (2009: 62 63) afirma que

a maior parte das atividades em saúde internacional não é compartilhada entre nações ‘equivalentes’; elas refletem a ordem política e econômica internacional, na qual a ‘assistência’ internacional é ‘provida’ pelas nações ricas e industrializadas e ‘recebida’ pelos países pobres e subdesenvolvidos. (...) A assistência internacional reflete as relações geopolíticas e reproduz os desequilíbrios de poder e recursos.

Ainda assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi uma plataforma central para a cooperação Norte-Sul, coordenando a ajuda global e as operações financeiras. Deste modo, como um dos exemplos mais emblemáticos é a campanha de erradicação da varíola que foi liderada por países ricos e implementada em países de baixa e média renda. Esses países forneciam financiamento, tecnologia, medicamentos e especialistas para fortalecer os sistemas de saúde, as intervenções eram baseadas em um modelo ocidental sem adaptações às realidades locais dos países receptores.

Embora munidos das melhores intenções em ajudar as populações pobres dos países mais pobres do mundo, com grande frequência tais atores impõem suas próprias visões de mundo, assim como prioridades e objetivos de cooperação predefinidos. Os países beneficiários muitas vezes têm dificuldades em organizar as próprias demandas, devido à falta de coordenação entre seus Ministérios da Saúde, Relações Exteriores e outros parceiros públicos e privados. As consequências são a fragmentação e a baixa eficiência dos recursos disponíveis localmente, já bastante limitados (BUSS, 2007; 2008).

Além disso, um aspecto bastante criticado era um certo paternalismo subjacente que perpetuava uma relação de dependência, já que os países em desenvolvimento tinham pouca ou nenhuma voz nas decisões políticas globais de saúde. Ao invés de construir capacidades locais de maneira sólida e sustentável, os projetos eram desarticulados e sem integração nos sistemas político e social locais. Com isso,

uma recente avaliação sobre os efeitos das parcerias globais no campo da saúde em vinte países em desenvolvimento (MCKINSEY & COMPANY, 2005) chegou à seguinte conclusão: Infelizmente, os ganhos obtidos pelas Parcerias em Saúde Global (GHPs, Global Health Partnerships) tiveram um custo. A introdução ‘vertical’ de recursos em sistemas de saúde organizados horizontalmente, em um ambiente com recursos restritos, tende a criar duas prováveis consequências para os países beneficiários: 1) os países têm dificuldades para absorver os recursos de GHP porque tais parcerias não oferecem suportes técnicos (ou de outra natureza) adequados à implementação dos programas; e 2) os países ficam sobrecarregados com processos paralelos e duplicados oriundos de várias GHPs, porque muitas vezes elas ignoram processos já implantados nos países. Além disso, as GHPs não têm comunicação adequada e eficiente com os países e parceiros. As comunicações entre GHPs e países costumam ser de ‘via única’ e a retro-alimentação dos países ao circuito é falho. A comunicação deficiente complica as questões descritas acima (p. 4).

Como citado anteriormente, a partir dos anos 90, a dinâmica global passa por mudanças drásticas e o cenário internacional vê o crescimento de nações emergentes em atuações consolidadas, países como Brasil, China, Índia e África do Sul, em especial, começam a desempenhar função mais ativa internacionalmente.

Embora a cooperação Sul-Sul tenha uma longa história, é apenas neste novo milênio que vemos um aumento sem precedentes da cooperação Sul-Sul nos níveis nacional, regional e global, e especialmente no domínio da governança global da saúde (Conselho Econômico e Social das Nações Unidas 2008).

Nesse âmbito, uma nova ideia de cooperação surge como alternativa, o modelo de cooperação Sul-Sul, com esses países em desenvolvimento colaborando entre si sem intermediação das potências tradicionais, assim, tendo maior controle sobre suas próprias políticas de saúde e desenvolvimento e investindo nas suas capacidades científicas, tecnológicas e financeiras. Neste contexto,

é preciso estabelecer uma diferenciação entre ‘assistência técnica’ e ‘cooperação técnica’. A primeira se baseia em iniciativas pré-definidas, desenvolvidas unilateralmente por doadores, com baixa ou nenhuma participação dos beneficiários; já a segunda, representa um esforço conjunto que integra doadores e beneficiários em parceria na qual as experiências prévias e as orientações estratégicas são compartilhadas, visando ao planejamento e à execução conjuntas, com a implementação da autonomia do parceiro e a sustentabilidade do processo como um todo. (Buss; Ferreira, 2017, p. 94)

Tudo isso pode ser explicado pelo fato desses países terem experiências históricas, contextos econômicos e sociais em comum. Assim, a cooperação Sul-Sul passa a ser vista como mais adequada para adaptação de intervenção à saúde com necessidades específicas de países em desenvolvimento.

Enquanto a cooperação Norte-Sul foi fundada principalmente na noção de "assistência técnica", a cooperação Sul-Sul baseia-se no conceito de "cooperação técnica" para enfatizar o esforço conjunto de integrar parceiros em uma operação conjunta genuína na qual o know-how e as orientações estratégicas são compartilhados para melhorar a capacidade de trabalho e promover o desenvolvimento equitativo (Buss, 2010).

As origens da cooperação para o desenvolvimento entre países em desenvolvimento, cooperação Sul-Sul, remonta a segunda metade do século XX, a qual muitos países emergentes e recém independentes procuravam por novas formas de interação internacional que refletia suas necessidades e realidades, em contraponto às formas tradicionais de cooperação que eram dominadas pelos países desenvolvidos, ou chamados do Norte global.

Dessa maneira, com o fim da segunda grande guerra se inicia um período de intensa descolonização em países da Ásia, África e Caribe, atrelado a recém independência vem o desejo de questionar outras formas de dependência como a econômica e política de antigas potências coloniais, ou seja, mostram-se insatisfeitos com os resultados da cooperação que dominava o sistema internacional e perpetuava cada vez mais as desigualdades. Por isso, em 1955, realizou-se a Conferência de Bandung (Indonésia) que reuniu 29 países africanos e asiáticos e criou as bases do Movimento dos Não Alinhados (Quadro 4), tornou-se então um dos marcos da criação da cooperação Sul-Sul. Este movimento defendia a solidariedade entre os países recém-independentes e rejeita a lógica da bipolaridade da Guerra Fria, ou seja, ao invés de se aliar a uma superpotência esses países buscavam fortalecer as relações entre semelhantes (Buss, 2010). Assim, a conferência de Bandung incentivou a solidariedade política e lançou as bases para a cooperação econômica e técnica entre os países em desenvolvimento.

A partir desse ponto reconhecem que, compartilhando desafios, poderiam beneficiar-se mutuamente na troca de conhecimentos, experiências e tecnologia. Ainda que seu início tenha sido uma tentativa limitada, ela já indicava uma alternativa à dependência dos países desenvolvidos.

Quadro 4: Os Dez Princípios de Bandung (Conferência Asiático-Africana, Bandung, 18–24 de abril de 1955)

1. Respeito pelos direitos humanos fundamentais e pelos propósitos e princípios da Carta das Nações Unidas.
2. Respeito pela soberania e integridade territorial de todas as nações.
3. Reconhecimento da igualdade de todas as raças e da igualdade de todas as nações, grandes e pequenas.
4. Abstenção de intervenção ou interferência nos assuntos internos de outro país.
5. Respeito pelo direito de cada nação de se defender individual ou coletivamente, em conformidade com a Carta das Nações Unidas.
6. a) Abstenção de recorrer a mecanismos de defesa colectiva para servir quaisquer interesses particulares das grandes potências. (b) Abstenção de qualquer forma de país exercer pressões sobre outros países.

7. Abster-se de atos ou ameaças de agressão do uso da força contra a integridade territorial ou independência política de qualquer país.
--

8. Resolução de todos os litígios internacionais por meios pacíficos, tais como negociação, conciliação, arbitragem ou resolução judicial, bem como outros meios pacíficos à escolha das partes, em conformidade com a Carta das Nações Unidas.

9. Promoção do interesse mútuo e da cooperação.

10. Respeito pela justiça e obrigações internacionais.
--

Fonte: (Buss, Faid, 2013, p. 306)

A Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD) foi criada em 1964 e se tornou um importante fórum para os países do sul global expressarem suas preocupações com o sistema mundial e as desigualdades desse, necessitando de um sistema de cooperação que se baseasse num olhar mais equitativo. Esse local foi a UNCTAD, que reuniu países em desenvolvimento para reivindicar uma nova ordem econômica internacional (Cabral e Weinstock 2010, p. 24).

Por conseguinte, na década de 1970, a demanda por uma Nova Ordem Econômica Internacional (NOEI) surge como essa tentativa de reformulação sistemática a favor dos países subdesenvolvidos e defendida pelo Grupo dos 77 (G77)¹², que também buscava ecoar essas vozes nas negociações internacionais. Como proposta da NOEI tinha-se o controle dos recursos naturais pelos países do Sul, a melhoria dos termos de troca no comércio internacional e o estabelecimento de mecanismos financeiros mais justos. Ainda assim, apesar de promissora a NOEI não foi implementada de forma satisfatória mas destacou a importância da cooperação entre os países em desenvolvimento.

El nuevo orden económico internacional atestigua sobre todo la voluntad de los nuevos Estados surgidos de la descolonización de participar efectivamente en la vida internacional y, si no de cuestionar el sistema económico mundial establecido al terminar la Segunda Guerra Mundial, sí por lo menos de reformarlo profundamente. Consideran que ese sistema de inspiración liberal (representado por el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y el Acuerdo General sobre Aranceles

¹² Hoje composto de 130 países, reunindo-se anualmente e atuando de forma concertada em fora internacionais, tem sido ator importante na cooperação Sul-Sul, ainda que principalmente no domínio econômico, como demonstram suas Declarações anuais, mas também em outros domínios, como mostram a Declaração da Cúpula do Sul e o Plano de Ação de Havana (2000), o Consenso de Teerã sobre a Cooperação Sul-Sul (2001), a Declaração de Dubai sobre C&T no Sul (2002), a Declaração e o Marco de Referência de Marrakech sobre Cooperação Sul-Sul (2003), e, finalmente, a Plataforma de Desenvolvimento para o Sul, com seu conjunto de princípios sobre a cooperação Sul-Sul, e o lançamento do Fundo do Sul para o Desenvolvimento e a Assistência Humanitária (2008) (G77, 2010).

Aduaneros y Comercio (GATT)) y sometido a la hegemonía de algunas potencias occidentales, con los Estados Unidos de América a la cabeza, ya no corresponde a las necesidades nuevas. Para intentar cambiarlo, constituyen el Grupo de los 77, con objeto de coordinar sus posturas y sus reivindicaciones frente a los países desarrollados [...] un nuevo enfoque, el del derecho internacional del desarrollo, con el mérito de tomar en consideración los derechos e intereses de los países del Sur y abrir así una primera brecha en el análisis clásico de los problemas del desarrollo. (MAHIU, 2011, p.1)

Nesse viés, nos anos 1970 e 1980 é possível identificar os primeiros expansionismos da cooperação Sul-Sul, em particular no âmbito da saúde e cooperação técnica. Através disso, tem-se as primeiras iniciativas de países como o Brasil, Índia e China que começaram a compartilhar suas experiências com outros países em desenvolvimento. Assim, em 1978, a ONU lança a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD) como uma iniciativa formal de promover a cooperação técnica destacando áreas como saúde, agricultura, educação e ciência visando aproveitar as capacidades dos países em desenvolvimento para gerar soluções endógenas aos desafios locais. Em primeira instância,

recomendações foram aprovadas pelos 138 Estados nacionais participantes, na forma do 'Plano de Ação de Buenos Aires para Promover e Implementar a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento', marco na história da cooperação internacional por se ter constituído na base da autonomia da cooperação externa entre países em desenvolvimento (UNDP, 1978)

Logo,

foi atendendo às reivindicações dos países do sul – para que a cooperação ultrapassasse o sentido de uma ajuda vinculada a interesses político-estratégicos e passasse a ser uma fonte de trocas e interesses mútuos, enriquecendo e capacitando todos os entes envolvidos – que as Nações Unidas reviram o conceito de assistência técnica e o substituíram pelo termo cooperação técnica na Resolução 1383 B, Assembléia Geral da ONU de 1959. (Buss, 2010, p.99 e 100)

Em consequência, na década de 1990 a cooperação sul-sul passa pelo fortalecimento através dos blocos regionais e acordos bilaterais. Com a formação de organizações como o MERCOSUL em 1991, a Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (SADC) em 1992 e a Associação de Nações do Sudeste Asiático (ASEAN) em 1967 mostra a clara tentativa de fortalecimento do comércio, infraestrutura e desenvolvimento contínuo dessas regiões. Além disso, países como Brasil e China passam a se tornar protagonistas da cooperação bilateral com países africanos, caribenhos e latino-americanos, ou seja, buscam o desenvolvimento em conjunto com parcerias estratégicas de transferências de tecnologias e iniciativas no campo da saúde.

Como decorrência, a Unidade Especial para a Cooperação Sul-Sul (Special Unit for South-South Cooperation [SU/ SSC]), foi estabelecida pela Assembléia Geral das Nações Unidas também em 1978. Localizada no Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD/UNDP), sua missão fundamental é promover, coordenar e apoiar as cooperações Sul-Sul e triangular em bases globais e da própria ONU. A SU/SSC recebe direcionamento político e orientações do/ e funciona como Secretariado do Comitê de Alto Nível (HLC) para a Cooperação Sul-Sul da Assembléia das Nações Unidas.(Buss, 2010, p. 100)

A Partir da formulação do BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) em 2009 e da Aliança IBAS (Índia, Brasil e África do Sul) em 2003, o século XXI para a cooperação Sul-Sul se caracteriza pelo papel estratégico com simbolismo de reconhecimento de que grandes países emergentes têm papel crescente na definição da agenda global, inclusive na área de desenvolvimento. Assim,

um sinal expressivo dessa situação, assumida globalmente pela comunidade internacional, é a Conferência de Alto Nível das Nações Unidas sobre Cooperação Sul-Sul, realizada em dezembro de 2009, em Nairobi, Quênia, com o tema 'Promoção da Cooperação Sul-Sul para o Desenvolvimento', cujos documentos, debates e resultados podem ser acessados no site da conferência (UN Conference on South-South Cooperation, 2009). (Buss, 2010, p.100)

Por assim dizer, a cooperação para o desenvolvimento entre países em desenvolvimento nasceu como uma resposta às limitações do modelo tradicional Norte-Sul, caracterizado por uma relação de dependência. O surgimento da cooperação Sul-Sul reflete o desejo desses países de criar formas mais igualitárias e mutuamente benéficas de desenvolvimento, que levem em consideração suas realidades e experiências compartilhadas. Ao longo das décadas, essa cooperação evoluiu de um enfoque político e ideológico para uma cooperação técnica e econômica concreta, envolvendo áreas como saúde, educação, infraestrutura e ciência. Dessa maneira, a cooperação para o desenvolvimento regeu certos preceitos que se desenvolveram e culminaram na cooperação sul-sul. Assim,

A fim de formular uma melhor noção de cooperação internacional em saúde nos países em desenvolvimento, as seguintes alternativas – que, de uma ou outra maneira, desafiam as práticas tradicionais – devem ser levadas em consideração: Apoiar o desenvolvimento integral dos sistemas de saúde, superando a fragmentação e a falta de coordenação; Enfatizar as necessidades de longo prazo, com o fortalecimento de instituições-chave para adquirir verdadeira liderança no setor, promover uma agenda orientada para o futuro e equilibrando as intervenções específicas com a geração de conhecimentos; Substituir os programas baseados em orientações globais únicas pela adoção do planejamento estratégico centrado na realidade concreta dos países “receptores”, incorporando, de forma ampla, os determinantes sociais da saúde; Priorizar programas baseados na população (orientados por suas necessidades da saúde) em detrimento de atividades voltadas unicamente para os cuidados médicos individuais. (Almeida *et al*,2010, p.32)

A partir dessas premissas, a cooperação Sul-Sul em saúde tem se tornado cada vez mais relevante no cenário global, especialmente na última década, impulsionada por crises globais, como a pandemia de COVID-19, e pela crescente assertividade de países emergentes em moldar a agenda de saúde internacional. Essa evolução recente reflete tanto a continuidade de antigas parcerias quanto o surgimento de novas dinâmicas, em um contexto em que a saúde global se tornou um campo estratégico de influência política e econômica.

A saúde agora recebeu níveis sem precedentes de atenção nas agendas de desenvolvimento do Sul, uma tendência que também reflete a mudança de poder da saúde à medida que ganhou reconhecimento como uma questão de preocupação global (Fidler, 2005, p.180).

O surgimento e a evolução da cooperação Sul-Sul em saúde representam uma mudança significativa na forma como os países em desenvolvimento lidam com seus desafios de saúde, propondo um modelo de solidariedade e parceria que desafia as assimetrias da cooperação tradicional Norte-Sul. Embora enfrente desafios, a cooperação Sul-Sul tem mostrado ser uma força poderosa na promoção da saúde global, especialmente ao compartilhar experiências e fortalecer sistemas de saúde pública em países vulneráveis. Ao longo das últimas décadas, essa forma de cooperação tem sido essencial para o combate a doenças infecciosas, para a promoção de políticas de saúde inclusivas e para o fortalecimento da soberania sanitária entre os países do Sul global.

A cooperação Sul-Sul em saúde visa agora atingir quatro objetivos claros, todos eles representando um afastamento substancial das características tradicionais do modelo Norte-Sul dominante, destacando-se: Um afastamento da vertical (intervenções focadas na doença) para o desenvolvimento abrangente e, portanto, o fortalecimento do sistema de saúde; ênfase nas necessidades de longo prazo em vez de necessidades de curto prazo, ou seja, fortalecendo instituições-chave para adquirir uma verdadeira liderança, promovendo o desenvolvimento de uma agenda orientada para o futuro e equilibrando ações específicas com a geração de conhecimento; um afastamento de programas baseados em uma única orientação global para o planejamento estratégico centrado na realidade do país "receptor", incorporando amplamente os determinantes sociais da saúde; uma priorização de programas e atividades de base populacional (orientados para a saúde pública) estritamente focados nos indivíduos. (Buss, Ferreira, 2010).

Esse tipo de cooperação em saúde tem um papel cada vez mais estratégico na governança global da saúde. A capacidade de países emergentes de liderar a produção de vacinas, medicamentos e inovações tecnológicas será fundamental para lidar com crises globais futuras, como novas pandemias e as consequências da crise climática na saúde pública. Em suma, a cooperação Sul-Sul em saúde, em seu formato mais recente, reflete a ascensão dos países do Sul como protagonistas na arena da saúde global. Ao promover uma abordagem mais inclusiva e adaptada às necessidades locais, essa cooperação representa uma nova fronteira para a equidade em saúde, desafiando as hierarquias tradicionais da governança global.

Através disso, entende-se um novo conceito que surge nos estudos sobre o papel brasileiro na diplomacia da saúde, o conceito de cooperação estruturante. A cooperação estruturante em saúde foi amplamente desenvolvida e consolidada em grande parte por meio das iniciativas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que desde o início dos anos 2000 tem desempenhado um papel central no fortalecimento das capacidades de saúde pública em países do Sul Global. A partir de sua experiência histórica em cooperação internacional, a Fiocruz promoveu o conceito de "cooperação estruturante" como uma alternativa aos modelos tradicionais de ajuda internacional, que muitas vezes deixavam os países beneficiados em uma situação de dependência contínua (Buss e Ferreira, 2010).

A Fiocruz é uma das principais referências em termos de cooperação estruturante em saúde, especialmente no contexto Sul-Sul. A instituição definiu esse tipo de cooperação como uma "cooperação horizontal" focada na criação de capacidade autônoma de gestão e desenvolvimento da saúde pública nos países beneficiários (Buss e Ferreira, 2010). A ideia central é "estruturar" o sistema de saúde de maneira abrangente e sustentável, desenvolvendo tanto as instituições quanto as pessoas que operam nesses sistemas.

Conforme exposto em estudos coordenados pela Fiocruz e autores como Nísia Trindade Lima (2022), a cooperação estruturante se baseia em três princípios fundamentais: Autonomia: A cooperação deve permitir que o país beneficiário desenvolva suas próprias soluções e tome decisões com base em suas necessidades específicas; Solidariedade Horizontal: Ao contrário da cooperação Norte-Sul, que muitas vezes tem uma dinâmica hierárquica, a cooperação Sul-Sul estruturante valoriza a troca horizontal de conhecimentos e experiências entre países que enfrentam desafios semelhantes; Fortalecimento Institucional: O

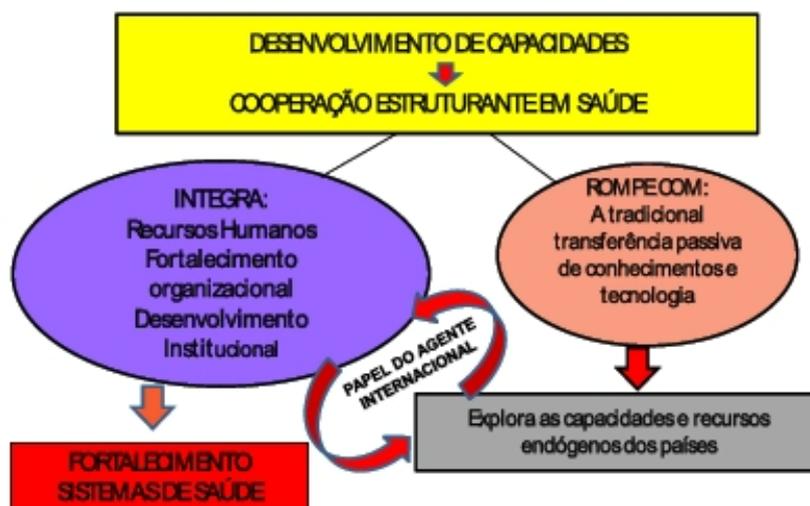
objetivo não é apenas melhorar a prestação de serviços de saúde, mas fortalecer o sistema como um todo, incluindo as instituições, a produção local de medicamentos e vacinas, e a formação de profissionais de saúde.

Por isso, a cooperação estruturante envolve um longo processo de acompanhamento técnico e transferência de conhecimento que busca integrar áreas como vigilância em saúde, pesquisa, educação e o desenvolvimento de infraestrutura. De acordo com a pesquisadora Nísia Trindade Lima (2022), uma das líderes da Fiocruz, o conceito de estruturante não se restringe à transferência de tecnologia ou de insumos, mas busca integrar elementos como a capacitação de recursos humanos, o fortalecimento das instituições e a promoção da soberania sanitária (Figura 1). Lima e outros estudiosos da Fiocruz defendem que esse modelo é fundamental para a autonomia dos países, em oposição ao modelo tradicional de ajuda humanitária, que muitas vezes perpetua as dependências.

Ao contrário da simples exportação de modelos ou tecnologia, a cooperação estruturante é centrada no desenvolvimento de capacidades locais. Isso significa que o país beneficiário se torna capaz de desenvolver, produzir e gerir suas próprias políticas e infraestruturas de saúde. Conforme destacado por Paulo Gadelha (2012), ex-presidente da Fiocruz, a cooperação estruturante busca consolidar não apenas o tratamento de problemas imediatos, mas a construção de competências locais permanentes.

A cooperação estruturante vai além do fornecimento de equipamentos e insumos, ao garantir que os países tenham a capacidade de produzir localmente os medicamentos e vacinas de que necessitam. Um exemplo é a parceria entre Brasil e Angola para a instalação de fábricas de medicamentos genéricos, apoiada por meio da Fiocruz e outras instituições brasileiras. Segundo Rosenberg *et al.* (2016), essa transferência de tecnologia garante que os países africanos possam se livrar da dependência de importações onerosas, criando uma indústria farmacêutica local sustentável.

Figura 1 - O conceito de “Cooperação Estruturante em Saúde”. Inovações conceituais e operacionais



Fonte: (Almeida *et al*,2010, p.29)

A cooperação estruturante também está intrinsecamente ligada ao conceito de soberania sanitária, que se refere à capacidade de um país em garantir a saúde de sua população sem depender de recursos e conhecimentos externos. A Fiocruz defende que um sistema de saúde soberano é aquele capaz de produzir seus próprios medicamentos, vacinas e tecnologias, e de ter um corpo de profissionais suficientemente treinados para lidar com emergências de saúde (Buss e Ferreira, 2010). A pandemia de COVID-19 destacou a importância da soberania sanitária e da cooperação estruturante. Isso porque, enquanto muitos países do Sul Global enfrentaram dificuldades para adquirir vacinas e insumos médicos, aqueles que desenvolveram capacidade local, como o Brasil, foram capazes de responder de maneira mais eficaz.

O modelo de cooperação estruturante promovido pela Fiocruz e seus parceiros continua a evoluir. Com a crescente demanda por sistemas de saúde mais robustos e a necessidade de respostas rápidas a crises globais, como pandemias e mudanças climáticas, a cooperação estruturante em saúde terá um papel central nos esforços futuros. Estudos recentes, como os de Buss e Ferreira (2021), sugerem que a cooperação estruturante pode se expandir ainda mais através da integração de tecnologias digitais e de saúde global. Por fim, eles argumentam que a telemedicina e as inovações tecnológicas podem ser ferramentas

essenciais para aumentar o alcance e a eficácia da cooperação estruturante, especialmente em regiões de difícil acesso.

3.2 PAPEL BRASILEIRO E SUL GEOPOLÍTICO

O conceito de Sul geopolítico é uma construção teórica que transcende a mera localização geográfica, se referindo a um conjunto de países, em sua maioria em processo de desenvolvimento, que compartilha essa posição mais periférica no sistema de poder internacional, poder este que se caracteriza no âmbito econômico, político e militar (Brun, 2016). Com isso, abrange aspectos históricos, políticos e econômicos que se interligam às noções de desigualdade global e dependência econômica, ou seja, fundamentais para análise das relações internacionais e a economia política global do sistema atual. Dessa maneira,

O Sul Geopolítico deve ser entendido não apenas como uma localização geográfica, mas como um locus de enunciação, ou seja, um ponto de vista a partir do qual os sujeitos históricos que foram subalternizados podem articular suas próprias visões de mundo e propostas de transformação. O Sul é o espaço de onde emergem epistemologias alternativas que desafiam o universalismo eurocêntrico que caracteriza a geopolítica do conhecimento dominada pelo Norte (Mignolo, 2000, p. 67).

O termo “sul geopolítico” surge então como uma evolução de ideias de “terceiro mundo” e países não-alinhados, estes conceitos foram utilizados em larga escala durante o período da Guerra Fria, que polarizou o sistema internacional. Polarização essa que dividiu o mundo entre “primeiro mundo”, com países capitalistas desenvolvidos, o “segundo mundo” com países comunistas e o “terceiro mundo” com os países em desenvolvimento que em grande parte são localizados no hemisfério sul do globo. Então, o dito “sul geopolítico” surge como uma tentativa de organizar politicamente a diversidade desses países que compartilhavam experiências históricas de colonização e dependência, mas apresentaram diferentes níveis de desenvolvimento econômico e político,

[...] a busca de alternativas à conformação profundamente excludente e desigual do mundo moderno exige um esforço de desconstrução do caráter universal e natural da sociedade capitalista-liberal. Isso requer o questionamento das pretensões de objetividade e neutralidade dos principais instrumentos de naturalização e legitimação dessa ordem social. (LANDER, 2000, p.4, tradução nossa)

Nesse cenário, surge uma configuração em que o eixo Norte-Sul passa a definir as desigualdades estruturais entre os países ricos e industrializados do Norte (Europa, América do Norte e Japão) e os países em desenvolvimento do Sul (América Latina, África, partes da Ásia e Oceania). Por isso, o termo ganha força especialmente após o fim da Guerra Fria,

quando o sistema bipolar cedeu lugar a um mundo multipolar e interdependente. De acordo com Boaventura de Sousa Santos (2010), o sul geopolítico não é uma simples metáfora geográfica, mas uma metáfora da exclusão e das resistências históricas dos países e populações que foram marginalizados pelo processo de modernização capitalista. Dessa forma, o sul representa não apenas um conjunto de Estados mas sim uma condição de desigualdade sistêmica. Assim,

A divisão entre Norte e Sul no sistema mundial é um reflexo das profundas desigualdades históricas e estruturais que moldam a economia global. O Sul Geopolítico é constituído pelos países que foram colonizados e explorados pelas potências imperiais do Norte, e que continuam a ser marginalizados pelas instituições internacionais que refletem os interesses do capital global. O Sul, então, representa as nações que enfrentam uma luta contínua por autonomia econômica e política no contexto de um sistema global que privilegia os países ricos do Norte (Amin, 2003, p. 45).

Por assim dizer, essa divisão no sistema internacional se fundamenta nas diferenças de poder, riqueza e desenvolvimento. Com o Norte sendo associado aos países industrializados e desenvolvidos com maior poder econômico, político, tecnológico e grande influência coercitiva em instituições multilaterais (FMI, Banco Mundial, OMC). Consequentemente, o sul caracteriza-se por economias dependentes, níveis baixos de desenvolvimento humano e social com menor capacidade de moldar agendas internacionais. Assim, está intrinsecamente ligado às estruturas de dependência e subordinação que marcam as relações Norte-Sul, explicadas no tópico anterior. Tal que essa dependência é o resultado desse histórico imperialista que criou uma divisão internacional onde países do Sul são associados ao papel de fornecedores de matérias-primas e produtos agrícolas enquanto países do Norte se concentram em produção industrial com inovações tecnológicas.

De acordo com teóricos da Teoria da Dependência¹³, como Raúl Prebisch e Celso Furtado, a divisão do trabalho global resulta em uma situação onde os países do Sul enfrentam a deterioração constante dos termos de troca e ficam presos a grandes ciclos de pobreza com subdesenvolvimento. Prebisch argumenta que devido a sua dependência de exportações de matérias primas, os países do Sul nunca poderiam alcançar um verdadeiro desenvolvimento econômico sem ruptura com o sistema de dependência estabelecido pelo Norte.

¹³ A Teoria da Dependência foi desenvolvida como uma crítica às explicações que viam o subdesenvolvimento como uma fase transitória no caminho para o desenvolvimento. Os teóricos da dependência argumentam que o subdesenvolvimento da periferia estava diretamente ligado ao desenvolvimento dos países centrais, por meio de uma exploração econômica estruturalmente arraigada (Cardoso & Faletto, 1979, p. 15).

O conceito de Sul geopolítico inclui uma gama variada de Estados com níveis de desenvolvimento, capacidades econômicas e posições políticas diferentes (Brun,2016). Isso fica claro quando analisamos países como Brasil, Índia e África do Sul emergindo como potências regionais e globais com desempenho ativo em organizações multilaterais com iniciativas da cooperação Sul-Sul.

O Sul Geopolítico é também o espaço onde se articulam novas formas de pensar o desenvolvimento. Em oposição ao modelo de desenvolvimento imposto pelo Norte, o Sul busca novas epistemologias que respeitem a diversidade cultural, social e ecológica. Ao criticar a modernidade e o colonialismo, os intelectuais do Sul propõem modelos alternativos de bem-estar que não se baseiam na exploração de recursos e pessoas, mas sim na equidade e na sustentabilidade (Escobar, 1995, p. 214).

Entretanto, muitos países, especialmente na África subsaariana e no sudeste asiático, ainda enfrentam desafios estruturais alarmantes com pobreza extrema, fome, desigualdade e conflitos internos. Por isso que estudiosos colocam dificuldades nessa categorização, como Arif Dirlik (2013) sugere que o conceito deve ser entendido mais como uma condição ou posição relativa dentro do sistema internacional, em vez de um grupo homogêneo de Estados. Ele aponta que apesar das tentativas de solidariedade entre os países do Sul as disparidades internas muitas vezes minam a coesão necessária para um movimento mais unificado. Dessa forma, a ascensão de potências emergentes, como China e Índia, leva a questionamentos sobre até que ponto essas nações podem ser consideradas partes do “Sul”, isso porque, elas começam a exercer formas de dominação econômica e política espelhando as práticas do Norte.

Nesse viés, ocorre então a ligação com a cooperação Sul-Sul que vai servir para acender as discussões sobre o Sul geopolítico na promoção de maior solidariedade entre os países em desenvolvimento, buscando romper com a dependência excessiva dos países do Norte.

No plano político internacional, essa auto-identificação tem como objetivo explicitar o vínculo entre o passado colonial e a atual condição de subdesenvolvimento. Através da contestação das dívidas contraídas (moral, histórica e econômica) e do rompimento com a lógica universal moderna, busca-se desconstruir a base da hierarquia do sistema-mundo. (Caixeta e Menezes,2021,p.494)

Por isso, iniciativas como os BRICS, UNASUL e fóruns multilaterais (IBAS) representam tentativas de criar uma nova ordem mundial, de forma mais inclusiva e justa, distribuindo recursos e poder equitativamente. O fortalecimento da cooperação Sul-Sul reflete

essa conscientização no sul de que a solução para os problemas do subdesenvolvimento não virá de intervenções externas de países desenvolvidos, mas sim de formas de colaboração entre os próprios países do Sul. Dessa forma, Amartya Sen (2000) argumenta que o desenvolvimento não pode ser importado; deve ser construído a partir de dentro e a cooperação Sul-Sul, portanto, se baseia em trocas horizontais de conhecimento e tecnologia, com foco no fortalecimento das capacidades locais.

Por esse motivo, a cooperação Sul-Sul tem-se mostrado mais relevante no setor saúde, isso pode ser visto em parcerias como entre Brasil, Cuba e países africanos no combate a epidemias como o ebola e no desenvolvimento de sistemas de saúde pública. A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) tem desempenhado um papel central no Brasil para fortalecer as capacidades sanitárias em países africanos, promovendo uma abordagem de cooperação estruturante, que visa desenvolver as capacidades locais e reduzir significativamente a dependência de ajuda externa, em especial dos países do Norte. Com isso,

o Sul global segue com questionamentos acerca das regras e funcionamento das instituições internacionais criadas no pós-II Guerra Mundial, de modo a contemplar nessas agendas seus interesses e preocupações. No campo das Relações Internacionais isso se reflete no desenvolvimento de abordagens que buscam superar as formulações hegemônicas nessa área de conhecimento abrindo espaço para perspectivas que trabalham com conceitos e categorias tais como a solidariedade, justiça ambiental, antirracismo, políticas de inclusão e de minorias, entre outras. (Caixeta e Menezes, 2021,p.496)

Vale ressaltar que há um certo criticismo que refere-se ao fato de que o Sul Geopolítico não é apenas uma categoria de Estados, mas também de populações marginalizadas dentro de Estados do Norte. Em muitos países desenvolvidos, as desigualdades internas refletem as mesmas dinâmicas de exclusão e marginalização encontradas no Sul global. Por isso, alguns estudiosos preferem usar o conceito de Sul Global para incluir tanto países em desenvolvimento quanto populações marginalizadas em todo o mundo, independentemente de sua localização geográfica.

À medida que o sistema internacional se torna cada vez mais multipolar, o conceito de Sul Geopolítico continuará a ser relevante, especialmente em debates sobre governança global, justiça climática e redistribuição de poder. O Sul Geopolítico, especialmente por meio da cooperação Sul-Sul, oferece uma plataforma para desafiar as estruturas de poder globais existentes e promover uma agenda de desenvolvimento mais inclusiva e equitativa (Lechini, 2009). Portanto, o conceito se torna central para a compreensão das desigualdades globais

contemporâneas, representando tanto uma condição de marginalização no sistema internacional quanto um conjunto de iniciativas para promover maior autonomia e solidariedade entre os países do Sul. Apesar de suas limitações, o conceito continua a ser uma ferramenta poderosa para analisar as dinâmicas de poder e subordinação no cenário global, especialmente em um mundo que caminha para uma maior interdependência e uma governança cada vez mais contestada.

O papel do Brasil no Sul Geopolítico é uma questão central para entender as dinâmicas da política internacional, especialmente no contexto da cooperação Sul-Sul e das transformações no equilíbrio de poder global. Assim, o país, ao longo das últimas décadas, buscou consolidar sua posição como uma potência emergente dentro do Sul Global, atuando como mediador, promotor do multilateralismo, e líder em questões de desenvolvimento sustentável, saúde global e inclusão social. Dentro desse contexto, o Brasil adota uma estratégia de autonomia pela diversificação¹⁴. Através dessa busca por alianças com outros países do Sul, particularmente evidente durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), o Brasil intensificou suas relações com a África, Ásia e regiões da América Latina, promovendo uma diplomacia ativa e diversificada (Amorim, 2013).

Desse modo, Amado Cervo (2008), identifica que a política externa brasileira durante esse período se caracterizou por uma busca por “autonomia com pragmatismo”, ou seja, o Brasil buscava projetar poder de forma moderada, evitando confrontos diretos com as potências globais, mas ao mesmo tempo, explorando novas alianças. A estratégia levou o país a ocupar papel de liderança em blocos como o BRICS, Ibas, UNASUL e papel ativo nas negociações de organismos como a OMC. Essa atuação tem sido marcada por forte ativismo internacional com aspectos de trazer novas pautas às agendas de maneira que o Brasil emergisse como um ator chave no Sistema Internacional atual.

Através disso, a cooperação Sul-Sul foi um dos pilares da política externa brasileira nas últimas décadas, como mostrado nos capítulos seguintes. Tudo isso reflete o desejo brasileiro de se afirmar como líder entre esses países em desenvolvimento. Sendo assim, a Agência Brasileira de Cooperação (ABC) se torna instrumento fundamental na execução

¹⁴ Autonomia pela diversificação não significa isolamento ou autarquia, mas uma inserção mais equilibrada no sistema internacional, evitando a excessiva dependência de qualquer grande potência ou bloco econômico. Somente por meio da diversificação das fontes de financiamento, tecnologia e comércio, os países da periferia podem aumentar sua margem de autodeterminação (Furtado, 1982, p. 125).

desses projetos de cooperação técnica e humanitária. Um dos exemplos mais notáveis dessa atuação foi o envolvimento brasileiro na cooperação estruturante em saúde, promovida pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em países como Moçambique e Haiti. Ao invés de adotar um modelo de ajuda vertical, o Brasil optou por um modelo horizontal de cooperação, que buscou fortalecer as capacidades locais de saúde pública, promovendo autonomia e sustentabilidade nos países parceiros. Esse modelo foi amplamente aplaudido por sua abordagem inovadora e solidária, em contraste com o tradicional modelo Norte-Sul de ajuda internacional. Também foi evidente em sua atuação nas missões de paz da ONU, particularmente no Haiti, onde o Brasil desempenhou um papel de liderança na Missão das Nações Unidas para a Estabilização do Haiti (MINUSTAH). Essa participação destacou a crescente capacidade do Brasil de atuar como provedor de segurança e como defensor de uma ordem internacional mais justa.

O país defende uma maior inclusão dos países em desenvolvimento nas decisões globais, sustentando que apenas uma reforma ampla das instituições internacionais poderá corrigir as desigualdades estruturais que marcam o sistema atual. O Brasil vê no multilateralismo uma ferramenta para reduzir as assimetrias de poder entre o Norte e o Sul, e, ao mesmo tempo, consolidar sua liderança no Sul Global (Saraiva, 2009, p. 119).

Apesar de seu ativismo internacional, o papel do Brasil no Sul Geopolítico enfrenta limitações e desafios significativos. A primeira grande limitação é a vulnerabilidade econômica. Embora o Brasil seja uma das maiores economias do mundo, sua dependência de commodities e seu ciclo de crescimento volátil tornaram difícil sustentar uma política externa ambiciosa e de longo prazo. Durante a recessão econômica no Brasil na década de 2010, por exemplo, houve um claro retrocesso na capacidade do país de atuar como líder no Sul Global.

Nesse âmbito, vale ressaltar os estudos de Conceição Tavares¹⁵, uma das intelectuais mais influentes no pensamento econômico brasileiro, especialmente na sua visão crítica sobre a dependência estrutural dos países do sul global. A análise da autora se insere na tradição da Teoria da Dependência, examinando as relações desiguais entre países centrais e periféricos junto dos mecanismos pelos quais os países são mantidos nessa posição de subordinação na

¹⁵ Maria da Conceição Tavares exerceu grande influência sobre o pensamento econômico brasileiro. Tratou de assuntos variados, mas há uma preocupação que perpassa toda a sua obra: o desenvolvimento de países “periféricos” (com especial ênfase no caso brasileiro) e a sorte de grandes contingentes da sua população, excluídos economicamente. Seu ponto de partida foi o pensamento cepalino, com ênfase nas relações econômicas e de poder entre nações centrais e periféricas. Porém procurou repensar essa matriz, ampliando a importância de questões como: variáveis internas a cada país, em especial a presença do setor produtor de bens de capital; as necessidades de financiamento do desenvolvimento e como os modos historicamente específicos de atendê-las repercutem. (Possas, 2001, p. 399)

economia global. Para Tavares, esse papel periférico do Brasil reforça uma estrutura de dependência em relação às economias centrais, que detêm a tecnologia e os setores de maior valor dentro da cadeia produtiva global (Tavares, 1972).

Dessa forma, a economista utilizou-se do conceito de “capitalismo dependente” para analisar o Brasil, ressaltando que o país se industrializou, porém, em condições de subordinação ao capital estrangeiro. Nesse sentido, sua principal crítica se concentra na falta de projeto autônomo de desenvolvimento. Para Tavares, a industrialização periférica que ocorreu no Brasil foi insuficiente para transformar profundamente a estrutura econômica do país, pois continuava dependente dos ciclos de prosperidade e recessão das economias centrais (Furtado, 1961). Assim, ela via a inserção do Brasil no mercado global como parte de uma lógica capitalista que perpetuava a desigualdade entre países do Norte e do Sul Global (Tavares, 1985).

No que tange ao papel brasileiro no contexto do Sul Global, Conceição Tavares acreditava que o país poderia sim desempenhar um papel de liderança, mas que isso dependia especialmente da ruptura com o modelo econômico dominante. Assim,

Na periferia capitalista, o Estado desempenha uma função central no processo de desenvolvimento, sendo necessário que ele coordene investimentos estratégicos para promover a industrialização, reduzir a dependência externa e fortalecer o mercado interno. (TAVARES, 1985, p. 65)

Por isso, ela entendia a importância da construção de alianças regionais e globais no âmbito do Sul Global como forma de reduzir a dependência desses países as economias mais centrais do sistema internacional. Por assim dizer, a cooperação entre eles deveria se basear num modelo de cooperação estruturante, ou seja, um modelo de maior autonomia dos países do sul se fortalecendo entre si mais independente das potências hegemônicas. Nesse sentido, ela acreditava que o Brasil deveria desempenhar um papel de liderança na promoção de um projeto econômico e político que favorecesse o desenvolvimento autônomo de toda a região (Tavares, 1999).

Aliado a tudo isso, há o recente desafio da falta de consenso interno sobre a estratégia de política externa. Durante o governo de Jair Bolsonaro (2019-2022), o Brasil adotou uma postura de alinhamento com os Estados Unidos, especialmente em temas como o comércio e a segurança, o que enfraqueceu sua atuação no Sul Geopolítico. A retórica e as ações de

Bolsonaro minaram a posição do Brasil como líder na promoção do multilateralismo e da cooperação Sul-Sul, gerando críticas tanto internas quanto externas.

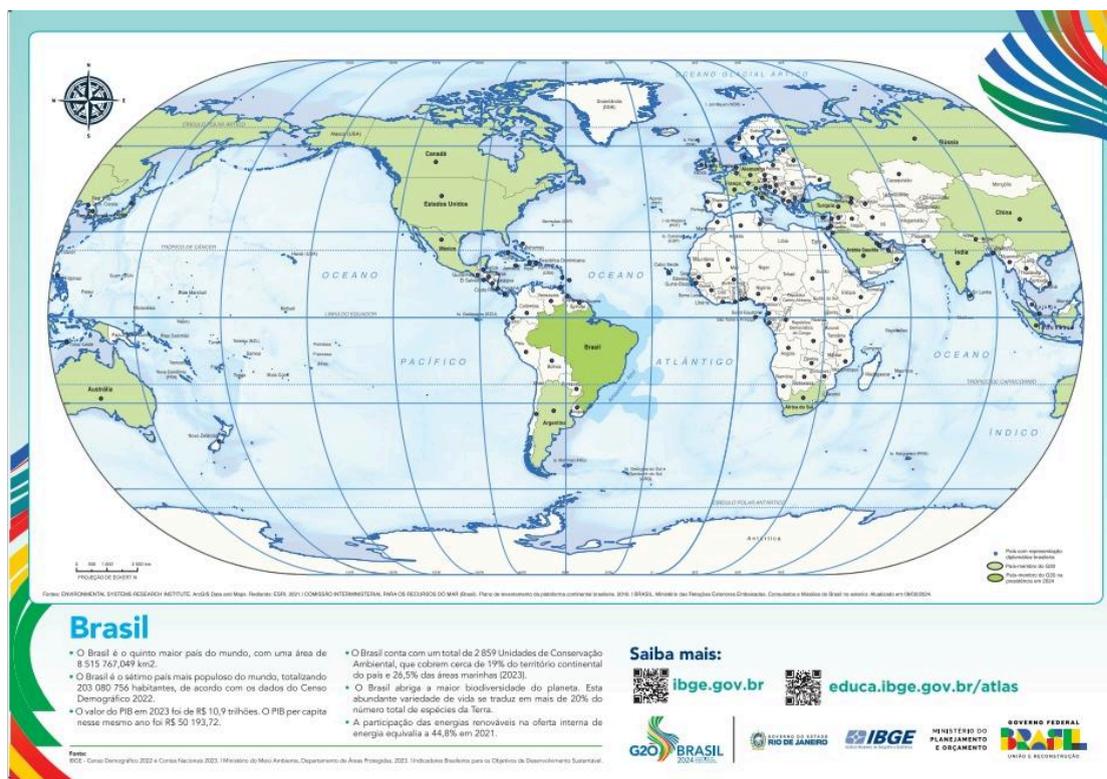
O papel do Brasil no Sul Geopolítico é complexo e multifacetado, refletindo tanto sua busca por maior autonomia e liderança global quanto os desafios e limitações impostos por sua economia e estrutura política. A trajetória do Brasil no Sul Global revela um país que, apesar de suas vulnerabilidades, continua a desempenhar um papel ativo na promoção de uma ordem internacional mais justa e inclusiva, especialmente através de iniciativas de cooperação Sul-Sul, multilateralismo e diplomacia solidária.

A cooperação sul-sul é fundamental para a política externa brasileira, refletindo padrões de conduta identificados por Amado Cervo como autonomia pela diversificação e a soberania solidária. Com isso, o Brasil utiliza sua posição geográfica e sua capacidade de articulação para promover o desenvolvimento em conjunto com outros países do hemisfério sul, seja por meio de alianças regionais, como o Mercosul e a UNASUL, ou de plataformas multilaterais mais amplas, como o BRICS e a CPLP.

O Brasil ocupa uma posição geopolítica central entre o Atlântico Sul e o hemisfério sul em geral, o que facilita sua integração em fóruns globais sobre saúde. Sua participação ativa em organizações como a OMS e a OPAS é um reflexo de um padrão de autonomia pela participação, ou seja, pode significar a intenção do Brasil de usar sua presença para influenciar as normas globais de saúde e defender uma distribuição equitativa de recursos.

Dessa maneira, um exemplo significativo é a cúpula do G20 em 2020, na qual o Brasil defendeu o acesso universal a vacinas e tratamentos durante a pandemia de COVID-19. Esse compromisso com a saúde global foi uma extensão da política de cooperação sul-sul, isso deve-se ao fato de o Brasil pressionar por uma resposta global que levasse em consideração as vulnerabilidades dos países em desenvolvimento. De acordo com Barreto e Buss (2021), o Brasil assumiu uma postura de liderança ao promover uma resposta solidária à crise global de saúde, priorizando o acesso equitativo aos recursos de combate à pandemia, especialmente para países da África e da América Latina.

Figura 2: Mapa mundi IBGE - G20



Fonte: IBGE, 2024

O mapa do IBGE (2024) ilustra claramente a posição geopolítica do Brasil como um elo crucial entre continentes, especialmente no contexto da cooperação Sul-Sul. Ao adotar a saúde pública como uma ferramenta central de sua política externa, o Brasil consolida sua posição de liderança entre os países em desenvolvimento, utilizando a diplomacia da saúde para fortalecer parcerias estratégicas, promover o desenvolvimento social e contribuir para a segurança sanitária global. Esses esforços, sustentados por padrões como autonomia pela participação, universalismo e soberania solidária, destacam o papel singular do Brasil no sistema mundial.

Além disso, outro aspecto imprescindível da cooperação sul-sul em saúde é a transferência de tecnologias para produção local de medicamentos e vacinas, citado anteriormente como cooperação estruturante, o Brasil desempenhou papel fundamental na construção de capacidades em países parceiros para que pudessem produzir localmente medicamentos vitais, vacinas e antirretrovirais. Isso garante a soberania dos países e facilita a autossuficiência em termos de saúde pública.

Por assim dizer, a cooperação Sul-Sul em saúde está intimamente ligada à política externa brasileira, sendo um componente-chave de sua diplomacia de desenvolvimento, projeção de *soft power* e busca por autonomia no cenário internacional. Ao promover parcerias de saúde com países em desenvolvimento, o Brasil não apenas fortaleceu seus laços com o Sul global, mas também reafirmou seu compromisso com a criação de uma ordem internacional mais justa e inclusiva. No entanto, o sucesso e a continuidade dessa estratégia dependem da estabilidade política e econômica interna, bem como da capacidade do Brasil de se manter engajado em coalizões internacionais que promovam uma governança global mais equitativa na saúde.

3.3 DESDOBRAMENTOS DA COOPERAÇÃO NO ÂMBITO INTERNACIONAL

Como mostrado anteriormente, o Brasil tem desempenhado papel central na cooperação Sul-Sul, especificamente trabalhamos com o aspecto de saúde, apresentando-se como ator primordial no fortalecimento de parcerias com os países em desenvolvimento do sul global. Essa atuação se baseia no princípio mais básico da solidariedade através da construção das capacidades locais. Assim, aplicar ativamente seu conceito de cooperação estruturante, tal qual também é um desenvolvimento de pesquisas brasileiras. Dessa forma, o Brasil, consolidou-se como um dos principais promotores de cooperação internacional “horizontal”, no qual os países parceiros não são mais receptores passivos mas sim agente ativo na construção de soluções conjuntas (Almeida, 2013). Assim,

O Brasil desempenhou um papel pioneiro ao promover um modelo de cooperação Sul-Sul em saúde que visa à capacitação e à transferência de tecnologia. O projeto da fábrica de antirretrovirais em Moçambique é emblemático nesse sentido, pois combina a solidariedade internacional com o fortalecimento das capacidades locais, promovendo um modelo de desenvolvimento autônomo e sustentável, longe da dependência dos países do Norte (Nunn, Da Fonseca e Gruskin, 2007, p. 118)

A partir dessa análise, entende-se que um dos maiores exemplos brasileiros de cooperação sul-sul em saúde foi a parceria com Moçambique na construção e desenvolvimento da Fábrica de Antirretrovirais (ARVs) em Maputo. Essa parceria tem como base a necessidade local de ampliar o acesso a medicamentos específicos em países africanos de baixa renda. Coordenado pela Fiocruz e financiado pelo governo brasileiro, a fábrica foi inaugurada em 2012, sendo projetada para além do fornecimento, mas também para capacitar profissionais de saúde locais, garantindo os resultados a longo prazo.

Além disso, outro exemplo caberia a atuação do Brasil no Haiti, particularmente após o terremoto devastador de 2010, que foi uma presença bastante controversa e criticada em questões morais mas bastante representativa no âmbito internacional. A cooperação entre Brasil e o Haiti, intensificada desde a década de 2000, ganha ainda mais relevância no contexto da Missão das Nações Unidas para a Estabilização do Haiti (MINUSTAH). Além de liderar a missão de paz, o Brasil desempenhou papel fundamental no fortalecimento do sistema de saúde local através da Fiocruz em parceria com o Ministério da Saúde. Através disso, promoveu diversas ações para reforçar a infraestrutura de saúde e formar profissionais haitianos a fim de reforçar a sustentabilidade ágil dos sistemas locais. Por isso,

A cooperação Sul-Sul brasileira no Haiti exemplifica o compromisso do Brasil com uma abordagem baseada na solidariedade e na promoção da autonomia. Ao invés de impor soluções exógenas, a Fiocruz trabalha para fortalecer o sistema de saúde local e garantir que o Haiti pudesse enfrentar desafios futuros com maior resiliência e independência (Almeida e Campos, 2013, p.145)

Nesse viés, o conceito de cooperação estruturante em saúde, proposto pela Fiocruz, está no cerne das iniciativas brasileiras, já que, como defendido por Pires-Alves e Paiva (2006), é construído a partir da ideia de que a saúde pública deve ser entendida como uma questão de soberania e autonomia nacional. Sendo assim, nos casos brasileiros a busca é por horizontalidade, onde os países parceiros serão centrais na definição das prioridades e soluções. Como no caso do programa de apoio à formação de recursos humanos em saúde, que se materializou na criação de centros de treinamento e formação em países como Angola e Guiné-Bissau. Segundo os autores,

A cooperação estruturante promovida pelo Brasil busca ir além da simples transferência de recursos ou conhecimento técnico. O objetivo é criar um ambiente institucional onde as capacidades locais possam se desenvolver de forma autônoma, garantindo que os países parceiros possam responder aos desafios de saúde pública de maneira soberana. Essa abordagem, centrada no fortalecimento de sistemas de saúde, tem sido um marco distintivo da cooperação Sul-Sul brasileira (Pires-Alves & Paiva, 2006, p. 221).

Essa abordagem foi vista como uma resposta às críticas sobre o neocolonialismo frequentemente associado à ajuda internacional tradicional, em que os países do Norte impunham suas agendas de desenvolvimento aos países do Sul.

A cooperação Sul-Sul brasileira, ao enfatizar o fortalecimento de capacidades e a solidariedade, representa uma mudança significativa no sistema internacional. Ao contrário da ajuda tradicional, que muitas vezes perpetua a dependência, o Brasil promove uma forma de cooperação que visa a autonomia dos países parceiros. Esse modelo tem sido amplamente reconhecido como uma inovação no campo da saúde global, desafiando o status quo e oferecendo uma alternativa ao paternalismo da ajuda Norte-Sul (Esteves, 2012, p. 310).

A participação brasileira em fóruns internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), também refletiu esse compromisso. O Brasil liderou diversas iniciativas voltadas para o acesso a medicamentos e a promoção de políticas de saúde pública inclusivas. Esse ativismo diplomático reforçou a posição do país como líder na luta por um sistema de saúde global mais justo e equitativo. A atuação brasileira em fóruns multilaterais ecoou fortemente no sistema internacional, especialmente ao desafiar as patentes de medicamentos e promover a quebra de patentes em casos de emergência de saúde pública. Essa posição fez do Brasil um aliado estratégico de outros países do Sul, como a Índia e a África do Sul, que também defendiam a flexibilização das regras de propriedade intelectual em prol do acesso à saúde.

O Brasil tem se destacado na arena multilateral como um dos principais defensores do acesso universal à saúde, especialmente no que diz respeito ao acesso a medicamentos essenciais. A diplomacia brasileira na OMS e em outros fóruns globais tem promovido uma agenda que desafia o poder das grandes corporações farmacêuticas e que prioriza as necessidades dos países em desenvolvimento. Essa liderança fez do Brasil um ator central na política global de saúde, consolidando seu papel como um líder no Sul Global (Buss & Ferreira, 2010, p. 234).

A atuação brasileira na cooperação Sul-Sul em saúde teve impacto significativo no sistema internacional, especialmente ao questionar os modelos tradicionais de ajuda internacional e ao introduzir uma nova forma de cooperação baseada na solidariedade e na reciprocidade. No entanto, essa atuação também enfrentou desafios e críticas, que colocam em perspectiva o papel do Brasil no cenário global. A análise crítica desses exemplos revela tanto o potencial transformador da cooperação Sul-Sul quanto às tensões e limitações que surgem no contexto geopolítico e econômico internacional.

No entanto, a adoção desse modelo pelo Brasil também foi objeto de críticas. Alguns analistas apontam que, embora a cooperação Sul-Sul busque a horizontalidade, em certos contextos, ela pode reproduzir dinâmicas de poder assimétricas. A dependência financeira dos projetos de cooperação em relação ao Brasil pode criar uma nova forma de dependência, ainda que disfarçada de solidariedade. Além disso, a crise econômica brasileira a partir de 2014 levantou questões sobre a sustentabilidade de longo prazo dessas iniciativas, gerando dúvidas sobre a capacidade do Brasil de manter seu papel de liderança no Sul Global.

Apesar de seus esforços em promover uma cooperação horizontal, o Brasil, como potência emergente, não está imune às dinâmicas de poder que permeiam o sistema internacional. A cooperação Sul-Sul, em alguns casos, pode perpetuar novas formas de dependência, uma vez que os países parceiros se veem dependentes do financiamento e da expertise do Brasil. Esse paradoxo revela as tensões inerentes à

diplomacia brasileira e à sua busca por liderança no Sul Global (Vigevani & Cepaluni, 2007, p. 129).

No geral, o impacto da cooperação Sul-Sul brasileira em saúde foi duplo. Por um lado, o Brasil conseguiu promover um modelo alternativo de cooperação, baseado na solidariedade e no fortalecimento das capacidades locais, que foi amplamente reconhecido e elogiado no sistema internacional. Por outro lado, as limitações econômicas e institucionais do próprio Brasil revelaram as fragilidades deste modelo, levantando questões sobre sua sustentabilidade e sobre a possibilidade de o Brasil continuar a desempenhar um papel de liderança global.

O legado da cooperação Sul-Sul brasileira em saúde é complexo. Embora tenha desafiado os modelos tradicionais de ajuda internacional e promovido uma nova forma de solidariedade entre os países em desenvolvimento, as crises internas e as limitações institucionais do Brasil dificultaram a consolidação desse modelo como uma alternativa viável e sustentável a longo prazo. O futuro da liderança brasileira no Sul Global dependerá de sua capacidade de superar esses desafios e continuar a inovar no campo da cooperação internacional (Milani, 2012, p. 127).

Ainda assim, o Brasil consolidou uma reputação de liderança em saúde global, promovendo a transferência de tecnologia, o fortalecimento de sistemas de saúde e a capacitação de recursos humanos em uma escala inédita. Esses esforços foram amplamente reconhecidos como uma contribuição para a democratização do acesso à saúde e para a promoção da autonomia dos países em desenvolvimento. Uma das contribuições mais importantes do Brasil foi a mudança de paradigma no que diz respeito à cooperação internacional, particularmente no campo da saúde. Tradicionalmente, a cooperação internacional estava centrada na relação de dependência entre países do Norte Global (doadores) e países do Sul Global (receptores), muitas vezes associada a uma agenda que servia mais aos interesses dos países doadores do que às necessidades locais dos países beneficiados. O Brasil, por meio de sua cooperação Sul-Sul, trouxe uma nova abordagem baseada em solidariedade, horizontalidade e respeito às realidades locais. O conceito de cooperação estruturante, desenvolvido pela Fiocruz, é um exemplo claro dessa transformação.

A cooperação Sul-Sul brasileira tem sido fundamental para reconfigurar as dinâmicas de poder na ajuda internacional. Ao promover o fortalecimento de capacidades locais e o respeito pela autonomia dos países parceiros, o Brasil ofereceu uma nova visão sobre o que significa cooperar. Em vez de perpetuar a dependência, a cooperação brasileira encorajou a soberania, particularmente no campo da saúde, onde sistemas mais robustos emergiram como resultado direto dessa colaboração (Buss e Ferreira, 2010, p. 234).

A atuação do Brasil na cooperação Sul-Sul em saúde também contribuiu para a construção de uma nova ordem internacional, na qual os países do Sul Global assumem um papel mais ativo na definição de suas próprias prioridades e estratégias de desenvolvimento.

O Brasil foi um dos principais defensores de uma diplomacia multilateral mais equilibrada, na qual os países em desenvolvimento não são meros receptores de ajuda, mas também atores influentes no cenário internacional.

O impacto positivo desse movimento foi sentido na formação de alianças e blocos regionais, como os BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), que se tornaram plataformas importantes para a promoção de uma agenda de desenvolvimento mais inclusiva e centrada no Sul Global. A liderança do Brasil no campo da saúde foi fundamental para solidificar a ideia de que os países em desenvolvimento podem cooperar entre si de forma eficaz, sem depender dos tradicionais centros de poder global.

O Brasil, ao liderar iniciativas de cooperação Sul-Sul, tem contribuído significativamente para a formação de uma nova ordem internacional, mais justa e equilibrada. Através de sua diplomacia em saúde e de seus projetos de cooperação, o Brasil ajudou a redefinir as relações de poder no sistema internacional, fortalecendo a posição dos países do Sul Global como protagonistas de seu próprio desenvolvimento (Milani, 2012, p. 127).

A cooperação Sul-Sul brasileira em saúde teve impactos positivos profundos no sistema internacional. Ao promover a solidariedade, o fortalecimento de capacidades locais e a autonomia dos países parceiros, o Brasil ofereceu uma nova visão de como a cooperação internacional pode ser realizada de forma inclusiva e sustentável. Apesar dos desafios internos enfrentados pelo Brasil, o legado de suas iniciativas de cooperação continua a ressoar positivamente no cenário global, contribuindo para uma maior equidade e justiça social no campo da saúde.

Exemplos dessa forma de cooperação vão além do Brasil, incluindo iniciativas da Índia, China, África do Sul e Cuba. Cada um desses países tem contribuído para a consolidação do conceito de cooperação horizontal. A Índia é reconhecida internacionalmente por seu papel no setor de medicamentos genéricos, particularmente no que diz respeito ao combate ao HIV/AIDS e à produção de vacinas. As empresas farmacêuticas indianas, com o apoio do governo, têm exportado medicamentos genéricos para diversos países da África, Ásia e América Latina, permitindo que esses países acessem tratamentos a preços mais acessíveis. Essa abordagem tem sido amplamente vista como um exemplo de cooperação Sul-Sul, pois, além de reduzir o custo de medicamentos, a Índia também se envolveu na transferência de tecnologia e na capacitação de recursos humanos em países parceiros.

A cooperação indiana é notável por sua ênfase na auto-suficiência dos países receptores. Ao promover a produção local de medicamentos, a Índia ajuda a reduzir a dependência dos países em desenvolvimento das grandes farmacêuticas do Norte, que frequentemente impõem preços altos e práticas comerciais restritivas. A Índia também foi líder na quebra de patentes e na defesa de um regime de propriedade intelectual que favoreça a saúde pública.

A cooperação Sul-Sul indiana no setor farmacêutico é um exemplo concreto de como países em desenvolvimento podem se beneficiar da solidariedade e da transferência de tecnologia. A Índia, ao promover a produção local de medicamentos genéricos e vacinas, ajudou a transformar a resposta ao HIV/AIDS e a várias outras doenças, garantindo que países de baixa e média renda pudessem acessar tratamentos essenciais a preços acessíveis (Dhar, 2013, p. 78).

Além do setor farmacêutico, a Índia desempenhou um papel importante na distribuição de vacinas a países africanos por meio de programas de cooperação com a Aliança Global para Vacinas e Imunização (GAVI), fortalecendo os sistemas de saúde locais e contribuindo para a imunização de milhões de pessoas contra doenças infecciosas.

A diplomacia médica cubana é amplamente reconhecida como um dos exemplos mais emblemáticos de cooperação Sul-Sul no campo da saúde. Desde a Revolução Cubana, em 1959, Cuba tem enviado médicos e profissionais de saúde a países da África, Ásia e América Latina, frequentemente em resposta a crises humanitárias e desastres naturais. Cuba também tem desempenhado um papel crucial na formação de médicos em seus parceiros do Sul Global, através do Instituto Latino-Americano de Medicina (ELAM), que oferece bolsas de estudo para estudantes de todo o mundo.

O programa cubano de envio de brigadas médicas e profissionais de saúde para zonas afetadas por epidemias e desastres naturais tem sido elogiado por sua rapidez e eficiência. A atuação de Cuba em situações como a epidemia de Ebola na África Ocidental, em 2014, foi vista como um exemplo concreto de solidariedade Sul-Sul. A diplomacia médica cubana não se baseia apenas no envio de ajuda material, mas também no fortalecimento dos sistemas de saúde locais e na capacitação de profissionais de saúde nos países em desenvolvimento.

A diplomacia médica cubana é um exemplo notável de solidariedade internacional e cooperação Sul-Sul. Ao longo de décadas, Cuba tem demonstrado que, mesmo com recursos limitados, é possível promover a saúde e a dignidade humana em contextos de crise, fortalecendo as capacidades locais e oferecendo uma alternativa aos modelos tradicionais de ajuda (Feinsilver, 2010, p. 97).

A China emergiu nas últimas décadas como um dos principais atores na cooperação Sul-Sul, especialmente por meio da sua iniciativa de infraestrutura global, a *Belt and Road Initiative* (BRI), que inclui componentes significativos relacionados à saúde. O governo chinês investiu em hospitais e centros de pesquisa em diversos países da África e da Ásia, como parte de sua estratégia de ampliação de influência internacional. A China, por meio de sua política de cooperação Sul-Sul, tem financiado projetos de infraestrutura de saúde, fornecido equipamentos médicos e enviado especialistas a vários países do Sul Global.

A China, por meio de sua política de cooperação Sul-Sul, tem investido significativamente no fortalecimento dos sistemas de saúde de países em desenvolvimento. Embora seus esforços estejam muitas vezes atrelados a interesses econômicos mais amplos, o impacto da sua assistência médica e da transferência de tecnologia no campo da saúde tem sido fundamental para o combate a epidemias e para o desenvolvimento de infraestruturas de saúde robustas em seus parceiros (Zhao, 2015, p. 41).

O envolvimento da China na África é particularmente notável, com o país financiando a construção de hospitais, fornecendo equipamentos médicos e promovendo a transferência de tecnologia médica. Durante a crise do Ebola na África Ocidental, a China se destacou pelo envio de suprimentos médicos, profissionais de saúde e pela construção de unidades hospitalares temporárias em países como a Libéria e a Sierra Leoa. A cooperação chinesa, frequentemente vinculada ao comércio e ao investimento, tem ajudado a fortalecer os sistemas de saúde e as infraestruturas em países parceiros, especialmente no contexto de pandemias globais.

A África do Sul, como parte dos BRICS, tem desempenhado um papel importante na cooperação Sul-Sul, especialmente em relação à saúde pública. A África do Sul tem utilizado sua posição no BRICS para fomentar colaborações com países como Brasil, Rússia, Índia e China, promovendo o desenvolvimento conjunto de tecnologias médicas e a pesquisa em saúde pública. O bloco BRICS tem lançado várias iniciativas de cooperação em saúde, incluindo o *BRICS Framework for Cooperation in Health*, que visa fortalecer a colaboração em áreas como a prevenção de doenças infecciosas, o fortalecimento de sistemas de saúde e a promoção da equidade no acesso à saúde.

Um dos focos da África do Sul na cooperação Sul-Sul tem sido a promoção de políticas de acesso a medicamentos para o tratamento do HIV/AIDS, área na qual o país tem enfrentado grandes desafios. A cooperação com países do BRICS, especialmente com a Índia,

tem sido essencial para garantir o acesso a medicamentos genéricos a preços acessíveis, ajudando a mitigar a crise do HIV/AIDS no país. Além disso, a África do Sul tem desempenhado um papel de liderança na produção de vacinas, especialmente no contexto da pandemia de COVID-19, promovendo a solidariedade regional na distribuição de vacinas.

A África do Sul, como parte dos BRICS, tem se destacado na promoção de uma agenda de saúde pública que prioriza a equidade e a solidariedade entre países em desenvolvimento. A cooperação com parceiros do BRICS tem sido fundamental para o desenvolvimento de soluções conjuntas para desafios globais de saúde, como o HIV/AIDS e a COVID-19, fortalecendo os sistemas de saúde no Sul Global (Fourie, 2014, p. 219).

Os exemplos de cooperação Sul-Sul na área de saúde, como as iniciativas da Índia, Cuba, China e África do Sul, têm tido impactos profundos e positivos, contribuindo para o fortalecimento dos sistemas de saúde no Sul Global e para a construção de uma nova ordem internacional mais justa e inclusiva. Ao promover a solidariedade, a transferência de tecnologia e o respeito pela autonomia dos países parceiros, esses projetos ajudaram a criar soluções sustentáveis e eficazes para os desafios globais de saúde.

Esses exemplos de cooperação tem importantes implicações geopolíticas, pois reflete uma redistribuição de poder no sistema internacional. Países emergentes, como China, Índia, Brasil e África do Sul, têm desafiado o domínio das potências tradicionais do Norte global, fornecendo alternativas viáveis para países em desenvolvimento que historicamente dependiam da ajuda ocidental. Ao focar em questões de saúde pública, esses países não apenas projetam poder e influência, mas também constroem redes de dependência mútua que podem ser utilizadas em negociações internacionais.

Com isso, identifica-se a saúde como uma área de cooperação que se presta a um alto grau de legitimidade moral, já que está diretamente relacionada à vida e ao bem-estar humano. Isso oferece a países como China, Índia e Brasil a oportunidade de fortalecer sua imagem de "potências benevolentes", comprometidas com o desenvolvimento humano e a justiça global, em contraposição a uma imagem mais coercitiva ou militarista que, por vezes, acompanha a política externa de grandes potências.

Portanto, a cooperação Sul-Sul em saúde tem se consolidado como uma ferramenta eficaz de política externa para os países considerados emergentes, isso deve-se ao fato de promover iniciativas de cooperação técnica, transferência de tecnologia e distribuição de medicamentos e vacinas, esses países utilizam a saúde como uma maneira de consolidar sua

influência diplomática e fortalecer alianças estratégicas no Sul global. No entanto, para que essa cooperação atinja seu potencial máximo, é necessário enfrentar os desafios de sustentabilidade, coordenação e equilíbrio de poder, garantindo que ela continue sendo uma via de solidariedade mútua e não de novas dependências. Por isso também, deve-se analisar os fatores internos de cada política externa para a cooperação sul-sul e suas vertente.

4. POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA PARA SAÚDE INTERNACIONAL

Defendemos uma atitude de não-indiferença, sem descuidar dos princípios basilares da soberania estatal e da não-intervenção nas relações internacionais. Essa posição se reflete nas iniciativas do Brasil no Conselho de Direitos Humanos, no comando do componente militar da Minustah, na coordenação da Configuração para a Guiné-Bissau da Comissão de Construção da Paz, nos projetos de cooperação Sul-Sul e na ampliação da ajuda humanitária que enviamos ao exterior. Além disso, temos envidado esforços para a construção de uma ordem internacional mais justa e igualitária, que favoreça a defesa desses direitos, o que inclui a democratização das instâncias decisórias internacionais (Amorim, p. 75, 2009)

A inserção da saúde na política externa brasileira tem raízes na diplomacia do período pós Segunda Guerra Mundial, porém, tem sua intensificação a partir dos anos 2000. Isso se dá com a ampliação da cooperação Sul-Sul e o papel mais ativo do Brasil em fóruns internacionais de saúde global. Com isso, o tema passa a ser moldado como um bem público global como parte essencial da política externa do país, sendo instrumento de projeção internacional e fortalecimento de parcerias estratégicas, principalmente com países em desenvolvimento e organizações multilaterais como a Organização Mundial da Saúde (Buss *et al.*, 2017). Por assim dizer, o Brasil passa a atuar, principalmente, em ações de cooperação técnica e humanitária, envolvendo o fortalecimento de sistemas de saúde com exportação de expertise em saúde pública para países parceiros.

A política externa brasileira, entre 1995 e 2023, passou por mudanças significativas, refletindo diferentes visões de inserção internacional conforme o perfil ideológico e econômico de cada governo. Ao longo desse período, o Brasil experimentou momentos de maior protagonismo e de retração no cenário global, com impactos diretos em sua abordagem à saúde internacional. Nesse sentido, como visto anteriormente, o Brasil vem desempenhando papel significativo nas iniciativas de cooperação internacional em saúde dentro de blocos tanto regionais como globais. Dessa forma, no âmbito da União de Nações Sul-Americanas (UNASUL), o país foi um dos principais articuladores do Conselho Sul-Americano de Saúde, que visava a integração dos sistemas de saúde da região (Ventura, 2013). Além disso, na Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), a cooperação brasileira tem focado na capacitação e no fortalecimento dos sistemas de saúde de nações africanas de língua portuguesa, com destaque para programas de combate a doenças tropicais (Buss e Tobar, 2017). Concomitantemente, no BRICS, o Brasil tem promovido o intercâmbio de práticas e o desenvolvimento de inovações na saúde pública, além de fortalecer o papel do bloco no enfrentamento de pandemias globais (Almeida, 2010).

Através disso, entende-se que as pandemias têm gerado profundas transformações no sistema internacional, expondo as fragilidades na governança global e nos mecanismos de cooperação internacional para além da saúde. Como principal exemplo tem-se a pandemia do COVID-19 que particularmente evidenciou a importância de uma ação multilateral coordenada e eficaz, bem como as limitações da atual arquitetura da saúde global em responder a crises sanitárias de maneira rápida e qualitativa (Ventura *et al.*, 2020). Ainda assim, pandemias como a gripe H1N1 e o Ebola já vinham levantando questões preocupantes sobre a capacidade ou falta dela na resposta global, mas a COVID-19 escancarou ainda mais as disputas entre países e a necessidade de um novo paradigma de cooperação em saúde global (Di Giulio *et al.*, 2023). Assim, a pandemia acelerou debates sobre a reforma das organizações internacionais e o fortalecimento das capacidades nacionais para lidar com emergências de saúde pública (Ventura, 2020).

Consequentemente, analisaremos os fatores que influenciam a saúde internacional e a atuação brasileira nesse âmbito, já que elas são diversas e combinam aspectos internos e externos da política que molda a agenda de saúde global. Internamente, o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a experiência acumulada do Brasil em políticas públicas de saúde, como programas de combate ao HIV/AIDS e à malária tem sido de fundamental importância para o reconhecimento internacional do país como um ator relevante em saúde global (Buss, 2010). Além do mais, a capacidade técnica e expertise acumuladas nas instituições de saúde brasileiras, como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), permitem que o Brasil se torne um modelo para outras nações em desenvolvimento no campo da saúde (Buss e Ferreira, 2010).

Externamente, o cenário global pós globalização, com intensificação de interdependência entre as nações, trouxe novos desafios para a governança da saúde como objeto de análise internacional. Assim, fatores como as mudanças climáticas, fluxos migratórios e as desigualdades econômicas impactam diretamente a saúde, exigindo uma resposta coordenada entre os Estados e organizações internacionais (Kickbusch, 2006). Além disso, o Brasil tem sido influenciado por sua atuação em blocos multilaterais e participação em iniciativas globais de saúde que buscam reforçar os preceitos da cooperação Sul-Sul com promoção de uma agenda mais inclusiva de saúde global (Buss *et al.* 2017).

Portanto, os tópicos a seguir procuram abordar o papel crescente do Brasil na saúde internacional e global junto da importância da diplomacia sanitária como um instrumento da política externa, especialmente no contexto das crescentes ameaças globais de saúde. Ainda assim, tem como premissa explorar o sucesso de atuação brasileira em saúde internacional dependente de fatores internos e externos, com enfoque em situações de crises sanitárias globais.

4.1 HISTÓRICO DA INSERÇÃO DA SAÚDE NA AGENDA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO

A inserção da saúde na política externa brasileira reflete o processo de adaptação e ampliação da agenda diplomática do país que ao longo do tempo vem incorporando temas relacionados ao desenvolvimento humano e a cooperação internacional, tudo isso focado em países do Sul Global. Dessa forma, historicamente, o Brasil passou a vislumbrar a saúde como um bem público global que serviria como um instrumento estratégico de projeção internacional. Assim, utilizou-se de manejos internos e expertise em saúde pública como forma de manter sua posição internacional, tanto quanto sua alocação em fóruns multilaterais.

Por assim dizer, o marco inicial do sanitarismo como cooperação internacional se dá no início do século XX, quando o Brasil enfrentava graves problemas de saúde pública e por consequência houve a modernização dos seus sistema de saúde como pilar central na diplomacia sanitária. Desse modo, a chamada “República Sanitarista”¹⁶ foi liderada por Oswaldo Cruz e outros médicos da área e criou as bases para futuras políticas públicas de saúde, o que por anos seguintes ajudaria o país a consolidar sua expertise no setor e, décadas depois, projetá-la internacionalmente (Buss; Ferreira, 2010).

Dessa forma, a “República Sanitarista” refere-se ao período da primeira década do século XX, especificamente durante o governo de Rodrigues Alves (1902-1906), que foi intensamente associado a uma série de reformas urbanas e sanitárias promovidas no Rio de Janeiro. Sendo assim, o período ficou conhecido como um marco na modernização da saúde pública brasileira que liderado por médicos sanitaristas como Oswaldo Cruz exerce uma influência significativa nas políticas públicas brasileiras e serve como base para o

¹⁶ A “República Sanitarista” teve como objetivo principal a modernização do espaço urbano e a erradicação de doenças, visando transformar o Rio de Janeiro em uma cidade “moderna” e salubre, de acordo com os padrões europeus da época. Sob a liderança de Oswaldo Cruz, foram implementadas campanhas sanitárias de erradicação da febre amarela, da peste bubônica e da varíola, utilizando medidas que incluíam desde a vacinação compulsória até a erradicação de focos de transmissão de doenças, como a destruição de áreas insalubres e o saneamento básico de regiões urbanas (SEVCENKO, 2001).

desenvolvimento da diplomacia sanitária. Por isso, esse fato marcou o início de uma nova era para a saúde pública brasileira, com o reconhecimento de que a saúde era sim um fator essencial para o desenvolvimento econômico e possível inserção do país no cenário internacional. Além disso, a experiência da “República Sanitarista” consolidou o conceito de diplomacia sanitária, já que, desde o início, as questões de saúde pública no Brasil estavam intrinsecamente ligadas a interesses de projeção internacional. A erradicação de epidemias no Rio de Janeiro, um importante porto, era vista como essencial não apenas para a saúde da população local, mas também para a melhoria das relações comerciais com outros países. Assim, a saúde pública passou a ser considerada uma questão de política externa, criando as bases para a cooperação internacional que o Brasil viria a desenvolver mais intensamente a partir dos anos 2000 (Buss, 2010).

Ademais, o movimento sanitarista influenciou o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) décadas mais tarde, reforçando a ideia de que a saúde pública deve ser acessível a toda a população, um princípio que também foi levado à esfera internacional, através das ações de cooperação e diplomacia da saúde promovidas pelo Brasil. Esse legado sanitarista tem se mantido vivo, sendo uma das razões pelas quais o Brasil se destacou em temas como o combate ao HIV/AIDS, a fabricação de medicamentos genéricos e a cooperação em saúde com países em desenvolvimento. Adiante,

em 1987 foi criada a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), vinculada à Fundação Alexandre de Gusmão, do Ministério das Relações Exteriores (MRE), visando a coordenar e centralizar a negociação e gestão dos projetos de cooperação, historicamente realizadas pelos distintos ministérios em suas áreas específicas. (Buss *et al.*, p. 490, 2017)

Com isso, após a Segunda Guerra Mundial, o Brasil passou a participar de organizações multilaterais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), buscando fortalecer sua presença em debates internacionais de saúde pública (Cueto, 2007). Por isso, esse período foi definido por Vigevani e Cepaluni (2007, p.83) como

não aceitação automática dos regimes internacionais prevalentes e, sobretudo, a crença no desenvolvimento parcialmente autárquico, voltado para a ênfase no mercado interno; conseqüentemente, uma diplomacia que se contrapõe a certos aspectos da agenda das grandes potências para se preservar a soberania do Estado Nacional.

Assim, o papel mais ativo do país nestas organizações reforçou a percepção de que a saúde era uma questão central para as relações internacionais, sobretudo no contexto

latino-americano e acentuou o desejo brasileiro de pertencimento como ator primordial do Sistema Internacional. Isso, como explicado pelos autores, feito de forma a desfiar o modelo dominante de Norte-Sul.

Além disso, as ações brasileiras para a saúde internacional ao longo das últimas décadas passam a refletir o uso das teorias de *soft e smart power*, de forma que o Brasil empregue a diplomacia da saúde como forma de projetar sua imagem de liderança em direitos humanos, cooperação humanitária e fortalecimento de capacidades de seus parceiros. Por conseguinte, é possível identificar como o país começou a explorar o potencial da saúde como *soft power* a partir da década de 1990, com a criação de programas que visavam expandir o acesso a medicamentos e fortalecimento de sistemas de saúde. Alinhando-se a ideia, já citada, de Joseph Nye, que destaca a habilidade de “cooptar” ao invés de “coagir”, influenciando por meio da atração de valores e práticas (Nye, 2004)

Durante a gestão de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), a política externa brasileira passou por um processo de reorientação política que visava aumentar a relevância do Brasil internacionalmente, por isso, caracterizou-se por uma busca de maior integração e consolidação do país como ator de destaque no campo da cooperação Sul-Sul. Ainda que os avanços mais significativos de saúde como agenda internacional tenham se desenvolvido nos governos subsequentes, o governo FHC criou as bases para essa futura atuação do Brasil em temas de saúde global e cooperação técnica, tanto no multilateralismo quanto no contexto Sul-Sul. A atuação do Brasil no sistema internacional, durante a gestão de FHC, estava alinhada com a ideia de "globalismo pragmático", segundo o qual o país deveria buscar maior integração econômica e política com o mundo desenvolvido, ao mesmo tempo em que mantinha seu compromisso com os países em desenvolvimento, sobretudo da América Latina e da África (Cervo; Bueno, 2008). Por assim dizer,

em nome da diminuição dos custos de transação, redução de incertezas e busca da maximização de ganhos (absolutos) buscou-se o reforço da cooperação. No entanto, paralelamente a essa vertente, sobreviveu a visão realista clássica que percebe as relações internacionais como calcadas no princípio do auto interesse e na busca por ganhos relativos. (Barboza *et al*, 2017, p.177)

Nesse sentido, embora a saúde não fosse um pilar central da política externa durante seu governo, houve um fortalecimento de temas ligados aos direitos humanos e ao desenvolvimento sustentável, nos quais a saúde desempenhava um papel indireto. Por exemplo, a crescente participação do Brasil em conferências da ONU, como a Conferência

Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e a Conferência Mundial sobre as Mulheres (Pequim, 1995), trouxe à tona temas como saúde reprodutiva e combate às epidemias, refletindo um compromisso com questões globais de saúde, mesmo que de forma incipiente (Cueto, 2015).

Um dos aspectos mais importantes da política externa de FHC foi o fortalecimento da cooperação Sul-Sul como um todo, uma área na qual o Brasil buscava promover maior solidariedade e integração com outros países em desenvolvimento. Esse compromisso com a saúde foi evidente, por exemplo, no fortalecimento de relações diplomáticas e comerciais com a África e na criação de programas de cooperação técnica com países latino-americanos e africanos, ainda que não houvesse um foco explícito na saúde durante esse período. Portanto, a política externa na época caberia a caracterização como

a adesão aos regimes internacionais, inclusive os de cunho liberal, sem a perda da capacidade de gestão da política externa; nesse caso, o objetivo seria influenciar a própria formulação dos princípios e das regras que regem o sistema internacional. (Vigevani e Cepaluni, 2007, p. 283)

Nesse sentido, a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), criada em 1987, foi o principal instrumento para promover essa cooperação durante o governo FHC, incluindo iniciativas voltadas para o desenvolvimento de capacidades em diversos setores, como agricultura, educação e saúde. A cooperação técnica em saúde foi um dos primeiros campos de atuação da ABC, e embora ainda fosse limitada em escopo e impacto durante os anos de FHC, ela ajudou a consolidar a imagem do Brasil como um ator disposto a compartilhar seu conhecimento e expertise com outros países em desenvolvimento (Buss, 2010). Apesar de a saúde não ter sido um dos principais focos da operação nesse governo, algumas iniciativas já citadas, começaram a pavimentar um caminho do protagonismo brasileiro. Com isso,

Já nos governos FHC, houve uma tentativa de conjugar ambas as visões — autonomista e liberal —, promovendo uma “modesta revisão” da diplomacia e do comportamento do Brasil na região, a partir do binômio segurança e estabilidade democrática, estabelecendo vínculos fortes com os países vizinhos e atuando como mediador em situações de crise quando chamado para tal. (Saraiva, 2007, p. 48)

Embora a diplomacia de saúde ainda estivesse em fase inicial durante o governo FHC, o país começou a desenvolver sua reputação como uma nação capaz de liderar no campo da saúde pública, o que abriu portas para futuras parcerias no campo da cooperação técnica em saúde (Cueto, 2015). Além disso, a adesão do Brasil aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), estabelecidos pelas Nações Unidas em 2000, reforçou a necessidade de se

envolver em temas de saúde global, como a redução da mortalidade infantil e o combate a doenças transmissíveis. Esses compromissos internacionais começaram a moldar a política externa brasileira para incluir a saúde como um aspecto importante das metas de desenvolvimento (Buss, 2011).

Somado a isso, tem-se nesta fase, a importante questão dos medicamentos genéricos como uma pauta na política externa brasileira dos anos 1990. A defesa do acesso a medicamentos, em particular os genéricos, fez do Brasil um ator de extrema relevância em fóruns internacionais de saúde e comércio. Essa política brasileira de medicamentos genéricos começou a ser formulada durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, a partir de 1999, com a aprovação da Lei nº 9.787, que estabeleceu a regulação para a fabricação e comercialização de medicamentos genéricos no país. Essa legislação foi um marco, pois permitiu a produção de medicamentos com patentes já expiradas, promovendo a redução de preços e o acesso da população a tratamentos mais baratos e eficazes (Buss e Ferreira, 2010).

Um dos principais fatores que impulsionaram a adoção dessa política foi a epidemia de HIV/AIDS, que atingiu proporções alarmantes no Brasil nos anos 1990. O custo elevado dos medicamentos antirretrovirais (ARVs), fabricados por grandes empresas farmacêuticas, tornava difícil para o governo brasileiro oferecer tratamento universal e gratuito aos pacientes (Corrêa, 2008). Diante desse desafio, o Brasil optou por uma estratégia de produção local de genéricos, facilitando o acesso da população a tratamentos essenciais, o que acabou se tornando um exemplo para outros países em desenvolvimento (Cueto, 2015).

O principal marco dessa política foi a participação do Brasil nas negociações relacionadas ao Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS, na sigla em inglês), sob os auspícios da OMC. O Brasil, junto com outros países em desenvolvimento, como a Índia e a África do Sul, argumentou que os direitos de propriedade intelectual não deveriam se sobrepor ao direito à saúde. Isso culminou na Declaração de Doha, em 2001, na qual os membros da OMC reconheceram que o TRIPS não deveria impedir os países de adotar medidas para proteger a saúde pública, incluindo a produção de medicamentos genéricos em situações de emergência (Bermudez, 1994).

Por isso, a política de medicamentos genéricos tornou-se um pilar fundamental da atuação internacional do Brasil, consolidando sua imagem como um defensor da justiça social e da equidade no acesso a tratamentos de saúde (Quental *et al.*, 2008). A partir do final dos anos 1990, o Brasil utilizou a diplomacia da saúde para promover mudanças no regime

internacional de propriedade intelectual e para facilitar o acesso a medicamentos, especialmente nos países em desenvolvimento (Corrêa, 2008). Por assim dizer, a diplomacia brasileira na saúde, inicialmente, focou-se nesse combate a doenças como o HIV/AIDS, com iniciativas de acesso universal a medicamentos antirretrovirais, que inspiraram políticas globais e ajudaram a consolidar o Brasil como um defensor do direito à saúde (Buss e Ferreira, 2010). Dessa forma, tal movimentação pode ser vista como um claro exercício de *soft power*, isso porque, projetou o país como promotor de direitos humanos e um parceiro ético em saúde global, elevando sua reputação e ganhando apoio de diversos países de baixa e média renda (Ventura, 2016)

Durante os governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) que a saúde é incorporada de maneira mais contundente na agenda de política externa do Brasil, em especial através da cooperação Sul-Sul. A política externa brasileira buscou maior autonomia e protagonismo no sistema internacional utilizando-se da saúde como plataforma de aprofundamento da solidariedade entre países “periféricos”, promovendo a transferência de tecnologia, capacitação e fortalecimento de sistemas de saúde (Buss *et al.*, 2017). No campo da saúde, esse período foi caracterizado por uma diplomacia robusta que vinculava à saúde à justiça social e ao desenvolvimento humano. Nesse contexto,

Essa nova estatalidade vem sendo articulada com um marcado dinamismo empresarial, voltado para investimentos nos países em desenvolvimento, especialmente na América do Sul, África e Ásia, que pode ser positivo no novo tabuleiro mundial. Acrescenta-se a esse quadro um adensamento da política de cooperação internacional nos âmbitos Sul-Sul e triangular, como um vigoroso instrumento da PEB (Hirst, Lima e Pinheiro, 2010: 24)

Assim sendo, uma das principais iniciativas no contexto foi o fortalecimento da cooperação no combate à epidemia de HIV/AIDS. Isso porque o Brasil se tornou um exemplo internacional pela criação de um programa abrangente de tratamento e prevenção da doença, que, além de ser um sucesso interno, foi exportado como modelo para os países em desenvolvimento. Através disso, firmou-se parcerias com países africanos e latino-americanos, oferecendo medicamentos genéricos e assistência técnica para a implementação de programas de tratamento (Buss e Ferreira, 2010). A cooperação Sul-Sul foi intensificada com países como Cuba, Índia e China, e com blocos como o IBAS (Índia, Brasil e África do Sul) e o BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul).

No âmbito internacional, o Brasil também vem assumindo a liderança, em coordenação com outros países do Norte e do Sul, nos esforços de construir relações mais consistentes entre saúde e política externa, assim como vem atuando de forma marcante e propositiva nos foros internacionais específicos da área, como a

Assembléia Mundial da Saúde. Também tem demonstrado ativismo notável nos órgãos multilaterais regionais — UNASUL e CPLP (Almeida *et al*, 2010).

Ademais, outro importante marco pode ser identificado através da liderança brasileira na criação do Conselho Sul-Americano de Saúde, estrutura dentro da UNASUL. Esse conselho tinha como objetivo promover a criação de capacidades regionais e fortalecimento da resposta a crises sanitárias, como o caso da pandemia de gripe H1N1 em 2009 (Ventura, 2013). A liderança do Brasil na UNASUL mostrou o compromisso com uma governança regional mais inclusiva e conciliatória, destacando-se como um exemplo de diplomacia da saúde através do multilateralismo regional.

Além da atuação regional, o Brasil também expandiu sua diplomacia de saúde para fóruns globais, como BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), a Comunidade dos países de Língua Portuguesa (CPLP) e o G20. No contexto do BRICS, o Brasil passou a promover iniciativas de fortalecimento da cooperação técnica estruturante em saúde, com ênfase na inovação farmacêutica e no compartilhamento de experiências no combate a doenças negligenciadas, bem como na formulação de respostas conjuntas a pandemias globais (Almeida, 2010). Dessa forma,

O emprego do soft power impulsionou a construção do projeto internacional brasileiro. As iniciativas levaram a área de influência brasileira para além da América do Sul, tornando o Brasil uma liderança no e do Sul Global. Ainda, o soft power, operacionalizado por meio da diplomacia, das coalizões Sul-Sul e da cooperação humanitária internacional, constitui forma eficaz de alcançar os objetivos do país na política internacional, mesmo que algumas metas não fossem alcançadas, como a obtenção de um assento permanente no CSNU. Mas, por outro lado, ajudaram a posicionar o Brasil em termos de liderança em coalizões como o G-20, o IBAS e os BRICS. (Valença e Affonso, 2022, p. 206)

Na Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), a cooperação técnica do Brasil se concentrou principalmente em nações africanas de baixa e média renda, com foco em ações de combate a doenças tropicais e na capacitação de recursos humanos. O Brasil tornou-se um parceiro essencial para países como Moçambique e Angola, oferecendo assistência técnica e promovendo o fortalecimento de seus sistemas de saúde (Buss; Tobar, 2017). A África tornou-se um dos principais focos da política externa de Lula, com o Brasil aprofundando sua cooperação em diversas áreas, inclusive saúde. O Brasil estabeleceu parcerias com diversos países africanos, especialmente na área de controle de doenças tropicais negligenciadas, malária e AIDS. Instituições como a Fiocruz e a Agência Brasileira de Cooperação (ABC) estiveram na vanguarda dessa cooperação, promovendo transferência de tecnologia e capacitação em saúde pública (Almeida, 2010). Ademais,

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)¹⁷, do Ministério da Saúde, foi então convocada a assumir o papel de ponto focal na cooperação em saúde, por seu papel histórico nacional e internacionalmente, trabalhando em coordenação com a Assessoria Internacional do Ministério da Saúde (AISA) e a ABC, do MRE. Um Escritório Regional de Representação da instituição foi inaugurado na África em outubro de 2008, sediado em Maputo, Moçambique (o “Fiocruz África”) reiterando a missão internacional da Fiocruz e o compromisso governamental¹⁸. (Almeida, 2010, p.299)

O governo de Dilma Rousseff continuou a priorizar a cooperação internacional em saúde, mantendo o foco nas parcerias com países do Sul Global e nos temas de saúde pública global. Contudo, o cenário econômico adverso e a complexa conjuntura política nacional impactaram a capacidade de manter o mesmo nível de engajamento que o Brasil havia alcançado no governo Lula. Dilma manteve o Brasil como um ator central nas iniciativas de cooperação Sul-Sul em saúde, especialmente na América Latina e África. A diplomacia de saúde no contexto dos BRICS foi fortalecida, com o Brasil promovendo ações conjuntas com os países membros para melhorar a capacidade de resposta a emergências de saúde pública e fortalecer o acesso a medicamentos. No entanto, com a desaceleração econômica e a crise política no Brasil, houve uma redução nos investimentos destinados à cooperação internacional, e alguns programas de cooperação técnica sofreram cortes. Apesar disso, o Brasil ainda era visto como um ator importante na diplomacia de saúde, continuando a fornecer assistência técnica e promover parcerias com instituições internacionais (Ventura, 2018). Durante o mandato de Dilma, o Brasil também participou ativamente das discussões sobre a reforma da OMS, que buscava aumentar a capacidade da organização em responder a

¹⁷ A inauguração do “Fiocruz África” contou com a presença do Presidente Lula, do ministro Celso Amorim, dos ministros da saúde de ambos os países e do então presidente da Fiocruz, Paulo Buss. A Fundação Oswaldo Cruz é uma fundação pública vinculada ao Ministério da Saúde, e integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem uma missão diversificada — ensino, pesquisa, produção e desenvolvimento tecnológico — desempenhada por Unidades Técnico-Científicas, e também está engajada em intercâmbio com centros científicos e tecnológicos em vários países, desenvolvidos e em desenvolvimento. Seus dois campi principais estão no Rio de Janeiro — Manguinhos e Jacarepaguá —, mas a Fiocruz tem Unidades também em outros 7 diferentes estados, o que lhe confere abrangência nacional (são ao todo 15 unidades técnico-científicas e 5 unidades administrativas). O Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz (CRIS/Fiocruz) foi criado em janeiro de 2009, no campus de Manguinhos do Rio de Janeiro, e é um órgão assessor da Presidência da Fiocruz, além de coordenar o Grupo Técnico de Cooperação Internacional da Fiocruz, composto por representantes das Unidades Técnico Científicas envolvidas na cooperação internacional.

¹⁸ Este é o primeiro escritório internacional de representação da Fundação e também o primeiro posto brasileiro da área de saúde sediado no exterior. O Escritório de Representação da Fiocruz na África (“Fiocruz África”) é regional e tem como missão: representar a Presidência da Fiocruz junto aos países da União Africana em atividades de cooperação técnica; acompanhar o desenvolvimento de projetos de cooperação técnica em saúde desenvolvidos pela Fiocruz no Continente Africano com prioridade para os países da CPLP, principalmente os localizados na África (e, excepcionalmente na Ásia, como o Timor Leste); realizar análises de conjuntura e situacionais nesses países, relacionadas ao desenvolvimento em saúde; levantar, avaliar e encaminhar demandas de cooperação técnica em saúde dos países da União Africana, via Fiocruz/Ministério da Saúde ou outra instituição brasileira, quando pertinente; participar, junto com parceiros nacionais em cada país, na definição dos programas de cooperação; promover articulações com outras agências bi-laterais e multilaterais que atuam na região.

emergências globais de saúde. A epidemia de Ebola em 2014 foi um exemplo desse desafio, e o Brasil ofereceu apoio técnico e logístico a países africanos, embora em menor escala do que outros países mais diretamente envolvidos.

Dessa forma, cabe ressaltar que o governo Dilma manteve em certo grau a estratégia de *soft power* do governo anterior, principalmente em aspectos concernentes à diplomacia da saúde, porém, com menor ênfases no engajamento direto em cooperação Sul-Sul. Assim, Dilma deu continuidade ao Mais Médicos e fortalecimento de instituições regionais, mas o foco da política externa foi mais voltado ao pragmatismo econômico e menos à expansão do papel do Brasil como “exportador de saúde” (Barboza *et al*, 2017). Esse movimento levou a uma redução do impacto da diplomacia de saúde e, conseqüentemente, a uma aplicação ao menos ativa de *soft e smart power*. No entanto, a presidente em questão manteve algumas iniciativas de cooperação técnica em saúde e apoiou a agenda de desenvolvimento sustentável das Nações Unidas, buscando consolidar a imagem de um Brasil comprometido aos ideais humanitários. Essa estratégia, embora mais tímida, buscou continuar a construção do poder brando, ainda que sem as mesmas articulações estratégicas de poder inteligente que caracterizam o governo Lula (Ventura, 2016)

O governo Michel Temer, que assumiu após o impeachment de Dilma Rousseff, foi marcado por uma redução significativa no foco em saúde global e cooperação Sul-Sul. A política externa de Temer foi mais alinhada com o pragmatismo econômico e focada na estabilização das relações diplomáticas tradicionais com países desenvolvidos, o que reduziu o engajamento do Brasil em iniciativas internacionais de saúde. Através das políticas de austeridade houve uma retração nos investimentos públicos em programas de cooperação técnica que incluía os voltados à saúde. Dessa forma, instituições como a Fiocruz e ABC sofreram fortes cortes orçamentários que passaram a impactar a capacidade de liderança brasileira na cooperação Sul-Sul. Assim, a cooperação com países africanos e latino-americanos foi substancialmente reduzida, e o Brasil passou a desempenhar um papel menos ativo nos fóruns multilaterais de saúde (Ventura, 2018). Entretanto, apesar dessas limitações, o país conseguiu manter algumas iniciativas como a participação no BRICS e no Conselho de Saúde da UNASUL, de maneira mais retraída. Como consequência, a capacidade de liderança foi enfraquecida pela instabilidade política e pela falta de prioridade ao assunto de saúde global no governo Temer. Por assim dizer,

No entanto, na última década, o Brasil passou a ser um contribuinte de alguma importância em crises humanitárias, chegando a ocupar, em certo momento, o primeiro posto entre os países em desenvolvimento. Passamos a marcar presença em situações diversas, na África, na América Latina e no Caribe, e até mesmo em lugares mais distantes, como nos países asiáticos afetados pelo tsunami. Recentemente, houve certo recuo, mas há motivos para crer que isso se deve a fatores conjunturais (econômicos e políticos) que não reverterão a tendência de longo prazo (Amorim 2016, p. 104).

Nesse viés, o governo Temer adotou uma política externa mais centrada no pragmatismo econômico com alinhamento a parcerias estratégicas tradicionais, diminuindo mais ainda o protagonismo do Brasil na agenda de saúde global. Por esse motivo a diplomacia da saúde deixou de ser uma prioridade, e programas como o Mais Médicos sofreram uma escalada de descontinuidade, limitando as ações de cooperação humanitária em saúde (Amorim, 2016). Desse mesmo modo, a menor ênfase na cooperação Sul-Sul também enfraqueceu o uso do *soft power* brasileiro, pois a partir disso o país reduziu sua presença em fóruns multilaterais de saúde e o engajamento com países de baixa renda (Fonseca *et al.*, 2020). Por assim dizer, a ausência de uma política integrada de saúde e diplomacia reduziu a aplicação de *smart power*, uma vez que não houveram mais esforços relevantes para usar a saúde como um recurso estratégico na política externa. Portanto, esse período é marcado por um “recuo” do Brasil na utilização da saúde como ferramenta política.

Em tempos mais recentes, o governo Jair Bolsonaro (2019-2022) vem como uma representação de significativa ruptura em relação às políticas de cooperação internacional em saúde, ainda mais em questões do Sul global. Tal governo adotou uma clara e objetiva abordagem de negacionismo científico, prejudicando severamente o papel do Brasil no cenário internacional de saúde, especialmente no contexto de uma das maiores pandemias (COVID-19). Tal fato se deve a uma resposta governamental repleta de críticas devido a esse negacionismo em relação à gravidade da doença, a defesa de tratamentos sem comprovação científica e ao atraso na compra de suprimentos essenciais como a vacina. Essa postura isolou o Brasil no cenário internacional e prejudicou sua imagem como ator responsável em saúde pública global (Casarões Magalhães, 2021). Dessa forma,

Essa postura contraditória, de dependência econômica em contraste com discursos hostis, resultou em atritos diplomáticos e comerciais, colocando em risco a estabilidade da relação bilateral. A abordagem ideológica e hostil afetou a posição geopolítica do Brasil, isolando-o em discussões internacionais e prejudicando a sua capacidade de engajamento efetivo em questões globais (Hirst; Maciel, 2020)¹⁹.

¹⁹ Em contrapartida, em relação aos Estados Unidos, o governo Bolsonaro buscou uma aproximação com líderes e ideais da extrema-direita, em especial com a administração de Donald Trump. Esse alinhamento refletiu uma

Além disso, o governo em questão desmantelou muitas das instituições de cooperação internacional, como a ABC, e reduziu drasticamente o protagonismo brasileiro em fóruns multilaterais, em especial a OMS. Por isso, a política de cooperação Sul-Sul foi praticamente abandonada, com a diplomacia brasileira focando em uma agenda ideológica voltada para alianças com governos de extrema-direita, o que afastou o Brasil de suas tradicionais parcerias com países do Sul Global. A política de acesso a medicamentos e vacinas, que havia sido um pilar da diplomacia de saúde brasileira, foi comprometida pela má gestão da crise sanitária e pela falta de articulação com os parceiros internacionais (Souza e Guimarães, 2020).

O governo de Bolsonaro adotou uma abordagem bastante característica de claro distanciamento da diplomacia da saúde aliada ao severo criticismo aos principais mecanismos do multilateralismo, como a OMS, especialmente num momento crucial ao papel dos Estados perante a saúde global, a pandemia de COVID-19. O então presidente rejeitou estratégias de poder brando em campo de saúde, enfatizando uma agenda bastante nacionalista e desacreditando das organizações internacionais de saúde. Assim, contrastava com as políticas de saúde e cooperação humanitária dos governos anteriores (Ventura, 2021). Durante a pandemia, Bolsonaro resistiu a coordenar ações multilaterais de saúde e cortou investimentos em cooperação internacional como um todo alegando que o restabelecimento da política interna como prioridade. Essa postura resultou na ausência tanto de *soft* quanto de *smart power* na diplomacia da saúde, com o Brasil isolando-se das principais discussões e cooperações em saúde global (Souza e Magalhães, 2020)

Nesse sentido, a diplomacia de saúde do Brasil nos últimos 20 anos (Quadro 5) tem sido caracterizada pela adoção de uma perspectiva multilateral, utilizando a saúde como uma plataforma para a construção de solidariedade e integração entre países em desenvolvimento. Essa abordagem consolidou o Brasil como um ator global na saúde internacional, o que foi particularmente relevante durante crises de saúde pública, como a pandemia de COVID-19.

visão conjunta de antagonismo em relação ao multilateralismo e às normas do internacionalismo liberal. A relação próxima com os EUA levou o Brasil a adotar posições que criticavam agendas como direitos humanos, mudanças climáticas e cooperação global, o que resultou em um maior isolamento nas discussões internacionais. A busca por uma relação privilegiada com os EUA foi uma das características marcantes da política externa bolsonarista, com um alinhamento incondicional à Casa Branca, ao mesmo tempo em que o governo se distanciava de princípios e compromissos tradicionais da PEB (Hirst; Maciel, 2020).

Entretanto, o Brasil enfrenta desafios significativos no campo da saúde global, especialmente após a crise econômica e política dos últimos anos. A partir de 2016, houve uma retração no protagonismo internacional do Brasil, impactando diretamente sua capacidade de liderar e manter programas de cooperação internacional em saúde. Além disso, a pandemia de COVID-19 revelou fragilidades internas na resposta brasileira à crise sanitária e prejudicou sua imagem internacional, enfraquecendo sua capacidade de exercer diplomacia de saúde de forma eficaz (Ventura, 2020).

A trajetória do Brasil em saúde e cooperação Sul-Sul entre os governos de Lula, Dilma, Temer e Bolsonaro mostra uma evolução com altos e baixos. Enquanto Lula consolidou o Brasil como um líder global em saúde pública e cooperação técnica, Dilma deu continuidade a esses esforços, mas enfrentou desafios econômicos e políticos. Temer iniciou uma retração no papel do Brasil em saúde global, e Bolsonaro efetivamente desmontou grande parte dos avanços feitos, isolando o Brasil no cenário internacional e enfraquecendo sua atuação na cooperação Sul-Sul.

Quadro 5. Comparativo entre a política externa para saúde nos governos brasileiros (1995-2022)

Aspecto	Governo FHC (1995-2002)	Governo Lula (2003-2010)	Governo Dilma (2011-2016)	Governo Temer (2016-2018)	Governo Bolsonaro (2019-2022)
Visão Geral da Política Externa	Protagonismo moderado; fortalecimento do multilateralismo e de alianças com potências centrais; ênfase em diplomacia econômica para integrar o Brasil na globalização.	Ampliação do protagonismo brasileiro; fortalecimento da integração Sul-Sul e promoção de uma ordem mundial multipolar; destaque para temas sociais e cooperativos.	Continuidade da política de Lula, mas com menos foco em expansão Sul-Sul e ênfase em pragmatismo econômico; foco em instituições e cooperação técnica com menor visibilidade.	Abordagem pragmática e econômica; redução do protagonismo Sul-Sul e ajuste das alianças internacionais; foco em abertura comercial e alinhamento com países desenvolvidos.	Alinhamento com políticas dos EUA e redução de envolvimento com a agenda Sul-Sul; visão de soberania e crítica ao globalismo; distanciamento das agendas de saúde global.
Cooperação Sul-Sul	Parcerias iniciais com países da América Latina e África; fundação do Mercosul; cooperação técnica	Ampliação e consolidação das alianças Sul-Sul (IBAS, BRICS,	Continuidade das alianças Sul-Sul com menos prioridade; redução da cooperação ativa	Redução da cooperação Sul-Sul em favor de um pragmatismo econômico; manutenção formal	Diminuição das iniciativas Sul-Sul; aproximação com EUA e outras potências centrais;

	com África, especialmente na área agrícola e de educação.	CPLP); intensificação da cooperação com África e América Latina; promoção do intercâmbio técnico e cultural.	com África; manutenção das alianças BRICS e IBAS, mas com menor engajamento direto.	do BRICS e IBAS, mas com menor frequência de reuniões de alto nível.	enfraquecimento das alianças multilaterais como BRICS e menor engajamento no Mercosul.
Diplomacia da Saúde e Saúde Global	Participação em fóruns internacionais de saúde, com foco na prevenção de doenças infecciosas; início do apoio à cooperação em AIDS na África.	Expansão da diplomacia da saúde; programas como Mais Médicos e transferência de tecnologia em saúde; apoio ativo ao combate à AIDS e tuberculose (UNASUL e CPLP).	Continuidade em saúde global, mas sem expansão; manutenção dos programas de saúde iniciados (Mais Médicos); apoio às campanhas globais de saúde e iniciativas de saúde pública.	Descontinuidade de alguns programas de cooperação (como Mais Médicos); diplomacia de saúde com foco econômico; cooperação limitada a temas técnicos e comerciais.	Redução da participação em saúde global; enfoque nacionalista; término do programa Mais Médicos; críticas a organismos multilaterais como a OMS; apoio reduzido à saúde global.
Participação em Organizações Internacionais de Saúde	Participação ativa na OMS e no sistema ONU; apoio a políticas de acesso a medicamentos; contribuições técnicas moderadas.	Liderança em organismos internacionais de saúde; participação ativa na OMS e cooperação Sul-Sul em saúde; defesa do acesso a medicamentos essenciais (doenças como AIDS).	Manutenção do protagonismo em fóruns multilaterais de saúde (OMS, OPAS); defesa do acesso a medicamentos e da ampliação do programa Mais Médicos no exterior.	Redução do engajamento; participação mais limitada nos fóruns da OMS e da OPAS; foco em discussões sobre medicamentos e economia em saúde.	Menor envolvimento nos fóruns multilaterais de saúde (OMS, OPAS); posição crítica a convenções multilaterais de saúde e ao apoio financeiro a programas internacionais de saúde.
Exemplos de Iniciativas de Diplomacia da Saúde	Programas de prevenção ao HIV/AIDS na África e América Latina; primeira cooperação em saúde com países lusófonos	Programa Mais Médicos; cooperação em saúde com Cuba; transferência de tecnologia em vacinas (Fiocruz) para África e América Latina; apoio à UNASUL Saúde.	Consolidação do Mais Médicos; cooperação com países do Mercosul; participação em campanhas globais contra pandemias (Zika, ebola); manutenção da UNASUL Saúde, porém com menor foco.	Término gradual do Mais Médicos; manutenção de algumas parcerias técnicas em saúde, mas com foco econômico; diplomacia de saúde com menor visibilidade no cenário internacional.	Término do Mais Médicos e distanciamento da UNASUL Saúde; menor visibilidade em cooperação médica; participação reduzida em campanhas globais, como combate à COVID-19.

Fonte: Elaborado pela autora.

Numa perspectiva de pensamentos futuros, tem-se o início de um novo mandato de Lula, o qual busca resgatar a imagem do Brasil como um ator humanitário e defensor dos direitos de saúde global. Retomando os princípios de *soft power*, Lula demonstra interesse em restaurar as alianças com o Sul Global, focando na cooperação em saúde, com a retomada do Programa Mais Médicos e a participação ativa nos fóruns multilaterais de saúde. Essa nova abordagem do então presidente passa a enfatizar o valor da saúde pública universal, defendendo o acesso a vacinas e medicamentos essenciais como direitos humanos e ferramentas de estabilidade global (Ventura *et al.*, 2020). Além do *soft power*, o governo atual possui potencial para re-implementar o *smart power* ao combinar cooperação técnica com alianças estratégicas nos BRICS e no Mercosul, fortalecendo o papel do Brasil como líder regional e global na defesa da saúde como um bem público. A retomada de parcerias internacionais para a produção de insumos médicos e vacinas busca consolidar o Brasil como um parceiro confiável e inovador no cenário global.

O futuro da diplomacia de saúde brasileira dependerá de uma reconstrução das políticas institucionais e da revalorização da ciência e da cooperação internacional. Por fim, embora o Brasil tenha acumulado um capital diplomático considerável no campo da saúde, a sustentabilidade dessa inserção internacional depende da capacidade de reconstruir e fortalecer suas políticas públicas internas, além de reorientar sua política externa para uma postura mais ativa no multilateralismo.

4.2 AÇÕES BRASILEIRAS PARA A SAÚDE INTERNACIONAL

A diplomacia de saúde brasileira tem sido um componente vital da política externa do país que ao longo das últimas décadas se consolidou como ator relevante em cenários globais de saúde. Assim, utiliza-se de sua experiência com o Sistema Único de Saúde (SUS) aliado às políticas internas de saúde pública para influenciar as agendas internacionais com iniciativas de cooperação visando as peculiaridades de cada ação.

Nesse sentido, vale analisar as agendas de saúde como prioridade no multilateralismo emergente do BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), que vem se tornando uma plataforma eficiente desse meio de cooperação ao mesmo tempo que permite ao Brasil ampliar a sua atuação na saúde internacional. Com isso, essa agenda alinhada às necessidades

dos países em desenvolvimento passa a incluir produções locais de medicamentos e vacinas, enfrentamento de surtos sanitários e como consequência a promoção do acesso universal à saúde. Conforme dito pelos autores, Buss e Ferreira (2010), o BRICS vai emergir como um fórum alternativo para promover uma agenda de saúde pública mais inclusiva, ou seja, passa a desafiar os mecanismos tradicionais dos países do norte e da mesma maneira as grandes corporações farmacêuticas. Dessa forma, utiliza-se de sua plataforma multilateral para enfrentar desafios comuns ao acesso a medicamentos, doenças transmissíveis e a construção de sistemas de saúde resilientes.

As ações brasileiras para a saúde internacional refletem a utilização das teorias de *Soft e Smart Power* de maneira variada e complexa ao longo dos diferentes governos. Em muitos momentos, o Brasil conseguiu consolidar-se como um parceiro confiável e influente ao usar a saúde como um meio de cooperação internacional, reforçando valores humanitários e construindo alianças estratégicas. No entanto, as variações entre governos e os períodos de afastamento das redes multilaterais mostraram que o *Soft e Smart Power* na diplomacia da saúde brasileira são vulneráveis a mudanças de política interna. No cenário atual, com o novo governo Lula, existe uma oportunidade para que o Brasil recupere sua posição, alinhando os objetivos humanitários com as estratégias de influência global.

4.2.1 BRICS: A Agenda de Saúde como Prioridade no Multilateralismo Emergente

O BRICS como um bloco, foi oficialmente constituído em 2009, e sua agenda de saúde começou a ganhar força logo nos anos subsequentes. Assim, o tema da saúde identifica-se inserido oficialmente na agenda do grupo em 2011, durante a 3ª Cúpula em Sanya, China. Desde então, essa pauta tornou-se uma área de importante corporação alinhada às necessidades internas dos membros e as demandas globais, sobretudo no âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma das maiores representações de governança global de saúde no sistema internacional. Por isso, a trajetória da cooperação em saúde dentro do BRICS é marcada por alguns momentos que demonstram a evolução da agenda de saúde pública como porta chave.

Essa 3ª Cúpula marca o ponto de partida do debate de saúde e sua declaração conjunta sublinhou a importância de reforçar a cooperação em saúde, com foco na segurança alimentar e nutricional, combate a doenças transmissíveis e não transmissíveis, além da promoção de saúde pública. A inclusão formal da saúde como uma área cooperativa refletia o

reconhecimento de que os países membros enfrentam desafios comuns com sistemas de saúde cada vez mais sobrecarregados, surtos epidêmicos e a crescente demanda por acessibilidade em medicações. Por isso, a partir da cúpula do Brics começou a desenhar sua abordagem de saúde com seus focos.

Após a cúpula de Sanya, o bloco organizou a primeira Reunião de Ministros da Saúde do BRICS, realizada em Pequim em 2011. Este foi outro momento importante, pois consolida o compromisso de todos os membros em promover a saúde por meio da ajuda mútua mais aprofundada.

A “Declaração de Pequim”, resultado da primeira Reunião dos Ministros de Saúde dos países BRICS, realizada em Beijing, no ano de 2011 sublinhou: (i) a importância da transferência de tecnologia entre os países com o intuito de aumentar suas capacidades de produção farmacêutica; (ii) o fortalecimento dos sistemas de saúde para superar as barreiras de acesso à tecnologia de combate a doenças contagiosas; e (iii) a cooperação com organizações internacionais para aumentar o acesso à medicamentos e vacinas.(Silva, 2016,p.1)

Por conseguinte, entre 2011 e 2014, várias reuniões de ministros da saúde ocorreram e cada uma delas promovia a expansão das áreas colaborativas. Por isso, em 2014, durante a 6ª Cúpula em Fortaleza, Brasil, os países formalizaram a criação da Rede de Pesquisa em Vacinas do BRICS e da Plataforma BRICS de Pesquisa e Desenvolvimento em Medicamentos, ambos eram voltados para a facilitação da produção desses remédios e vacinas.

Em um evento à margem da Assembleia da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2014, organizado pelos governos dos BRICS, foram compartilhadas algumas das estratégias e preocupações dos países na área de acesso à medicamentos. A Rússia tem implementado um sistema de monitoramento dos custos de remédios e de recomendações para o preço do varejo. O representante da Índia destacou a necessidade de flexibilizar as legislações nacionais no que se refere à PI, por meio de salvaguardas, licenças obrigatórias, importações paralelas e permissão mais ágil para a entrada de genéricos, sem deixar de adotar critérios rigorosos para patentes (FRASER, 2014).

Por assim dizer, essas iniciativas visavam promover o desenvolvimento conjunto, facilitar a transferência de tecnologias e conhecimento além de fortalecer a infraestrutura de pesquisa e inovação nos países membros. Conforme ressaltado por Buss e Ferreira (2010), o BRICS reconheceu a necessidade de reduzir a dependência das grandes farmacêuticas do Norte Global e de garantir que seus cidadãos tivessem acesso a medicamentos e tratamentos acessíveis, aproveitando a capacidade de produção de genéricos em países como Índia e Brasil.

Em 2015, durante a Cúpula de Ufa, na Rússia, a agenda passou a incluir o fortalecimento dos sistemas de saúde dos membros e cooperação específica para a construção de sistemas resilientes. Este momento foi primordial porque o foco passou por mais uma expansão, ou seja, foi um nível a mais do acesso a medicamentos e abrangeu a segurança sanitária e cobertura universal de saúde. Isso deve-se ao fato de membros como o Brasil possuírem experiência nesse acesso universal através do SUS. Destacando-se como uma política de Estado que poderia ser replicada, com as devidas adaptações, em outros países do grupo. Além disso, foi reforçado um compromisso de trabalho conjunto para enfrentamento do aumento dos índices de doenças não transmissíveis, como diabetes e problemas cardiovasculares, que estão se tornando desafios globais especialmente nos países em desenvolvimento. Por isso, os acordos de Ufa incluíram o estabelecimento de mecanismos para monitoramento das doenças crônicas, cooperação na prevenção e controle de epidemias, e, o desenvolvimento de estratégias para a saúde mental com promoção de estilos de vida saudáveis.

Em síntese, a cooperação em saúde no BRICS continua a evoluir, com desafios persistentes e novas oportunidades. À medida que o mundo enfrenta o aumento das desigualdades no acesso a tratamentos e a medicamentos, o BRICS tem a oportunidade de liderar a construção de uma ordem global mais equitativa em saúde.

Para além da agenda governamental, o tema gerou mobilização entre interessados da sociedade civil dos países BRICS. A criação de uma rede de pesquisadores, o BRICS Medicine Alliance, é prova disso. Entre seus objetivos almeja-se o aprofundamento, o alcance e a qualidade do trabalho em acesso e uso de medicamentos no Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul. O bloco responde a 50% da população pobre do mundo e o acesso e promoção da saúde dessa população pode configurar-se como um grande entrave para o desenvolvimento dos países. (Silva, 2016, p.2)

As prioridades futuras da agenda de saúde do BRICS incluem a expansão da cobertura universal de saúde para os membros, ampliação da produção local, reforço das capacidades de resposta a emergências sanitárias como a da COVID-19 e o fortalecimento da cooperação em pesquisa biomédica, com o objetivo de garantir o acesso equitativo a novas tecnologias de saúde. Tudo isso atrelado ao fato de que o BRICS também desempenha papel fundamental na reforma da governança global de saúde, defendendo os interesses dos países em desenvolvimento no âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros fóruns internacionais, principalmente no que diz respeito à flexibilização de patentes para medicamentos essenciais.

Nesse viés, o Brasil, como membro do BRICS, tem empregado *Soft Power* ao propor uma agenda de saúde que se fundamenta nos valores de solidariedade, equidade e acesso universal aos serviços de saúde. De acordo com Joseph Nye, *Soft Power* é a habilidade de influenciar e atrair outros países por meio de valores culturais e ideológicos, ao invés do uso de coerção militar ou econômica (Nye, 2004). O Brasil, alinhado aos interesses dos demais membros, têm buscado projetar uma imagem de liderança humanitária, com foco na promoção de políticas de saúde pública inclusivas e no apoio à pesquisa e inovação em saúde. A partir disso, um exemplo claro de *Soft Power* é o empenho brasileiro na promoção do acesso a medicamentos essenciais e vacinas. O Brasil, que historicamente defendeu o acesso universal à saúde, continua a impulsionar esses princípios no BRICS, defendendo flexibilizações nas patentes de medicamentos e apoiando a fabricação local de vacinas. Essa postura alinha-se ao *Soft Power*, pois enfatiza o Brasil como defensor de valores e direitos que vão ao encontro das necessidades dos países em desenvolvimento (Buss & Ferreira, 2010).

Além disso, vale ressaltar a criação do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento do BRICS em Saúde representando um marco na utilização do *Soft Power*. A ideia é promover o intercâmbio de conhecimento e experiências entre os países-membros, fortalecendo a capacidade de resposta regional e gerando soluções adaptadas às realidades locais. O Brasil tem desempenhado um papel importante na liderança dessa iniciativa, ganhando a confiança dos outros membros e solidificando sua imagem de aliado comprometido com o bem-estar dos países emergentes (Ventura, 2016).

Além do poder brando, o Brasil utiliza elementos de *Smart Power* ao incorporar a saúde em estratégias geopolíticas e econômicas. Também conceituado por Nye, é uma combinação de recursos de *Soft Power* e de *Hard Power* que possibilita a realização de objetivos estratégicos sem o uso de força (Nye, 2011). No caso do BRICS, o Brasil tem promovido a saúde como uma área prioritária dentro de uma estrutura de cooperação mais ampla, que inclui desenvolvimento econômico, inovação tecnológica e fortalecimento de sistemas de produção local. Assim, uma das maiores iniciativas de *Smart Power* no BRICS pode ser identificada no desenvolvimento da infraestrutura para a fabricação e distribuição de vacinas. Durante a pandemia de COVID-19, o bloco lançou esforços para criar uma cadeia de suprimentos auto suficiente para a produção de vacinas, visando reduzir a dependência de países do Norte Global. O Brasil, com sua capacidade de produção e regulamentação

avançada, foi um dos principais atores nesse projeto, aproveitando-se da cooperação em saúde para fortalecer suas alianças estratégicas e criar um sistema de suprimentos resilientes. Essa postura representa o *Smart Power*, pois combina o *Soft Power* da solidariedade com o *Hard Power* do fortalecimento das capacidades nacionais de produção e distribuição, promovendo tanto o bem-estar da população quanto a soberania sanitária (Buss & Fonseca, 2020). Ainda assim, outro exemplo da aplicação dessa teoria é a construção de uma infraestrutura de pesquisa e desenvolvimento conjunta em saúde, em parceria com os demais países do BRICS. A aliança com a China, Índia, Rússia e África do Sul para a produção de medicamentos e vacinas contribui não apenas para a saúde pública, mas também para o fortalecimento do Brasil como um *hub* de inovação biomédica na América Latina. Assim, o Brasil utiliza a diplomacia da saúde como uma estratégia para expandir sua influência geopolítica e estabelecer-se como um líder regional em saúde e biotecnologia.

As ações brasileiras para a saúde no contexto do BRICS refletem a aplicação das teorias de *Soft e Smart Power* por meio de uma diplomacia da saúde ativa e colaborativa. Utilizando a saúde como instrumento de solidariedade e influência, o Brasil conseguiu construir uma imagem de liderança em saúde global, ao mesmo tempo em que fortaleceu alianças estratégicas e ampliou suas capacidades de produção e inovação em saúde. Essa abordagem integrada permitiu ao país projetar sua influência para além do BRICS, consolidando-se como um líder no campo da saúde pública no Sul Global.

4.2.2. UNASUL: Construção de uma Rede Regional de Saúde Pública

A partir disso, num contexto mais regional, tem-se a União de Nações Sul-Americanas (UNASUL), criada em 2008, ela surgiu como um bloco de integração regional com o objetivo de promover a cooperação e a integração em diversas áreas, incluindo a saúde pública. A agenda de saúde da UNASUL se desenvolveu como uma resposta aos desafios regionais e à necessidade de fortalecer os sistemas de saúde dos países membros, priorizando a criação de uma rede de saúde regional que promova a equidade, a cobertura universal e a resposta coordenada a emergências sanitárias (Buss e Ferreira, 2010). Este processo foi conduzido principalmente pelo Conselho Sul-Americano de Saúde (CSS), uma das principais instâncias da União.

A UNASUL foi concebida como um mecanismo de integração política, econômica e social da América do Sul, e logo identificou a saúde como uma área prioritária. Em 2008, os líderes da UNASUL estabeleceram o Conselho Sul-Americano de Saúde (CSS), com o objetivo de coordenar políticas regionais em saúde e promover o fortalecimento dos sistemas de saúde dos países membros.

Esse Conselho foi criado com o objetivo de consolidar a América do Sul como um espaço de integração em saúde que contribua para a saúde de todos e para o desenvolvimento, incorporando e integrando os esforços e avanços sub-regionais do Mercosul, do Organismo Andino de Saúde (ORAS-CONHU) e da Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA) (UNASUR, 2008b).

O CSS é um marco institucional fundamental na construção de uma rede regional de saúde, pois estabeleceu os alicerces para ações coordenadas em áreas como vigilância sanitária, prevenção de doenças transmissíveis, e promoção da saúde universal. Como ressalta Buss (2010), a criação do CSS representou um passo histórico para a integração em saúde na América do Sul, ao promover uma agenda de cooperação baseada nos princípios de solidariedade e equidade.

É composto pelos ministros da saúde dos doze Estados-membros da Unasul e sua estrutura inclui um comitê coordenador, formado por representantes dos ministérios de cada Estado-membro, cinco Grupos Técnicos (GTs) e seis Redes Estruturantes. Os ministros da saúde da Unasul estabeleceram, em 2010, uma Agenda Sul-Americana de Saúde, que foi posteriormente consolidada pelos GTs em um Plano de Trabalho Quinquenal 2010-2015, com cinco eixos prioritários do CSS (UNASUR, 2010)

Dessa maneira, os países membros da UNASUL identificaram vários desafios comuns, como a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, a dependência de medicamentos importados e a vulnerabilidade às epidemias (UNASUL, 2008b). Para enfrentar esses desafios, o CSS estabelece cinco objetivos principais:

1. **Fortalecimento dos sistemas de saúde:** Através de iniciativas para promover a cobertura universal de saúde, com base nas experiências exitosas de países como Brasil, que implementou o Sistema Único de Saúde (SUS), e a Argentina, com seu sistema de seguridade social.
2. **Integração da produção de medicamentos e vacinas:** A UNASUL buscou reduzir a dependência de produtos farmacêuticos de países desenvolvidos, promovendo a criação de uma rede de produção regional de medicamentos genéricos e vacinas. A ideia era que os países da região pudessem cooperar para aumentar a capacidade de produção local, reduzindo custos e ampliando o acesso.
3. **Respostas coordenadas a emergências sanitárias:** A região da América do Sul enfrentou várias crises sanitárias, como surtos de dengue, H1N1 e, mais recentemente, o Zika vírus. A UNASUL buscou coordenar as respostas a essas crises por meio da criação de um **Centro de Vigilância em Saúde**, que funcionaria como uma rede de monitoramento e resposta a emergências sanitárias.

4. Compartilhamento de tecnologias e inovação: A UNASUL promoveu a troca de conhecimentos e tecnologias no setor de saúde, visando melhorar a infraestrutura dos sistemas de saúde e capacitar os profissionais da área.

5. Fortalecimento da diplomacia de saúde regional: A UNASUL também tinha a intenção de atuar em fóruns internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), como um bloco unido, defendendo os interesses da América do Sul na formulação de políticas globais de saúde. (UNASUL, 2011)

A agenda de saúde da UNASUL foi concretizada em uma série de programas e iniciativas regionais que visavam promover a integração e fortalecer a resposta coletiva aos desafios de saúde pública (Faria *et al.* 2015). Entre os programas mais notáveis estão a Rede de Escolas de Saúde Pública da UNASUL, o Banco Regional de preços de medicamentos e a Plataforma de vigilância e respostas a epidemias. Vale ressaltar que durante o surto de H1N1 em 2009 e o surto de Zika em 2015-2016, a UNASUL conseguiu coordenar ações conjuntas entre seus membros, permitindo a troca de informações em tempo real e o envio de profissionais de saúde para os países mais afetados. A iniciativa foi elogiada pela OMS como um exemplo de integração regional em saúde.

Entretanto, em 2019, a UNASUL foi praticamente dissolvida devido a divergências políticas entre os países membros com destaque às políticas brasileiras, e em 2020 foi substituída pelo Prosul (Fórum para o Progresso e Desenvolvimento da América do Sul), com uma orientação menos formal e menos institucionalizada. A dissolução da UNASUL representou um grande revés para a integração regional em saúde, já que muitas das iniciativas coordenadas pelo CSS foram interrompidas ou desaceleradas. No entanto, algumas das lições aprendidas pela UNASUL continuam a influenciar a cooperação em saúde na região. A ideia de construir uma rede regional de saúde pública permanece relevante, especialmente diante de novas crises sanitárias. A resposta à pandemia demonstrou a necessidade de maior integração e cooperação regional em saúde, e o Brasil, junto com outros países da região, continuou a defender a cooperação em fóruns multilaterais, como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Como observa Lima (2020),

Embora a UNASUL tenha sido formalmente dissolvida, as bases construídas para a cooperação em saúde continuam a fornecer um arcabouço para futuras iniciativas regionais. A pandemia de COVID-19 mostrou a necessidade de mecanismos de coordenação regional robustos e bem financiados (p. 135).

A construção de uma rede regional de saúde pública pela UNASUL foi um dos projetos mais ambiciosos de integração regional em saúde na América do Sul. Apesar de seus desafios e reveses, a agenda de saúde dela promoveu avanços significativos na cooperação

regional, especialmente em áreas como vigilância epidemiológica e produção de medicamentos.

Essas redes são espaços de cooperação técnica em áreas da saúde pública e têm em comum o objetivo central de colaborar para o desenvolvimento dos sistemas de saúde da região. Elas passam a integrar o acervo do Conselho, com grande potencial de contribuições à formação de recursos humanos, à pesquisa e desenvolvimento tecnológico e à prestação de serviços de referência na região (BUSS e FERREIRA, 2011: 116).

Porém, a continuidade desses avanços dependerá da capacidade da região de superar suas divisões políticas e econômicas e de encontrar novos mecanismos de coordenação em saúde. Dessa forma, é possível identificar que o Brasil utilizou o *Soft Power* ao longo de sua atuação na UNASUL, promovendo valores de solidariedade e justiça social na construção de uma rede regional de saúde. Com isso, o Brasil buscou consolidar-se como um ator confiável e humanitário ao promover políticas de saúde pública que beneficiam toda a região, defendendo o acesso igualitário à saúde e o fortalecimento das capacidades locais.

O Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), criado pela UNASUL com forte apoio brasileiro, é um exemplo concreto de *Soft Power* na diplomacia da saúde. Este instituto se tornou um fórum para intercâmbio de políticas de saúde e capacitação de gestores regionais, proporcionando uma plataforma para os países sul-americanos compartilharem boas práticas e desenvolverem soluções comuns para desafios locais (Ventura, 2016). Por meio do ISAGS, o Brasil incentivou políticas baseadas em princípios de equidade e inclusão, o que ajudou a construir uma imagem de liderança solidária e comprometida com o bem-estar dos países vizinhos (Buss & Ferreira, 2010). Além disso, o Brasil apoiou a criação da Rede de Escolas de Saúde Pública da UNASUL, voltada para o intercâmbio de conhecimento técnico e científico entre os países da América do Sul. Esse mecanismo contribuiu para a difusão de valores de saúde pública e solidariedade, fortalecendo o *Soft Power* do Brasil ao promover uma agenda de direitos e acesso universal à saúde na região, com impacto positivo em suas relações diplomáticas (Barboza *et al*, 2017).

Atrelado a isso, a participação do Brasil na UNASUL também reflete a aplicação do *Smart Power* ao integrar a saúde com objetivos estratégicos e de segurança regional. No caso da UNASUL, o Brasil utilizou essa abordagem ao investir na criação de infraestruturas e programas que visavam não apenas a promoção de valores de solidariedade, mas também o fortalecimento da segurança sanitária da região. Nesse viés, a Rede de Institutos Nacionais de

Saúde da UNASUL, por exemplo, representa uma iniciativa de *Smart Power* que visa fortalecer a capacidade dos países da América do Sul de responder a emergências de saúde pública, como epidemias de dengue e zika. O Brasil, com sua experiência no combate a doenças infecciosas e sua liderança no desenvolvimento de vacinas, tem desempenhado um papel essencial nessa rede, promovendo capacitações e tecnologias para os outros países. Esta rede fortalece a segurança sanitária da região e beneficia o Brasil ao criar um sistema de resposta colaborativo que potencializa a resiliência dos países contra ameaças epidemiológicas, o que é particularmente relevante em um contexto de interdependência sanitária (Fonseca *et al.*, 2020). Outro exemplo de *Smart Power* foi o Plano de Contingência da UNASUL para Epidemias e Pandemias, que contou com o apoio técnico e financeiro do Brasil para preparar os países da região para emergências sanitárias. Durante a crise do H1N1, por exemplo, o Brasil liderou a articulação de um plano de resposta conjunta que envolveu a distribuição de medicamentos e o compartilhamento de protocolos de tratamento. Este tipo de ação combina o *Soft Power* da solidariedade com o *Hard Power* das capacidades logísticas e de produção do Brasil, contribuindo para a criação de um sistema de saúde resiliente e independente na América do Sul (Buss e Fonseca, 2020).

4.2.3. IBAS: Cooperação Sul-Sul na Saúde Global

O Fórum de Diálogo Índia, Brasil e África do Sul (IBAS) é uma plataforma trilateral estabelecida em 2003, com o objetivo de promover a cooperação Sul-Sul entre três grandes democracias emergentes do Sul Global. Entre as áreas prioritárias de cooperação está a saúde, que, no contexto da diplomacia do IBAS, se destaca como uma ferramenta para fortalecer a colaboração entre países em desenvolvimento, promover a equidade global e aumentar a influência desses países nas instituições multilaterais de governança em saúde, como a Organização Mundial da Saúde (OMS).

o foro IBAS se diferencia claramente das coalizões do passado: enquanto as anteriores atuavam de forma defensiva em face aos regimes internacionais, as atuais combinam o revisionismo com propostas construtivas de fortalecimento internacional; defendem, explicitamente, as instituições e os valores democráticos; e propõem arcabouços para a cooperação entre países do Sul, sobretudo com os menos desenvolvidos, na perspectiva de superação da situação de pobreza e desigualdade. Além da dificuldade de compatibilizar as respectivas agendas regionais e globais, os desafios incluem, por um lado, conseguir transcender a dinâmica centro periferia, onde os laços econômicos majoritariamente são constituídos com países do Norte; e, por outro, superar o *modus operandi* da cooperação Norte-Sul clássica, o que inclui a não imposição de condicionalidades políticas e econômicas. (Almeida, 2010, p. 303)

Todos os três países enfrentam desafios significativos no setor de saúde, como o controle de doenças infecciosas, a cobertura de saúde universal e o acesso a medicamentos essenciais. Assim, desde o início do fórum, a agenda sanitária foi uma das principais áreas de cooperação, refletindo os interesses compartilhados em promover o desenvolvimento sustentável e a justiça social, com ênfase em promover o acesso equitativo a cuidados de saúde no Sul Global.

Ao longo dos anos, o IBAS lançou várias iniciativas importantes na área de saúde que refletem o compromisso com a cooperação Sul-Sul e a busca por soluções inovadoras para os problemas de saúde que afetam o Sul Global. Nesse âmbito, a cooperação entre Índia, Brasil e África do Sul no combate ao HIV/AIDS é uma das iniciativas mais bem-sucedidas e emblemáticas da parceria trilateral na área da saúde (Buss, 2013). Esses países foram líderes globais na luta por acesso a medicamentos antirretrovirais (ARVs) acessíveis durante a crise que afetou gravemente suas populações nas décadas de 1990 e 2000 (Cueto, 2015). O Brasil foi pioneiro na implementação de um programa nacional de tratamento gratuito com ARVs, utilizando medicamentos genéricos produzidos localmente e importados da Índia. Isso se tornou um modelo para outros países em desenvolvimento (Cueto, 2015).

Com sua forte indústria farmacêutica de genéricos, a Índia desempenhou um papel crucial na produção de ARVs acessíveis, que foram exportados para muitos países africanos, incluindo a África do Sul, permitindo um aumento significativo no tratamento da AIDS (Buss e Tobar, 2017). Ademais, embora tenha demorado a reagir à crise do HIV/AIDS devido a fatores políticos internos, a África do Sul adotou as lições do Brasil e da Índia e lançou o maior programa de tratamento de HIV/AIDS do mundo. A cooperação dentro do IBAS ajudou a facilitar o acesso a medicamentos e a partilha de estratégias para lidar com a epidemia.

Esse exemplo é frequentemente citado como um caso de sucesso da diplomacia de saúde Sul-Sul e de como a cooperação entre os países em desenvolvimento pode fornecer soluções práticas para crises globais de saúde. Como apontado por Fedatto (2017), a cooperação trilateral no IBAS não apenas salvou vidas ao fornecer acesso a ARVs, mas também desafiou a hegemonia das corporações farmacêuticas e dos países desenvolvidos na governança da saúde global.

Além disso, o fórum IBAS organizou várias reuniões de ministros da saúde ao longo dos anos para discutir e promover novas áreas de cooperação. Essas reuniões são focadas no desenvolvimento de parcerias para pesquisa e inovação em saúde, incluindo a transferência de tecnologia entre os países membros. Uma das áreas prioritárias foi o desenvolvimento de novos tratamentos e vacinas para doenças negligenciadas, como a malária e a tuberculose, que afetam desproporcionalmente os países do Sul Global.

Nesse viés, os países do IBAS exploraram a criação de laboratórios regionais conjuntos para a produção de vacinas, aproveitando a capacidade técnica e produtiva da Índia e do Brasil para fortalecer as capacidades de outros países em desenvolvimento. Demonstrando que a colaboração entre os países em desenvolvimento pode produzir soluções inovadoras e eficazes para desafios globais de saúde, ao mesmo tempo em que promove a equidade e a justiça social. Apesar dos desafios, a parceria trilateral oferece um caminho promissor para fortalecer ainda mais a saúde global e a diplomacia de saúde no âmbito Sul-Sul. Como observa Asano (2013), o IBAS tem o potencial de se tornar um líder global na promoção de uma nova ordem em saúde internacional, desafiando o domínio do Norte Global e promovendo uma governança mais inclusiva e equitativa da saúde global.

O Brasil, ao lado da Índia e da África do Sul, enfatiza a saúde como um direito humano fundamental, engajando-se na promoção de políticas de acesso universal e apoio ao fortalecimento dos sistemas de saúde locais. Por meio de iniciativas como o *IBSA Fund for the Alleviation of Poverty and Hunger* (Fundo IBAS de Alívio da Pobreza e da Fome), os países do IBAS financiam projetos de saúde em países em desenvolvimento, com o objetivo de promover melhorias nas áreas de saneamento, nutrição e serviços de saúde primária. Os países, ao apoiarem e promoverem esses projetos, buscam fortalecer sua imagem como um parceiro confiável e solidário no Sul Global, consolidando o *Soft Power* por meio da defesa de valores humanitários (Buss & Ferreira, 2010). Essa cooperação fortalece o posicionamento do Brasil como defensor de políticas de saúde inclusivas, um aspecto que gera reconhecimento positivo e legitima sua liderança no cenário internacional. Além disso, o Brasil promove o intercâmbio de experiências e conhecimentos em saúde, sobretudo em temas como o combate ao HIV/AIDS e a melhoria do atendimento primário. O IBAS permite que os países compartilhem suas práticas exitosas, como os programas de saúde da família, desenvolvidos no Brasil, e a produção de medicamentos genéricos na Índia, refletindo uma cooperação

horizontal que não depende de países desenvolvidos e que respeita as particularidades dos contextos locais (Buss e Fonseca, 2020).

Consequentemente, uma das maiores expressões do *Smart Power* do Brasil no IBAS é a produção e distribuição de medicamentos e vacinas com base em acordos tecnológicos e parcerias entre os países. A Índia, líder global na produção de medicamentos genéricos, tem colaborado com o Brasil e a África do Sul para aumentar a capacidade de produção de medicamentos acessíveis no Sul Global. Esta iniciativa fortalece a autonomia dos países emergentes, diminui a dependência de empresas farmacêuticas do Norte Global e cria uma rede de produção mais robusta e sustentável, alinhada aos interesses do Brasil de ampliar sua influência geopolítica e econômica na área da saúde (Ventura, 2016). Nesse viés, a colaboração em pesquisa e desenvolvimento também exemplifica o uso de *Smart Power* pelo Brasil no IBAS. Ao promover a troca de conhecimentos científicos e tecnológicos com a Índia e a África do Sul, o Brasil fortalece sua base de inovação em saúde e promove uma diplomacia que contribui tanto para a saúde pública quanto para o avanço econômico de seus parceiros. A coordenação em pesquisa entre esses países tem gerado benefícios mútuos, como o desenvolvimento de tratamentos e diagnósticos mais acessíveis e adaptados às necessidades de suas populações. Esse alinhamento fortalece a capacidade de resposta às crises de saúde e representa uma ação de *Smart Power* que combina os benefícios do desenvolvimento local com a expansão da influência global do Brasil (Buss & Fonseca, 2018).

4.2.4. CPLP: Transferência de Tecnologia e Fortalecimento de Capacidades Locais

Num outro viés, a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), formada por nove países de língua portuguesa espalhados por quatro continentes, tem como um de seus objetivos centrais a cooperação em diversas áreas, incluindo a saúde. A transferência de tecnologia e o fortalecimento de capacidades locais, especialmente no setor da saúde, são pilares fundamentais dessa cooperação, uma vez que muitos dos países membros, como Angola, Guiné-Bissau e Moçambique, enfrentam desafios significativos na prestação de serviços de saúde e na infraestrutura de saúde pública.

A CPLP, ao longo dos anos, tem promovido iniciativas que buscam não apenas o desenvolvimento técnico, mas também a capacitação de profissionais locais e o fortalecimento de sistemas de saúde em seus Estados membros (Buss e Tobar, 2017). Isso é

particularmente importante no contexto da cooperação Sul-Sul, onde a troca de conhecimentos e tecnologias entre países em desenvolvimento é vista como uma alternativa estratégica para enfrentar problemas de saúde globais e regionais.

Fundada em 1996, a CPLP se propõe a promover a concertação política e a cooperação entre seus membros, que incluem Brasil, Portugal, Angola, Moçambique, Cabo Verde, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe, Timor-Leste e Guiné Equatorial (que se juntou em 2014) (Russo *et al.*, 2011). Embora a saúde não fosse inicialmente uma das áreas mais destacadas de cooperação, a crescente percepção da importância do fortalecimento das capacidades locais e da transferência de tecnologia, especialmente em países africanos, levou a um maior enfoque na saúde a partir dos anos 2000 (Buss e Ferreira, 2010).

Dessa maneira, o Brasil e Portugal, como dois dos membros com sistemas de saúde mais desenvolvidos, desempenharam um papel central no fornecimento de assistência técnica e na facilitação de programas de cooperação em saúde. No entanto, os desafios dos países africanos de língua portuguesa (PALOP) e de Timor-Leste, em termos de infraestruturas de saúde e falta de recursos humanos qualificados, motivaram a CPLP a adotar uma abordagem mais estruturada para a transferência de tecnologia e capacitação.

A transferência de tecnologia e o fortalecimento das capacidades locais na saúde na CPLP têm como objetivos principais:

1. **Desenvolvimento de capacidades técnicas e humanas:** Capacitar os profissionais de saúde locais por meio de programas de formação e educação continuada, utilizando a expertise de países com sistemas de saúde mais desenvolvidos, como Brasil e Portugal. Isso inclui treinamento em áreas como vigilância epidemiológica, gestão de sistemas de saúde e atendimento especializado.
2. **Fortalecimento das infraestruturas de saúde:** A CPLP busca apoiar os países membros mais vulneráveis no fortalecimento de suas infraestruturas de saúde, incluindo hospitais, laboratórios e centros de produção de medicamentos e vacinas. A construção ou modernização de instalações e a implementação de sistemas de informação de saúde são vistos como componentes cruciais para melhorar a capacidade de resposta dos sistemas de saúde.
3. **Promoção da produção local de medicamentos e vacinas:** Um dos objetivos centrais da cooperação em saúde na CPLP é aumentar a capacidade dos países de produzir seus próprios medicamentos e vacinas, reduzindo a dependência de importações e aumentando o acesso a produtos de saúde essenciais. Isso inclui a transferência de tecnologia para a produção de medicamentos genéricos e vacinas, com ênfase na cooperação com o Brasil, que tem uma indústria farmacêutica relativamente avançada, e Portugal, com seu setor de biotecnologia.
4. **Resposta conjunta a emergências sanitárias:** A transferência de tecnologia também visa a melhorar a capacidade dos países membros de responder a crises de saúde, como epidemias de doenças infecciosas. Isso inclui a criação de sistemas

regionais de alerta precoce e o compartilhamento de tecnologias para o monitoramento e controle de surtos. (Dias e Pimentel, 2020, p.3)

Assim, uma das iniciativas mais significativas no campo da saúde dentro da CPLP é a criação da Rede de Institutos Nacionais de Saúde Pública da CPLP. Lançada em 2009, essa rede visa a facilitar o intercâmbio de informações e a cooperação técnica entre os países membros. Os institutos de saúde pública, como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no Brasil e o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) em Portugal, desempenham um papel focal na formação de profissionais e na transferência de tecnologia para países com menos recursos, como Angola e Moçambique (Dias e Pimentel, 2020). A rede promove a cooperação em áreas como vigilância epidemiológica, pesquisa biomédica e saúde pública, além de atuar no fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde por meio da capacitação de profissionais e da transferência de tecnologias para o diagnóstico e controle de doenças infecciosas. Por assim dizer, a troca de conhecimentos entre institutos tem sido essencial para a modernização de sistemas de vigilância e para a criação de capacidades locais de produção de diagnósticos laboratoriais. Como aponta Sousa (2017),

A criação da Rede de Institutos Nacionais de Saúde Pública da CPLP representou um passo importante na institucionalização da cooperação em saúde no bloco, com foco no fortalecimento das capacidades locais e na sustentabilidade dos sistemas de saúde dos países africanos lusófonos (p. 56).

Nesse viés, o Programa Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS-CPLP), implementado em 2009, é uma das iniciativas mais amplas e ambiciosas no campo da saúde dentro da CPLP. Este programa foi desenhado com o objetivo de promover o fortalecimento dos sistemas de saúde dos países membros, particularmente nos países de menor desenvolvimento relativo, como Angola, Guiné-Bissau e Timor-Leste. O PECS-CPLP prioriza a transferência de tecnologia e o fortalecimento das capacidades locais em várias frentes, como a produção de medicamentos, a formação de recursos humanos e a melhoria das infraestruturas de saúde. Entre suas ações estão o envio de missões técnicas para capacitação de profissionais locais, a facilitação de parcerias para a produção local de medicamentos genéricos e o apoio ao desenvolvimento de laboratórios regionais. Dessa forma,

levantamento da cooperação em saúde brasileira com os PALOPs, realizada pela OMS em 2010, evidencia que entre 2006 e 2009, o volume de recursos de ajuda externa recebidos pelos PALOPs foi da ordem de USD 942 milhões, 90% dos quais para Moçambique, tendo os EUA e o Fundo Global como maiores doadores. A cooperação brasileira em saúde ainda é modesta em termos financeiros, mas existe grande expectativa de aumento em futuro próximo. Cerca de 31 projetos estão em andamento e as entrevistas com informantes-chave revela que a cooperação

brasileira em saúde é bem acolhida e vista de forma muito positiva pelos países receptores; a introdução de novas formas de trabalho e a difusão da experiência brasileira na construção de seu sistema de saúde está contribuindo para desafiar paradigmas tradicionais. Entretanto, a falta de um sistema de acompanhamento e monitoração dos projetos e de informações confiáveis em relação ao montante de recursos financeiros envolvidos coloca dúvidas sobre a sua efetividade (Russo *et al.*, 2011).

Um exemplo marcante é a cooperação entre o Brasil e Angola no desenvolvimento de uma fábrica de medicamentos genéricos em Luanda, capital de Angola. Este projeto, liderado pela Fiocruz e pelo governo angolano, busca capacitar Angola para a produção de medicamentos essenciais, reduzindo sua dependência de importações e aumentando o acesso a medicamentos acessíveis. A cooperação da CPLP tem se concentrado em questões de saúde que afetam desproporcionalmente os países africanos de língua portuguesa, como as doenças tropicais negligenciadas (DTNs), que incluem malária, dengue, hanseníase e esquistossomose.

Para o período de 1998 e 2018, a partir de dados de acordos internacionais do Ministério das Relações Exteriores e da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) do Ministério da Saúde, identificam-se 68 acordos internacionais na área da saúde, todos firmados entre 2000 e 2012, com 23 diferentes países africanos, incluindo Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Moçambique e São Tomé e Príncipe. Predominam os acordos firmados com os PALOP (38 no total), sendo que 30 estavam ainda vigentes em 2018. As áreas a que correspondem a maior parte desses documentos são as de HIV/AIDS, saúde pública, malária e doença falciforme. (Dias e Pimentel, 2020)

A transferência de tecnologia para o controle e tratamento dessas doenças tem sido um foco central da cooperação. Por isso, o Brasil com sua experiência na pesquisa e desenvolvimento de medicamentos para doenças tropicais, têm desempenhado um papel importante na transferência de tecnologia para os PALOP. Por exemplo, a Fiocruz tem colaborado com instituições de saúde em Moçambique para melhorar a capacidade de diagnóstico e tratamento da malária e da tuberculose, além de apoiar a pesquisa em vacinas para doenças tropicais. Assim,

O Brasil desenvolveu 48 projetos de cooperação técnica em saúde na África, sendo 32 com países lusófonos. Destaca-se a cooperação com Moçambique (17 acordos), envolvendo as áreas de HIV/AIDS, câncer, alimentação e nutrição, saúde bucal, saúde materno-infantil e regulação e produção de medicamentos. Nesse país, houve a implantação de uma fábrica de medicamentos, com investimentos de mais de R\$ 40 milhões, a construção de um banco de leite humano e do Centro de Lactação do Hospital Central de Maputo. Em São Tomé e Príncipe, destaca-se o projeto Apoio ao Programa de Luta contra a Tuberculose, com apoio financeiro da ABC e técnico do Ministério da Saúde. Em Cabo Verde há acordos nas áreas de HIV/AIDS, malária, vigilância sanitária, bancos de leite humano e atenção básica. Nesse país foi realizada a construção do primeiro banco de leite humano no continente africano, em 2011, no Hospital Agostinho Neto, na Praia, contribuindo para que se reduzisse a mortalidade infantil no país. Também se negocia a cooperação com Cabo Verde na

implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Com Guiné-Bissau há cinco acordos, nas áreas de HIV/AIDS, malária e saúde feminina. Com Angola foram firmados quatro acordos, com projetos concluídos de combate à malária, de formação de recursos humanos para o Hospital Josina Machel (com a participação triangular do Japão), de combate à doença falciforme e de um mestrado de Saúde Pública, com a participação da Fiocruz; desenvolve-se, ainda, um projeto de implantação de um banco de leite humano na Maternidade Lucrecia Paim, em Luanda. (Dias e Pimentel, 2020, p.10)

Além disso, Portugal através do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), também tem sido um parceiro-chave na capacitação de profissionais de saúde dos PALOP para o combate a essas doenças. O IHMT oferece programas de formação avançada para técnicos e gestores de saúde de países como Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe, com foco em vigilância epidemiológica e controle de vetores. Por isso,

Reconhecendo as ligações entre saúde e desenvolvimento e atentando que a saúde é um direito fundamental é obrigação do Estado, o propósito principal do Plano é fixado como “o aperfeiçoamento dos sistemas de saúde dos Estados membros da CPLP, de forma a garantir o acesso universal a serviços de saúde de qualidade”. As principais estratégias utilizadas são a capacitação de recursos humanos e a implementação de projetos estruturantes que reforcem a capacidade institucional dos sistemas de saúde. (Buss e Ferreira, 2010, p. 110)

No entanto, a CPLP oferece oportunidades promissoras para o futuro da cooperação em saúde, particularmente no contexto da cooperação Sul-Sul. A pandemia de COVID-19 destacou a importância de fortalecer os sistemas de saúde locais e de investir na produção local de insumos médicos e vacinas. Nesse sentido, a CPLP pode desempenhar um papel cada vez mais relevante na promoção de uma maior autonomia dos países membros em saúde.

O Brasil utilizou o *Soft Power* para estabelecer a transferência de conhecimento e o desenvolvimento de capacidades como pilares de sua diplomacia da saúde no âmbito da CPLP. Um dos principais exemplos dessa estratégia é o Programa de Apoio à Criação de Escolas de Saúde Pública nos Países da CPLP, que visa fortalecer a educação em saúde e capacitar recursos humanos locais para que possam atender as demandas internas de cada país. Por meio dessa iniciativa, o Brasil compartilhou sua expertise na área de saúde pública, promovendo intercâmbios entre universidades brasileiras e instituições de saúde dos países da CPLP, principalmente em Angola e Moçambique (Buss & Ferreira, 2010). Esse tipo de cooperação fortalece a imagem do Brasil como um ator solidário e comprometido com o desenvolvimento dos países lusófonos, o que é um exemplo típico de *Soft Power* na diplomacia da saúde. O país também incentivou a criação de redes de vigilância epidemiológica e de controle de doenças transmissíveis dentro da CPLP, especialmente com

países africanos, onde doenças infecciosas ainda representam desafios significativos. A participação brasileira na criação da Rede de Institutos Nacionais de Saúde Pública da CPLP reflete essa abordagem mais branda, promovendo o intercâmbio de práticas de vigilância e monitoramento de doenças como malária e tuberculose. Essa estratégia de fortalecimento da saúde pública local reforça o compromisso brasileiro com a justiça social e o acesso universal à saúde (Ventura, 2016).

O Brasil também aplicou o conceito de *Smart Power* na CPLP ao combinar a promoção de valores humanitários com a transferência de tecnologia e a criação de capacidades estratégicas. A Parceria para a Produção de Medicamentos em Moçambique é um exemplo concreto de *Smart Power* aplicado à diplomacia da saúde. Em parceria com o Fundo Global e com a Fiocruz, o Brasil contribuiu para o desenvolvimento de uma fábrica de antirretrovirais em Moçambique, permitindo ao país uma maior autonomia na produção de medicamentos essenciais para o tratamento do HIV/AIDS. Essa iniciativa não só fortalece o sistema de saúde local, mas também alinha os objetivos estratégicos do Brasil de promover a segurança sanitária na África Lusófona, ao mesmo tempo em que fortalece a interdependência entre esses países (Almeida, 2010). Além disso, o Brasil contribuiu com assistência técnica para a estruturação de laboratórios de controle de qualidade de medicamentos nos países da CPLP. Essas parcerias permitiram que as nações lusófonas desenvolvessem a capacidade de produzir e monitorar a qualidade de medicamentos locais, um aspecto crucial para garantir a segurança e a eficácia dos produtos disponíveis. Essa abordagem ajuda a reduzir a dependência de países africanos em relação aos mercados farmacêuticos estrangeiros e promove uma autonomia sanitária regional, alinhando-se aos princípios de *Smart Power* na diplomacia da saúde (Barboza *et al*, 2017).

As ações do Brasil na CPLP representam um exemplo abrangente do uso de *Soft e Smart Power* para promover a diplomacia da saúde por meio da transferência de tecnologia e do fortalecimento das capacidades locais. A ênfase em valores de solidariedade e justiça social, combinada com estratégias práticas de segurança sanitária e desenvolvimento de infraestruturas de saúde, fortalece a posição do Brasil como um líder na cooperação Sul-Sul e projeta uma imagem positiva no cenário global. Ao proporcionar meios para que os países lusófonos desenvolvam suas próprias soluções de saúde, o Brasil não só promove a autonomia sanitária regional, mas também reforça sua influência internacional de forma eficaz e inclusiva.

4.2.5. Mais Médicos: Mobilidade Internacional de Profissionais e Cooperação Sul-Sul

O programa Mais Médicos, lançado em 2013, foi uma política pública brasileira criada para suprir a carência de médicos em áreas remotas e vulneráveis do Brasil. Ele está inserido em uma estratégia maior de mobilidade internacional de profissionais e cooperação Sul-Sul, e reflete a busca do Brasil por promover o desenvolvimento através de parcerias internacionais, especialmente com países em desenvolvimento. O programa surgiu em resposta a uma crise de acesso à saúde em várias regiões do Brasil, particularmente em áreas rurais e periferias urbanas, onde a falta de médicos compromete a prestação de serviços de atenção básica. Para enfrentar esse desafio, o Mais Médicos foi desenhado com a Ampliação da formação de médicos no Brasil, Reforma e expansão da infraestrutura da saúde e Recrutamento de médicos estrangeiros. A mobilidade internacional de profissionais de saúde tem se tornado uma prática comum em muitos países que enfrentam escassez de mão de obra qualificada no setor de saúde. No caso do Mais Médicos, a mobilidade foi facilitada por acordos internacionais, que permitiram a entrada de milhares de médicos cubanos no Brasil.

Esse acordo com Cuba, mediado pela OPAS, foi essencial para o sucesso inicial do programa. Cuba já tinha uma longa tradição de exportação de médicos como parte de sua política de solidariedade internacional, enviando profissionais de saúde para países africanos, latino-americanos e caribenhos. Segundo Baggott e Lambie (2019), os médicos cubanos eram enviados como parte de uma estratégia de *soft power* cubano, promovendo laços diplomáticos e fortalecendo sua imagem como um país solidário e comprometido com a saúde global.

No Brasil, os médicos cubanos desempenharam um papel crucial ao preencher vagas em áreas que os médicos brasileiros tradicionalmente evitavam, como regiões rurais no Norte e Nordeste. Cerca de 80% dos médicos estrangeiros no programa eram cubanos, o que gerou controvérsias políticas internas, mas foi amplamente elogiado pelas populações atendidas, que pela primeira vez tinham acesso a médicos regularmente (ABRASCO, 2016).

O programa Mais Médicos foi um exemplo concreto de como a mobilidade de profissionais pode ser usada para atender demandas críticas de saúde em países de renda média e baixa. Ele também evidenciou os desafios e as oportunidades que surgem com a migração temporária de profissionais qualificados, tanto para os países que recebem (Brasil) quanto para os que enviam (Cuba). Em muitos casos, os médicos cubanos viam o programa como uma oportunidade de melhorar sua qualidade de vida e de obter experiência

internacional, ao mesmo tempo que ajudavam a suprir a demanda de saúde no Brasil . A parceria com Cuba foi uma das manifestações mais visíveis de cooperação Sul-Sul na saúde. A ilha é reconhecida por seu sistema de saúde robusto e por sua tradição de exportar médicos, tornou-se um parceiro estratégico para o Brasil. A OPAS desempenhou um papel de facilitador, garantindo que a cooperação estivesse alinhada com os padrões internacionais de saúde pública. Essa parceria foi vista como benéfica para ambos os países porque Cuba conseguiu manter uma de suas principais exportações enquanto o Brasil atendeu uma necessidade crítica de serviços de saúde . De acordo com Almeida (2010), o acordo entre Brasil e Cuba é um dos mais importantes exemplos de cooperação Sul-Sul na área da saúde, onde o know-how cubano foi aplicado de maneira eficaz em um contexto brasileiro com grandes desigualdades regionais .

Além de preencher a carência de médicos, o programa contribuiu para a transferência de conhecimento e melhores práticas de atenção primária entre os médicos cubanos e brasileiros. Muitos médicos cubanos trouxeram consigo uma abordagem preventiva à saúde, com ênfase em visitas domiciliares e atenção básica, o que se alinha ao modelo de saúde adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (Silva, 2017). Também contribuiu para a discussão global sobre a migração de profissionais de saúde e os desafios que envolvem a "fuga de cérebros" (brain drain) nos países em desenvolvimento. Ao contrário de muitos casos de migração de profissionais, onde os países em desenvolvimento perdem seus talentos para nações mais ricas, o Mais Médicos foi uma tentativa de utilizar a mobilidade de médicos como uma estratégia de desenvolvimento, beneficiando tanto o Brasil quanto Cuba.

Médicos cubanos servem aos pobres em áreas em que médicos locais jamais trabalhariam, fazem do atendimento domiciliar uma parte da rotina das suas práticas médicas, vivem nas redondezas e estão disponíveis 24 horas por dia sem cobranças. Isso muda a natureza da relação médico-paciente e as expectativas dos pacientes dos países que recebem [médicos cubanos]. Como resultado, a presença de médicos cubanos vem forçando um reexame dos valores sociais e, em alguns casos, a estrutura e o funcionamento dos sistemas de saúde e mesmo a profissão médica nos países para os quais eles são enviados e atuam (Feinsilver, 2010, p. 12).

Fundada em 1902 como a "Oficina Sanitária Internacional", a OPAS foi inicialmente concebida para combater doenças infecciosas que atravessavam fronteiras no hemisfério ocidental, como a febre amarela e a varíola. Com o tempo, a OPAS ampliou sua agenda, abordando não apenas as doenças transmissíveis, mas também questões de saúde pública relacionadas à nutrição, saneamento básico e fortalecimento dos sistemas de saúde. A

organização tornou-se o braço regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1949, reforçando sua autoridade e ampliando sua atuação em políticas de saúde global.

O Brasil se integrou formalmente à OPAS em 1929, e desde então tem exercido uma influência crescente, tanto por sua dimensão geopolítica e populacional no continente quanto por sua capacidade de implementar políticas de saúde pública inovadoras, como o Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988. Assim, o país tem sido um dos principais atores dentro da OPAS, destacando-se em áreas como a cooperação técnica, a formulação de políticas de saúde pública e a promoção da diplomacia sanitária regional (Cueto, 2007). As contribuições brasileiras para a OPAS refletem tanto sua experiência interna na implementação de políticas de saúde quanto seu papel como líder em iniciativas de cooperação Sul-Sul.

(...) os âmbitos de atuação e os cenários institucionais entre a OPAS e o governo brasileiro ampliaram-se sensivelmente, refletindo as especificidades dos temas de saúde na nova agenda da política externa e da diplomacia ... A OPAS/OMS tem acordado com o país a responsabilidade de atuar como instância estratégica de mediação e catalisadora das possibilidades de cooperação, assim como instância de acompanhamento de iniciativas ... [mobilizando] redes colaborativas e [promovendo] a sua articulação ... na América do Sul e África (Pires-Alves *et al*, 2010: 76).

Uma das principais formas pelas quais o Brasil tem contribuído para a OPAS é por meio da cooperação técnica com outros países da América Latina e Caribe. O país tem oferecido expertise em diversas áreas da saúde pública, como a atenção primária, combate a doenças transmissíveis, e políticas de imunização. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Brasil, por exemplo, foi utilizado como modelo por outros países da região, com apoio da OPAS para replicar suas práticas bem-sucedidas. De acordo com Buss e Ferreira (2010), a OPAS tem facilitado a difusão de experiências brasileiras em políticas de saúde, como o controle da tuberculose e o combate à malária, tornando o Brasil uma referência regional em saúde pública.

A universalidade do SUS, que garante o acesso gratuito a serviços de saúde para toda a população, foi um marco na América Latina, e a OPAS tem promovido o modelo brasileiro como uma forma de alcançar a cobertura universal de saúde em outros países. De acordo com Cueto (2015), o SUS tem sido um exemplo de como sistemas de saúde públicos podem ser eficazes em um contexto de alta desigualdade social, servindo como referência para o fortalecimento de sistemas similares em países da América Latina.

Além disso, o Brasil participou ativamente na elaboração de políticas de controle de doenças não transmissíveis, como o tabagismo e a obesidade, fortalecendo a agenda da OPAS em áreas críticas de saúde pública. A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS, por exemplo, foi amplamente apoiada e implementada pelo Brasil, que utilizou a OPAS como uma plataforma para difundir essas práticas em outros países das Américas .

No entanto, os desafios econômicos e políticos enfrentados pelo Brasil nas últimas décadas colocam em risco sua capacidade de continuar exercendo esse papel com a mesma eficácia. Ainda assim, o legado do Brasil na OPAS, especialmente no fortalecimento dos sistemas de saúde e na promoção de políticas de saúde universal, continua sendo uma referência importante para o futuro da saúde pública nas Américas.

O Brasil utilizou o *Soft Power* no Mais Médicos ao promover a saúde como um direito humano fundamental e ao demonstrar solidariedade para com regiões carentes de profissionais de saúde. A parceria com Cuba foi emblemática nessa perspectiva, pois o programa trouxe milhares de médicos cubanos para trabalhar em regiões remotas do Brasil, onde profissionais brasileiros muitas vezes não estavam disponíveis ou não tinham interesse em atuar. Essa cooperação não apenas reforçou os laços entre Brasil e Cuba, mas também consolidou uma imagem positiva do Brasil como país que promove a justiça social e o bem-estar de sua população, alinhando-se aos princípios de *Soft Power* (Ventura, 2016). A mobilidade internacional de médicos permitiu que o Brasil fortalecesse a cooperação Sul-Sul, criando um espaço de troca de conhecimentos e práticas médicas que beneficiou tanto o país quanto seus parceiros. Além disso, o programa promoveu uma percepção internacional positiva da diplomacia de saúde brasileira ao demonstrar a capacidade do país de se envolver em projetos de cooperação humanitária. O Mais Médicos, ao garantir a presença de profissionais em comunidades isoladas, representou um compromisso com a saúde global e o desenvolvimento social, reforçando o *Soft Power* do Brasil e seu papel como líder em iniciativas de saúde pública inclusivas (Buss & Ferreira, 2010).

O Mais Médicos possibilitou que o Brasil utilizasse sua diplomacia de saúde para fortalecer a posição geopolítica do país no Sul Global. Além disso, o programa incentivou a ampliação de práticas de saúde comunitária e o fortalecimento dos sistemas de atenção básica em outros países parceiros. Ao apoiar a formação de profissionais estrangeiros em medicina e ao promover a troca de experiências, o Brasil investiu no desenvolvimento de capacidades

locais e no fortalecimento dos sistemas de saúde de seus parceiros, promovendo uma cooperação de longa duração e efeitos estruturantes (Buss & Fonseca, 2018). Essas ações são um exemplo do *Smart Power* brasileiro, que combina uma abordagem de apoio técnico com objetivos de fortalecimento da autonomia dos sistemas de saúde dos países do Sul.

O Mais Médicos é uma das iniciativas mais representativas da diplomacia da saúde brasileira, exemplificando o uso de *Soft Power* para promover valores de equidade e acesso à saúde e de *Smart Power* para alcançar objetivos estratégicos na cooperação Sul-Sul. A mobilidade internacional de profissionais e a colaboração com países como Cuba consolidaram a imagem do Brasil como um líder em saúde pública e cooperação humanitária, reforçando seu papel no cenário global. O programa destaca a capacidade do Brasil de articular sua diplomacia de saúde para promover a justiça social e o desenvolvimento de capacidades locais, criando um modelo de cooperação que pode inspirar outras iniciativas de saúde no Sul Global.

4.2.6. Contexto Global e Nacional da Compra de Insulinas Chinesas

A compra de insulinas²⁰ chinesas pelo governo Lula está inserida em um contexto mais amplo de diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul, abordagens que têm sido centrais para a política externa brasileira nas últimas décadas. O Brasil, como uma potência regional, historicamente buscou diversificar suas parcerias internacionais em diversas áreas, incluindo a saúde, a fim de garantir o acesso a medicamentos essenciais e fortalecer sua capacidade de atender às demandas de saúde da população (Buss e Faid, 2013). Esse acordo para a aquisição de insulinas fabricadas na China reflete a estratégia do Brasil de diversificar suas fontes de abastecimento de medicamentos essenciais, alinhada com sua diplomacia multilateral e com o fortalecimento da cooperação com países em desenvolvimento (BRASIL, 2023). Essa iniciativa pode ser identificada como um exemplo do uso de parcerias estratégicas no setor da saúde como ferramenta de política externa e de desenvolvimento interno.

Historicamente, o Brasil dependia principalmente de empresas farmacêuticas ocidentais para o fornecimento de insulina. No entanto, essa dependência apresentava

²⁰ O diabetes é uma das principais causas de mortalidade e morbidade no Brasil. Estima-se que cerca de 16 milhões de brasileiros convivem com a doença, e muitos dependem de insulina para controlar os níveis de glicose no sangue. A insulina é, portanto, um medicamento vital, e a oferta adequada desse insumo é uma questão de saúde pública.

desafios, como os altos custos dos medicamentos e a vulnerabilidade a interrupções na cadeia de suprimentos. Essa vulnerabilidade foi acentuada durante a pandemia de COVID-19, quando a distribuição global de medicamentos essenciais foi afetada. O risco de desabastecimento de insulina no SUS levou o Ministério da Saúde a buscar alternativas emergenciais (SBD, 2023). Nesse contexto, a diversificação das fontes de insulina, incluindo a China, se tornou uma estratégia crucial. A China tem se destacado como um grande produtor de medicamentos genéricos e insumos farmacêuticos, e a cooperação com o país permitiu ao Brasil garantir o acesso contínuo à insulina a preços mais acessíveis, aliviando a pressão sobre o sistema de saúde pública (SBD, 2023).

O Memorando de Entendimento assinado entre Brasil e China para a compra de insulinas chinesas representa um exemplo de cooperação Sul-Sul, no qual dois países em desenvolvimento trabalham juntos para resolver desafios comuns, como o acesso a medicamentos essenciais. Conforme argumenta Santana (2011), a cooperação Sul-Sul no setor de saúde não só contribui para a redução das disparidades globais de acesso a medicamentos, mas também fortalece as capacidades nacionais de saúde em ambos os lados da parceria.

Além disso, a parceria com a China permitiu ao Brasil aumentar sua autonomia no setor farmacêutico, um dos objetivos centrais da política de saúde externa do país. Como aponta Buss e Tobar (2019), ao diversificar seus parceiros comerciais no setor de saúde, o Brasil reduz sua dependência de grandes indústrias farmacêuticas ocidentais e abre espaço para negociações mais equilibradas, aumentando sua capacidade de adquirir medicamentos a preços mais baixos. Nesse viés,

As relações comerciais entre Brasil e China demonstraram ser altamente dinâmicas ao longo dos últimos dezoito anos, configurando-se como uma das relações mais importantes entre países emergentes no cenário mundial atual, conforme apontado pelo diplomata chinês Qu Yuhui, ministro conselheiro da Embaixada da República Popular da China no Brasil (Yuhui, 2021).

Ainda assim, o Brasil tem buscado, por meio de parcerias como essa, melhorar sua infraestrutura de pesquisa e desenvolvimento em biotecnologia. A insulina é um medicamento biotecnológico, e a capacidade de produzi-la localmente representa um passo importante para o Brasil em direção à autossuficiência na produção de medicamentos de alta complexidade.

A compra de insulinas chinesas pelo governo Lula é um exemplo significativo de como a diplomacia da saúde e a cooperação Sul-Sul podem ser utilizadas para resolver

desafios críticos de saúde pública. Ao fortalecer sua parceria com a China, o Brasil conseguiu garantir o acesso a insulinas a preços mais acessíveis, ao mesmo tempo em que abriu caminho para o desenvolvimento de capacidade local de produção de medicamentos biotecnológicos. No entanto, o sucesso dessa iniciativa depende da capacidade do Brasil de equilibrar a cooperação internacional com o fortalecimento de sua própria indústria farmacêutica. A compra de insulinas chinesas²¹ deve ser vista como uma parte de uma estratégia mais ampla de saúde pública, que busca tanto garantir o acesso imediato a medicamentos essenciais quanto desenvolver a capacidade de produzir esses medicamentos localmente no futuro.

Do ponto de vista das teorias de *Soft e Smart Power*, a aquisição de insulinas chinesas pelo Brasil é uma decisão estratégica que fortalece os laços bilaterais e reforça a presença do Brasil no cenário global como um defensor de práticas colaborativas em saúde. Ao expandir suas relações com a China na área de saúde, o Brasil demonstra o valor da cooperação e da solidariedade na promoção do acesso a medicamentos essenciais, projetando uma imagem de país comprometido com o fortalecimento da saúde global e da cooperação Sul-Sul. Por isso, a compra de insulina chinesa também é uma forma de *Smart Power*, pois combina a estratégia de diversificação do fornecimento com a promoção de parcerias internacionais que garantem segurança sanitária. Essa parceria fortalece a posição brasileira, permitindo ao país reduzir sua vulnerabilidade a crises externas e aumentar sua autonomia na gestão de insumos de saúde (Ventura, 2016). Além disso, a parceria com a China aumenta a margem de negociação do Brasil em suas relações com fornecedores tradicionais, criando um sistema de abastecimento mais resiliente e multifacetado, um princípio-chave do *Smart Power*.

Portanto, a compra de insulinas chinesas pelo governo brasileiro em 2023 exemplifica o uso estratégico do *Soft e Smart Power* na diplomacia da saúde, ao garantir o fornecimento contínuo de insulina para a população e fortalecer as relações de cooperação Sul-Sul. Esta parceria reflete o compromisso do Brasil com o acesso universal à saúde e com a diversificação das fontes de suprimentos, o que diminui a vulnerabilidade nacional e fortalece a resiliência do sistema de saúde. A parceria com a China representa uma diplomacia de saúde que não apenas melhora o atendimento local, mas também promove o Brasil como um

²¹ A compra emergencial de insulina chinesa gerou debates sobre a qualidade e a segurança do produto. A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) expressou preocupações sobre a falta de registro da insulina no Brasil, o que pode indicar a ausência de controle de qualidade e segurança adequados. No entanto, a Anvisa autorizou a importação com base na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 203/2017, que permite a importação de produtos com registro em renomadas agências internacionais de vigilância sanitária

modelo de cooperação solidária e independente, ao mesmo tempo em que contribui para a segurança sanitária regional.

4.3 PANDEMIAS MUNDIAIS E AS CONSEQUÊNCIAS NO SISTEMA INTERNACIONAL

As pandemias exercem um papel disruptivo e transformador através da exposição das fragilidades e incentivo a reformas na governança global. Por isso, historicamente, a Peste Negra que ocorreu entre os séculos XIV e XV mostra como uma emergência sanitária causou declínios populacionais massivos que transformaram a ordem social e econômica da Europa, que era o “centro” do mundo, gerou implicações no mercado de trabalho e na distribuição de posses e poderes. Segundo Cueto (2007), a Peste Negra alterou a hierarquia de poder e incentivou uma maior urbanização. Além disso, causou uma expansão mercantilista que indiretamente passou a moldar o Sistema Internacional com a criação de novas rotas de comércio e conexões entre estados.

A ideia de emergência trazida pelo conceito de “saúde global” permeia não apenas o risco de infecção e o risco pandêmico, além deles existe uma forte preocupação com uma possível escassez dos profissionais da saúde, impactos no comércio e na economia, implicações relativas à propriedade intelectual, a repercussão das mudanças climáticas sobre a saúde, questões de migrações se somam a problemática. (Rolim, 2021, p.420)

Mais adiante, surge a emergência da Gripe Espanhola (1918-1919), que ocorreu no período pós-Primeira Guerra Mundial, trazendo impactos ainda mais devastadores, estima-se aproximadamente 50 milhões de mortes. Por assim dizer, a crise reforçou a necessidade de cooperação entre os Estados para conter tal ameaça, o que fez com que fosse um importante passo no fortalecimento de instituições que regulassem as governanças, como a Liga das Nações. Portanto, essa pandemia ajudou a consolidar a ideia de saúde como um problema que deve ser tratado para além das fronteiras e impactam a estabilidade internacional.

Ainda assim, essa construção foi gradual e não cessou o surgimento de novas pandemias que abalaram o sistema. A varíola, por exemplo, foi uma das crises sanitárias mais mortais da história, causando milhões de mortes ao longo dos séculos. Em resposta, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou em 1967 um programa de erradicação que obteve sucesso, que mais tarde serviria como referência em saúde global. Tal esforço apresenta-se como um marco da cooperação internacional, já que envolveu estados, organizações de saúde e comunidades em geral com o desenvolvimento de métodos de

vacinação em massa atrelado a vigilância epidemiológica com maior rigor. Assim, torna-se possível afirmar que esse modelo de resposta inspirou futuras estratégias de combate a doenças infecciosas, como o caso do Ebola e Covid-19. Segundo Cueto (2007), o sucesso na erradicação da varíola mostrou que a cooperação multilateral era não apenas possível, mas necessária para eliminar ameaças globais à saúde pública.

Dessa forma, o HIV/AIDS, reconhecido em 1980, passou a revelar ainda mais profundas desigualdades nas respostas de saúde pública e um gigantesco problema na distribuição de medicamentos. Foi a partir dessa pandemia que surgiu o conceito de “segurança humana”, mais tarde incorporado nas discussões do Conselho de Segurança da ONU. Como resultado, houve a criação de instituições de financiamento global para a saúde, como o Fundo Global para Combate à AIDS, Tuberculose e Malária (2002). Tal que, esse avanço evidenciou ainda mais a necessidade da perspectiva mais global da saúde, ou seja, que desse um foco maior na dignidade humana e nos direitos à saúde especialmente nos países menos desenvolvidos. Por isso, de acordo com Cueto (2015), o HIV/AIDS alterou a forma como o Sistema Internacional aborda a saúde pública, promovendo uma visão de longo prazo para lidar com pandemias e integrar o direito à saúde como aspecto fundamental do desenvolvimento sustentável.

A pandemia de influenza H1N1 de 2009 reforçou ainda mais a explanação das vulnerabilidades do sistema no desenvolvimento de respostas rápidas assim como o papel de um sistema de vigilância das governanças. Embora o H1N1 não tenha atingido a letalidade esperada, como os outros já citados, revelou a dependência extrema dos países em relação à OMS e as organizações para o compartilhamento de dados epidemiológicos com o desenvolvimento de vacinas mais rapidamente.

Em março de 2009, autoridades sanitárias mexicanas identificaram um surto causado pelo H1N1 - uma nova cepa do vírus Influenza A, responsável por causar pandemia de gripe espanhola que assolou o mundo entre os anos de 1918 e 1920. A doença foi designada como "gripe A", "gripe mexicana" ou "gripe suína" (por conter ARN típico de vírus suínos). O surto logo evoluiu para epidemia e começou a se espalhar pelo mundo, atingindo sobretudo a América do Norte, a Europa e a Oceania. Em abril de 2009, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou a epidemia como "emergência de saúde pública de âmbito internacional". Dois meses depois, com a doença se espalhando por 75 países em todos os continentes, a OMS decretou estado de pandemia. A doença chegou ao Brasil em maio de 2009, concentrando-se a princípio nas regiões Sul e Sudeste, mas logo se espalhou pelo país. (FIOCRUZ, 2021)

Assim, este foi um episódio que marca o termo “diplomacia da saúde” já que exigiu um rápido compartilhamento de informações científicas e ajudou a consolidar o Regulamento Sanitário Internacional (RSI)²² de 2005, que foi revisado após o SARS (2003). Por isso, Buss e Tobar (2019) afirmam que o H1N1 destacou os limites e a necessidade de fortalecimento da OMS como autoridade maior na saúde global.

Em um contexto mais regional, surge o surto do Ebola no continente africano em 2014-2016. Este foi um marco crucial para expandir a compreensão de segurança regional, porque com uma disseminação rápida do vírus e um alto índice de letalidade demandam respostas eficientes ainda mais velozes que, inicialmente, se mostraram ineficientes, como uma clara falta de infraestrutura interna e externa para lidar com uma crise sanitária e ainda mais numa região mais vulnerável.

A epidemia do Ebola foi considerada uma ameaça à paz e à segurança mundiais pelo Conselho de Segurança e pela Assembleia das Nações Unidas (ONU). Através disso, em setembro de 2014, o Secretário Geral da ONU criou a primeira missão sanitária de urgência da história, a Missão das Nações Unidas para a Ação de Urgência Contra o Ebola (MINAUCE). Com isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi destituída da questão de autoridade e coordenação das questões de saúde internacional, posto que ocupava desde 1946, atribuída na época através de consenso entre os Estados-Membros por meio de sua Constituição. A decisão de destituição da OMS como autoridade da saúde foi tomada por meio de um consenso na demora das respostas da OMS frente às crises, ao subfinanciamento crônico da organização, a falta de confiança na organização que por sua vez torna os investimentos escassos. Podemos observar que tais elementos apontam para um desgaste da OMS e do RSI, e o incremento da segurança na questão da saúde fez com que o multilateralismo entrasse em erosão, pois como a OMS não é mais confiável e foi destituída pela ONU de sua posição de autoridade em questões de saúde, os países iniciaram ações unilaterais para lidar com o problema, causando um sentimento de hostilidade em relação a OMS. (Rolim, 2021, p.425)

O caso do ebola levou ao desenvolvimento de novos protocolos e ações de emergência, e trouxe à tona questões sobre contenção e mobilização de recursos em tempo real, levando a OMS a reformular seus planos de contingência. O surto também intensificou a noção de que epidemias podem desestabilizar regiões inteiras, apontando para a interdependência entre estabilidade política e saúde pública.

Nesse contexto surge então a pandemia do Zika vírus, que atingiu especialmente a América Latina e o Caribe entre 2015-2016, trazendo repercussões importantes para saúde

²² A Organização Mundial da Saúde (OMS) é responsável pela liderança e pela implementação efetiva de todas as medidas trazidas pelo International Health Regulations (IHR), que é o Regulamento Sanitário Internacional (RSI). O RSI é um tratado da OMS globalmente reconhecido com 196 Estados Parte, trata-se de uma estrutura governamental para segurança da saúde global, que traz reformas operacionais e desenvolve iniciativas em torno do tema, cuja supervisão ocorre por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS). (Rolim, 2021, p.424)

pública e política internacional. O Zika vírus foi inicialmente identificado em macacos na África na década de 1940 e permaneceu relativamente desconhecido até que surtos ocorreram nas ilhas do pacífico em 2007 e 2013. No entanto, foi em 2015 que o vírus ganhou atenção global ao atingir o Brasil e outros países latino-americanos. A rápida disseminação do Zika foi associada ao aumento dos casos de microcefalia e outras complicações neurológicas em recém-nascidos, ligadas à infecção em mulheres grávidas (Ribeiro, 2016). Este vínculo inédito entre um arbovírus e graves complicações congênitas fez da epidemia um evento de saúde global, levando a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional em 2016.

Por isso, a resposta internacional ao Zika mostrou os desafios de uma ação coordenada em situações emergentes de saúde pública que envolvem regiões de alta vulnerabilidade. A epidemia evidenciou a falta de um sistema robusto de resposta rápida para doenças transmitidas por vetores, como o mosquito *Aedes aegypti*, e destacou a necessidade de investimentos contínuos em infraestrutura de saúde, vigilância e controle de vetores. A OMS e outras organizações internacionais, em conjunto com governos nacionais, iniciaram esforços para fortalecer a vigilância epidemiológica e promover campanhas de controle de mosquitos. No entanto, como aponta Ribeiro (2016), a resposta ao Zika foi limitada por fatores como a falta de financiamento adequado e a dependência de países afetados para implementar medidas de controle em condições de desigualdade econômica.

O impacto da pandemia de Zika estendeu-se para além das fronteiras da América Latina, ao afetar o turismo, especialmente em regiões tropicais, e ao gerar preocupações globais sobre a disseminação do vírus para outras regiões por meio de viagens internacionais. A epidemia também resultou em colaborações científicas e desenvolvimentos importantes na pesquisa sobre vacinas e terapias antivirais. No entanto, o Zika também mostrou as limitações do Sistema Internacional em oferecer respostas rápidas e efetivas para doenças negligenciadas, que afetam de maneira desproporcional regiões menos favorecidas.

Em tempos recentes, fomos expostos a mais uma crise geral de saúde, que abalou não só o sistema internacional, mas o mundo e suas comunidades, mostrou a clara fragilidade de tudo diante da disseminação de um vírus mortal. A COVID não apenas expôs a debilidade das cadeias globais de suprimentos, como também trouxe uma crise de confiança nas instituições multilaterais. Além dos desafios de saúde pública, a pandemia desencadeou tensões

comerciais e diplomáticas severas, levando a medidas de fechamento de fronteiras e aumento do protecionismo. Ademais, estimulou esforços multilaterais como o ACT-A e o COVAX, mas também ressaltou as rivalidades entre as potências e a fragmentação no Sistema Internacional. Esse cenário de devastação reforçou a necessidade de fortalecimento das estruturas de cooperação global em saúde na implementação de sistemas equitativos para acesso a insumos essenciais e atendimento ágil, além de revelar que o pensamento sobre saúde global deve levar em conta o longo prazo, ou seja, futuras crises podem surgir mas o efeito pode ser menor. Por isso,

O cenário atual apresenta um paralelo muito parecido com o início do século XX, pode-se afirmar que o cenário de pandemia está se repetindo, dando espaço também a uma disputa pela liderança sistêmica. A preponderância dos Estados Unidos sob sistema internacional sempre foi muito evidente, apesar de ter se enfraquecido após o 11 de setembro, eles ainda se mantêm com uma certa liderança à frente. Porém, agora, temos outros atores emergindo de uma forma muito mais clara e evidente, como é o caso da China, e a pandemia do coronavírus dá a entender que a sua diferença na disputa pela hegemonia e pela liderança com os EUA, pode se encurtar. Mesmo que as coisas voltem ao normal pós pandemia, as mesmas potências não voltarão a exercer sua liderança da mesma forma. Modificações estão acontecendo e essa é uma temática de grande preocupação. A pandemia é uma espécie de uma lupa, ela escancarou um conjunto de vulnerabilidades dos países, inclusive a capacidade de muitos Estados em ofertarem para a sua população requisitos mínimos de segurança e defesa e essa capacidade de defesa dos Estados – de projeção do seu poder, da sua influência internacional – está muito associado ao sistema produtivo nacional. Neste momento existe uma brutal assimetria entre as capacidades produtivas, as capacidades nacionais de defesa dos Estados, e esse cenário não é novo. Os sistemas produtivos, assim como a geopolítica da nação, não sofrem transformações abruptas, trata-se de um movimento lento e muito revelador de tendências futuras. (Rolim, 2021, p.431)

A história das pandemias revela que essas crises são catalisadores de mudança, acelerando processos de transformação no Sistema Internacional. Das pandemias históricas às contemporâneas, elas pressionaram estados a cooperarem, mesmo em contextos de rivalidade geopolítica, e evidenciaram a necessidade de um sistema de saúde global resiliente. No entanto, a repetição de problemas estruturais – como desigualdade no acesso a tratamentos e a concentração de poder em algumas nações – sugere que ainda há desafios significativos para um Sistema Internacional verdadeiramente colaborativo e eficaz.

Durante as pandemias, os países que respondem com políticas de apoio humanitário e distribuição de vacinas e insumos médicos, como a China, EUA e Cuba, utilizam o *Soft Power* para construir uma imagem positiva no cenário internacional, evidenciando um compromisso com o bem-estar global. De acordo com Ventura (2020), "a diplomacia da saúde pode funcionar como uma ponte de aproximação entre nações, facilitando a superação de

barreiras políticas através da solidariedade na saúde" (Ventura, 2020, p. 58). Por assim dizer, com a pandemia de COVID-19, por exemplo, países que forneceram vacinas, equipamentos de proteção individual e compartilharam dados científicos obtiveram influência diplomática significativa. O conceito de *Soft Power*, portanto, permite a um país construir uma imagem de parceiro responsável, disposto a compartilhar seus recursos e conhecimentos para enfrentar desafios globais.

Durante a crise do Ebola, por exemplo, países como os Estados Unidos utilizaram uma abordagem de *Smart Power* ao combinarem ações humanitárias com apoio financeiro, treinamento local e presença militar para controlar o surto na África Ocidental, consolidando sua liderança e influência regional. Por isso, o uso do *Smart Power* nas pandemias mais recentes se traduziu, também, no compartilhamento de tecnologia e no financiamento para o fortalecimento de sistemas de saúde em países em desenvolvimento. Buss e Fonseca (2018) destacam que

o investimento no fortalecimento dos sistemas de saúde locais é um exemplo de *Smart Power* na diplomacia da saúde, onde o apoio técnico gera benefícios tanto para o país que recebe quanto para o doador, contribuindo para a segurança sanitária global (Buss & Fonseca, 2018, p. 239).

Portanto, essa estratégia é fundamental para criar capacidades autossustentáveis, consolidando a imagem de um país como colaborador comprometido com o desenvolvimento e resiliência dos seus parceiros internacionais. O uso das teorias de *Soft e Smart Power* na diplomacia da saúde não é isento de desafios, especialmente em um contexto de crescentes desigualdades e nacionalismos. A pandemia de COVID-19 evidenciou essas dificuldades, com disputas por vacinas e insumos médicos, que dificultaram a cooperação internacional e ressaltaram a necessidade de estruturas mais sólidas de governança em saúde global. Assim, a construção de sistemas de saúde resilientes e de confiança entre os países, promovida por estratégias de *Smart Power*, pode ajudar a preparar o sistema internacional para lidar com crises sanitárias futuras e promover uma resposta verdadeiramente colaborativa.

4.4 FATORES DE INFLUÊNCIA PARA A SAÚDE INTERNACIONAL

A saúde internacional é influenciada por uma complexa interação de fatores sociais, econômicos, políticos e ambientais, que afetam não apenas os sistemas de saúde nacionais, mas também o Sistema Internacional como um todo. Estes fatores determinam a capacidade

dos países de prevenir, controlar e responder a crises de saúde e são fundamentais para entender os desafios enfrentados em um cenário cada vez mais globalizado. Por assim dizer,

Os países de renda baixa e média compunham 80% das mortes por doenças crônicas. Ainda segundo a OMS, as taxas de mortalidade por doenças crônicas (respiratórias, cardiovasculares, além de câncer e diabetes) são consideravelmente mais elevadas em países da África, do Caribe, da Europa Oriental (ou Europa do Leste) e até mesmo no BRICS (Brasil, Federação Russa, Índia, China e África do Sul). Enquanto a taxa média mundial é de 19,4%, em Serra Leoa chega a 27,5% e na África do Sul a 26,8%. Nas Américas, as taxas mais elevadas são da Guiana (28,4%), de Trindade e Tobago (26,2%) e do Haiti (23,9%). Na Europa destacam-se países do Leste, como Bielorrússia com 26,2%, Sérvia com 24,5%, Hungria com 24%, e a Federação Russa (29,9%) (WHO World Health Statistics, 2016a)

Um desses fatores primordiais na saúde internacional é a desigualdade sócio-econômica, que afeta o acesso e a qualidade dos serviços de saúde em diferentes regiões do mundo. Como delimitado nos tópicos anteriores, países de baixa e média renda enfrentam maiores dificuldades para oferecer serviços, uma situação que impacta diretamente a saúde global ao facilitar a disseminação de doenças infecciosas e ao dificultar o combate a enfermidades crônicas. Lima (2017) aponta que a disparidade entre sistemas de saúde se traduz em um ciclo de vulnerabilidade para doenças, onde populações de países em desenvolvimento sofrem as consequências de um financiamento inadequado e de infraestrutura de saúde precária. Essas desigualdades são reforçadas pelo financiamento insuficiente e por políticas de austeridade, que limitam ainda mais a capacidade dos estados de responder adequadamente a crises de saúde, como a pandemia de COVID-19 evidenciou em 2020. Por isso,

A globalização altera, também, nossa percepção de tempo, conectando a nossa vida cotidiana com acontecimentos em outras partes do planeta. Modifica também nossa percepção cognitiva de como vemos e entendemos a nós mesmos e o mundo que nos cerca, permitindo a solidariedade com o *outro* no mundo (Fortes e Ribeiro, 2014)

Como consequência, as condições ambientais, incluindo mudanças climáticas e desastres naturais, desempenham um papel cada vez mais significativo na saúde internacional. As alterações climáticas estão ligadas ao aumento na incidência de doenças transmitidas por vetores, como malária e dengue, e ao deslocamento de populações que fogem de regiões devastadas por desastres, agravando a crise de saúde em áreas já sobrecarregadas. Como observado por Ribeiro (2016), a degradação ambiental e o aumento da temperatura global alteram os padrões de transmissão de doenças e expandem a área geográfica de vetores como o *Aedes aegypti*, que carrega doenças como o Zika, a dengue e a chikungunya. Além disso, o impacto das mudanças climáticas na segurança alimentar e no acesso à água potável contribui

para a desnutrição e a propagação de doenças relacionadas à higiene precária. Estudos como o de Helena Ribeiro (2016) mostram que as crises hídricas em regiões vulneráveis afetam diretamente a saúde pública, elevando os casos de doenças infecciosas e parasitárias e comprometendo a sustentabilidade dos sistemas de saúde locais.

A globalização e o aumento da mobilidade humana facilitam a disseminação de doenças infecciosas, o que impõe desafios significativos ao Sistema Internacional para conter surtos e pandemias. As redes de comércio e turismo globalizados tornaram a contenção de doenças mais complexa, e a disseminação rápida de patógenos, como ocorreu com a COVID-19, revelou a vulnerabilidade dos sistemas de saúde frente a uma mobilidade global sem precedentes. Como discutido por Cueto (2015), a interconectividade global aumenta o risco de transmissão transfronteiriça, demandando maior cooperação entre países para desenvolver estratégias de controle de doenças e protocolos de resposta emergencial. Além disso, a migração forçada por conflitos, perseguições ou mudanças climáticas também afeta a saúde pública, pois migrantes e refugiados geralmente enfrentam condições de vida precárias, que aumentam o risco de surtos de doenças.

A saúde internacional é também influenciada por questões geopolíticas, que podem tanto facilitar quanto dificultar a cooperação entre estados. A soberania em saúde torna-se um tema central quando as nações priorizam políticas de saúde interna em detrimento de uma cooperação internacional mais ampla. Essa resistência pode ser observada em crises como a pandemia de COVID-19, quando alguns países preferiram manter suas reservas de vacinas, dificultando o acesso de nações de baixa renda a imunizações. Segundo Ribeiro (2016), a disputa geopolítica e a competição por recursos essenciais resultam em desigualdade na distribuição de insumos médicos e destacam a necessidade de reformar as normas internacionais para garantir um acesso mais equitativo.

A governança global desempenha um papel fundamental para enfrentar desafios de saúde que transcendem fronteiras, como pandemias, resistência antimicrobiana e mudanças climáticas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e outras organizações internacionais são responsáveis por coordenar ações e fornecer diretrizes para que os países possam responder de forma eficaz a crises de saúde. No entanto, a eficácia dessas organizações é frequentemente limitada pela falta de autoridade vinculante e pela dependência do financiamento dos estados-membros, que afeta sua capacidade de agir. Por isso, Helena Ribeiro argumenta que a

OMS é fundamental na governança da saúde internacional, mas enfrenta desafios que comprometem a eficiência de sua resposta em crises, especialmente devido às restrições orçamentárias e às interferências políticas. Os estudos discutem a necessidade de fortalecer o papel da OMS e de estabelecer mecanismos de financiamento mais sustentáveis, o que garantiria uma resposta rápida e eficaz a emergências de saúde pública. Há também uma demanda crescente por um sistema de saúde internacional mais inclusivo, que considere as necessidades de países menos desenvolvidos e que promova a equidade no acesso a recursos de saúde. Assim, abordando a saúde global como

a obtenção do melhor padrão de saúde, bem estar e equidade possível em todo o mundo, através de uma atenção cuidadosa aos sistemas humanos - políticos, econômicos, sociais - que moldam o futuro da humanidade, e dos sistemas naturais da terra, que definem os limites ambientais seguros para o florescimento da humanidade. (Whitmee *et al*, 2015, p.6)

A análise dos fatores que influenciam a saúde internacional revela que a prevenção e a resposta eficaz a crises de saúde dependem de uma abordagem integrada que considere aspectos socioeconômicos, ambientais, geopolíticos e institucionais. A desigualdade socioeconômica, as mudanças climáticas, a mobilidade humana e as disputas geopolíticas são desafios estruturais que impactam diretamente a capacidade global de proteger e promover a saúde pública. Para enfrentar esses desafios, é crucial fortalecer a governança global em saúde e promover um Sistema Internacional mais equitativo e resiliente, que seja capaz de responder de maneira inclusiva e sustentável às crises sanitárias. Nesse contexto, a governança global em saúde, particularmente no papel da OMS e de outras instituições multilaterais, depende muito do apoio político e financeiro dos seus Estados membros. Nesse viés, o financiamento é amplamente pautado numa dependência de doações dos países e de organizações privadas, que de certa forma causa a limitação da autonomia e capacidade de ação desses organismos. Conforme discutido por Lima *et al.* (2021), a politização da OMS, especialmente durante a pandemia de COVID-19, demonstrou como pressões políticas e conflitos de interesse entre estados comprometem a atuação da organização, resultando em respostas menos eficazes.

Por assim dizer, os fatores políticos também vão exercer influência no papel da saúde internacional, moldando as políticas públicas, os financiamentos, às cooperações internacionais e ainda mais a capacidade de resposta a crises sanitárias. Desse modo, a saúde passa a ser vista como um domínio técnico e humanitário com influência de interesses geopolíticos, decisões soberanas e relações de poder no Sistema Internacional. Dessa forma,

questões de soberania afetam diretamente a saúde global, em especial em contextos onde os países passam a priorizar os seus interesses internos sobre a cooperação. A pandemia mais recente vai provar justamente isso, ou seja, ela expôs como o nacionalismo na saúde impactou a distribuição de vacinas e medicamentos essenciais, já que muitos países buscaram construir uma reserva de vacinas para suas populações em detrimento de uma distribuição equitativa. Os autores, como Bermudez *et al.* (2021), discutem como as políticas de "nacionalismo de vacinas" durante a pandemia evidenciaram uma resistência de alguns estados em colaborar com iniciativas internacionais, como o COVAX, impactando o acesso de países de baixa renda a vacinas essenciais. Essa postura nacionalista gera uma divisão no acesso a tratamentos e tecnologias em saúde e afeta as iniciativas de saúde global que dependem de uma distribuição justa de recursos. A soberania em saúde, portanto, se torna um obstáculo em momentos críticos, afetando o acesso universal à saúde e perpetuando desigualdades entre as nações.

Em contextos de competição por recursos ou influência global, a saúde é frequentemente instrumentalizada como um "*soft power*" para reforçar alianças e influência regional, como discutido em vários tópicos da pesquisa. Segundo Souza e Guimarães (2020), a China utilizou a chamada "diplomacia das vacinas" durante a pandemia de COVID-19 para fortalecer suas relações com países da América Latina, África e Sudeste Asiático, ao fornecer vacinas em momentos de escassez global. Entretanto, essa mesma dinâmica pode gerar tensões, especialmente entre potências que competem pela liderança na resposta a crises de saúde. A competição por influência pode minar os esforços coletivos de combate a endemias e contribuir para o surgimento de blocos de poder que agem de maneira isolada, prejudicando o Sistema Internacional de Saúde e dificultando o compartilhamento de dados epidemiológicos e de melhores práticas.

A diplomacia em saúde é uma ferramenta essencial para fortalecer a cooperação internacional e promover a troca de conhecimento e recursos. Contudo, o sucesso da diplomacia em saúde é frequentemente desigual, dependendo da capacidade de negociação e do poder político e econômico dos estados envolvidos. Buss e Tobar (2019) observam que países de baixa renda enfrentam dificuldades em influenciar as políticas internacionais de saúde e são muitas vezes subordinados às agendas dos países mais ricos. Essa desigualdade nas relações de poder significa que as questões de saúde prioritárias para os países de alta renda, como a segurança contra pandemias e o desenvolvimento de novas tecnologias,

frequentemente recebem mais atenção e recursos do que problemas como as doenças negligenciadas, que afetam desproporcionalmente os países em desenvolvimento. Além disso, como a diplomacia em saúde é usada para o fortalecimento de relações bilaterais e regionais, os estados menos influentes acabam excluídos de negociações que impactam diretamente suas populações.

A partir disso, as políticas de saúde de cada país são influenciadas por sua posição no Sistema Internacional e pela pressão de organismos multilaterais e países doadores, especialmente em nações que dependem de ajuda internacional. Souza e Guimarães (2020) discutem como a dependência de financiamento externo pode influenciar as políticas de saúde de países em desenvolvimento, ao pressioná-los a adotar estratégias de combate a doenças que se alinham aos interesses dos doadores, mas que podem não atender às necessidades locais. A influência política externa, muitas vezes mascarada como assistência técnica ou ajuda humanitária, compromete a autonomia dos estados em definir suas próprias prioridades de saúde. Esse tipo de interferência pode impactar negativamente as populações locais, ao implementar políticas que não consideram os contextos culturais e sociais específicos, gerando resistência da população e dificultando a eficácia das intervenções em saúde.

A saúde internacional é influenciada por múltiplos fatores que vão desde desigualdades sociais e econômicas até mudanças ambientais e conflitos. Nesse contexto, a diplomacia da saúde emerge como uma ferramenta estratégica que incorpora as teorias de *Soft Power* e *Smart Power* para promover objetivos de saúde e, ao mesmo tempo, influenciar a política internacional. O uso dessas teorias permite que os países exercitem sua influência global de maneira não coercitiva, alinhando suas ações com valores de solidariedade, justiça social e equidade, especialmente em tempos de crises sanitárias. Assim, a saúde internacional é moldada por essas estratégias que não apenas garantem acesso a cuidados e insumos essenciais, mas também fortalecem as relações diplomáticas e a segurança sanitária global.

Os fatores que influenciam a saúde internacional incluem a distribuição desigual de recursos, sistemas de saúde frágeis, e a crescente interdependência entre os países. Esses fatores tornam as crises sanitárias um risco compartilhado que transcende fronteiras nacionais e reforça a necessidade de cooperação multilateral (Buss & Ferreira, 2010). Segundo Ventura (2020), a interdependência entre nações em questões de saúde torna imprescindível a adoção de uma diplomacia da saúde robusta, que possibilite respostas coordenadas e solidárias a

emergências sanitárias globais, como a pandemia de COVID-19. O uso de *Soft Power*, nessa perspectiva, permite que os países fortaleçam sua imagem e influência por meio de ações de cooperação humanitária, enquanto o *Smart Power* combina essa imagem positiva com a construção de capacidades locais e regionais, assegurando maior estabilidade e segurança sanitária.

A teoria do *Smart Power*, por sua vez, envolve a combinação estratégica de *Soft e Hard Power* para garantir que a cooperação em saúde internacional seja sustentada a longo prazo. Durante crises, essa abordagem permite que os países desenvolvam sistemas de saúde mais resilientes e se preparem melhor para futuras emergências. A combinação de ajuda humanitária e investimentos em infraestrutura e capacitação técnica exemplifica o *Smart Power* aplicado à saúde, permitindo que um país não apenas responda à crise, mas ajuda a prevenir outras futuras (Ventura, 2020). No caso do Brasil, a atuação no combate à AIDS, com políticas que inspiraram outros países, bem como o apoio técnico para a construção de sistemas de saúde na África e na América Latina, são exemplos de *Smart Power*. Ao implementar essa combinação, o Brasil fortaleceu suas capacidades diplomáticas e contribuiu para o fortalecimento da segurança sanitária em seus parceiros regionais.

A eclosão de pandemias nos últimos anos evidenciou ainda mais a importância de uma diplomacia da saúde fundamentada nas teorias de *Soft e Smart Power*. A resposta à crise de COVID-19 destacou a capacidade de certos países em liderar a produção e distribuição de vacinas, utilizando tanto *Soft Power* (ao promover acesso igualitário e solidariedade) quanto *Smart Power* (ao combinar essas ações com investimentos em tecnologias de produção local). A China, por exemplo, projetou influência em diversos países ao distribuir vacinas e equipamentos médicos, mas também investiu em parcerias para transferência de tecnologia e produção local, fortalecendo a segurança sanitária e promovendo sua imagem como um ator global solidário e confiável (Buss & Fonseca, 2018).

As teorias de *Soft Power e Smart Power* oferecem uma base teórica valiosa para entender a diplomacia da saúde como uma ferramenta de influência e cooperação na saúde internacional. Por meio do *Soft*, países promovem valores de solidariedade e justiça social, construindo alianças e fortalecendo sua imagem global, enquanto o *Smart Power* combina esses valores com investimentos práticos e estratégicos que aumentam a resiliência sanitária. A diplomacia da saúde, ao se basear nessas teorias, fortalece a capacidade dos países de

responder a crises de maneira solidária e estratégica, promovendo a segurança sanitária e consolidando suas posições no cenário global.

Por fim, os fatores políticos que influenciam a saúde internacional são complexos e refletem a interdependência entre saúde e poder no Sistema Internacional. Questões como soberania, nacionalismo, geopolítica e desigualdade de poder determinam a capacidade dos estados e das instituições internacionais de responderem às crises de saúde de forma eficaz e equitativa. A análise desses fatores ressalta a necessidade de reformas na governança da saúde global que garantam uma distribuição mais justa de recursos e promovam uma cooperação internacional menos vulnerável a interesses políticos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dessa análise da relevância da política externa brasileira focada na diplomacia da saúde e nas cooperações sul-sul foi possível entender como o Brasil tem buscado consolidar seu papel internacional através de políticas de saúde voltadas ao desenvolvimento humano e cooperação com o sul global. A pandemia de COVID-19 intensificou a necessidade de cooperação em um mundo cada vez mais conectado, ao revelar fragilidades globais que demandam estratégias coordenadas. Nesse contexto, o estudo procurou propor essa análise do papel da saúde nas relações internacionais, com ênfase na capacidade do Brasil de influenciar a saúde global e responder efetivamente às crises sanitárias. Com isso, através dos conceitos de *soft e smart power* foi possível explicar como o Brasil utiliza a diplomacia pública e de saúde para construir influência no sistema internacional. Assim, é perceptível como por meio de políticas de pauta humanitária o Brasil busca fortalecer sua imagem de liderança regional. Ao combinar elementos de poder brando e duro, o país utiliza estratégias que vão além da simples ajuda humanitária, explorando sua capacidade de moldar preferências internacionais e construir uma imagem sólida no cenário global.

Num alinhamento entre os objetivos específicos e a construção dos capítulos da pesquisa, o primeiro capítulo ficou disposto da conceituação do *soft e smart power*, desenvolvidos por Joseph Nye, que refletem a habilidade de um país em influenciar outros através de valores culturais, ideológicos e políticas atraentes, ao invés da força coercitiva. No caso do Brasil, o *soft power* tem sido uma ferramenta estratégica na promoção de sua imagem de nação solidária e pacífica. A aplicação do *smart power*, ou poder inteligente, que combina estratégias de persuasão e coerção, é mais desafiador para o Brasil, que busca um equilíbrio entre o uso da influência suave e cooperação pragmática sem dispor dos recursos militares e econômicos robustos de potências globais. A posição do país como líder na cooperação em saúde é uma forma de articular *soft e smart power* para moldar sua influência em países do sul global, mesmo enfrentando limitações estruturais.

Por consequência, coube analisar como a diplomacia pública brasileira atua no fortalecimento da imagem do país como uma nação humanitária e comprometida com o bem estar global, mas há uma complexidade adicional que é a necessidade de tornar essa diplomacia inclusiva para públicos internos e externos. Desse modo, a diplomacia da saúde deve construir uma base de apoio interna forte, que a defenda independentemente do governo

no poder, para que o Brasil se estabeleça como um exemplo conciso de liderança em saúde pública. Em termos práticos, o Brasil pode ampliar a diplomacia de saúde ao engajar sua sociedade civil e acadêmica, mostrando que sua atuação no exterior reflete um compromisso nacional.

Assim, num nível teórico e prático, é notório a transição do Brasil entre saúde internacional e saúde global como sugestão de uma adaptação constante aos contextos globais em evolução. Ao mesmo tempo que participa de iniciativas globais e multilaterais, o Brasil enfrenta o desafio de se posicionar como um país que respeita a soberania dos sistemas de saúde locais, mas que também quer promover uma agenda de saúde inclusiva. A postura brasileira tem o potencial de desafiar e modificar os padrões internacionais, mas para que isso ocorra, precisa consolidar alianças que sustentam uma visão de saúde global com mais autonomia para o sul global.

Com essa construção conceitual e teórica o terceiro capítulo se afunila para entender a cooperação sul-sul em saúde especificamente. Assim, a abordagem de cooperação estruturante, embora ambiciosa, requer uma visão crítica de sua execução para alcançar seus objetivos de longo prazo. Por isso, a proposta brasileira de capacitar os sistemas de saúde de seus parceiros procura integrar avaliações e métricas que demonstram os impactos das corporações. Dessa forma, o Brasil arrisca que suas ações sejam interpretadas apenas como assistencialismo, ao invés de uma cooperação verdadeiramente estruturante. O fortalecimento dessas parcerias depende de uma implementação contínua que priorize o desenvolvimento local em vez de projetos pontuais, permitindo uma independência gradual dos países envolvidos.

Nesse âmbito, o papel do Brasil no sul geopolítico se torna ainda mais relevante ao desafiar as dinâmicas tradicionais de poder e ao promover um modelo de cooperação baseado em parcerias horizontais. Contudo, essa proposta enfrenta o risco de ser interpretada como paternalista se não houver uma base igualitária sólida nas negociações e ações. Além disso, ao assumir essa posição, o Brasil precisa ser um mediador efetivo entre diferentes interesses regionais e estar preparado para enfrentar resistências de potências que veem essa atuação como uma ameaça à sua influência tradicional. O fortalecimento desse papel exige que o Brasil amplie sua capacidade de diálogo e respeite as especificidades dos sistemas de saúde locais.

Assim, o impacto internacional da cooperação brasileira depende de um equilíbrio delicado entre a promoção de uma agenda própria e a adequação às normas globais de saúde. A presença brasileira em fóruns internacionais é necessária para sustentar a relevância de suas ações e trazer visibilidade às questões enfrentadas pelos países do Sul. O Brasil deve também considerar o impacto a longo prazo de suas iniciativas e garantir que elas não apenas atinjam objetivos imediatos, mas contribuam para a estabilidade e resiliência dos sistemas de saúde parceiros, tornando a cooperação uma ferramenta estratégica de inserção global e regional.

A partir disso, o último capítulo procura destrinchar a política externa brasileira ao longo dos anos e como a saúde se encaixou nessas políticas. A saúde entrou na agenda da política externa brasileira nos anos 2000, com uma ênfase maior na cooperação Sul-Sul, especialmente durante os governos de Lula e Dilma. No entanto, a continuidade dessa agenda enfrenta desafios conforme as prioridades políticas internas mudam. A inconsistência histórica nas iniciativas de cooperação em saúde, especialmente após 2016, aponta a necessidade de uma política de Estado em saúde global para garantir sustentabilidade e uma atuação contínua, independentemente das mudanças governamentais. O histórico da política externa de saúde brasileira revela um trajeto que acompanha transformações no sistema internacional, refletindo tanto um compromisso com o desenvolvimento humano quanto um pragmatismo ao alinhar-se a organizações multilaterais.

Tudo isso foi analisado separadamente em ações específicas do país, em caso de organizações conjuntas. O envolvimento com os BRICS oferece ao Brasil uma plataforma importante, mas desafiante, devido à diversidade de contextos e interesses nacionais do grupo. A sustentabilidade dessa agenda exige que o Brasil intensifique sua coordenação com os outros países para que as prioridades em saúde possam alcançar impacto significativo e se transformem em políticas de longo prazo. Na UNASUL, o Brasil construiu uma rede de cooperação que serviu como modelo regional. No entanto, a inconstância política na América do Sul revela a necessidade de estruturas mais resilientes que possam resistir a instabilidades locais, promovendo uma integração que beneficie o desenvolvimento regional em saúde. A cooperação no IBAS reforça a solidariedade Sul-Sul, mas o Brasil deve trabalhar para aumentar o alinhamento entre as ações e os resultados desejados, particularmente na área da saúde, para que esses projetos ganhem relevância e sejam percebidos como mais do que iniciativas temporárias.

A CPLP, por meio da transferência de tecnologias e fortalecimento de capacidades, permite ao Brasil exercer um papel de líder na promoção da independência em saúde. Contudo, essa cooperação deve ser monitorada para garantir que os países parceiros estejam de fato se tornando mais autossuficientes. O programa Mais Médicos mostra-se inovador e relevante, mas a dependência de suporte externo e as críticas sobre a sua execução sugerem a necessidade de uma abordagem mais equilibrada que envolve tanto profissionais locais quanto cooperação internacional. Por fim, coube o alinhamento específico do caso de compra de medicamentos chineses, que causaram certo tumulto em aspecto interno, mas que reflete exatamente a política brasileira para a saúde global. A inserção de medicamentos estrangeiros na política de saúde nacional revela o pragmatismo da diplomacia de saúde brasileira, mas esse modelo deve considerar um plano de desenvolvimento de autonomia e segurança no fornecimento de medicamentos essenciais.

As pandemias destacam como crises globais podem rapidamente se tornar uma questão de segurança nacional, demonstrando a interdependência entre saúde e estabilidade geopolítica. O Brasil, ao participar das respostas globais, evidencia um compromisso com a solidariedade internacional, mas enfrenta limitações na sua capacidade de competir por recursos e influenciar decisões políticas internacionais. O país deve concentrar-se na construção de alianças que reforcem sua posição e promovam uma abordagem mais equitativa na distribuição de recursos, o que pode auxiliar o Brasil a fortalecer sua capacidade de resposta em futuras crises.

O papel do Brasil na saúde internacional é influenciado por fatores que vão além das ações políticas e incluem o impacto da desigualdade social e econômica, as mudanças climáticas e as pressões de outros atores internacionais. Para desenvolver uma diplomacia de saúde eficaz, o Brasil deve abordar esses desafios de maneira holística, integrando uma abordagem que não apenas vise a cooperação externa, mas também a redução de vulnerabilidades internas. Ao fortalecer suas estruturas sociais e econômicas, o Brasil pode se tornar um exemplo de resiliência e sustentabilidade na saúde pública, ampliando sua influência no cenário global. Essas análises indicam que o Brasil tem um papel valioso e estratégico na promoção de uma política externa de saúde que seja inclusiva e adaptada aos desafios do Sul Global. Contudo, para fortalecer sua posição e garantir a eficácia de suas iniciativas, é necessário que o país invista em uma diplomacia de saúde estruturada e menos dependente de fatores internos e de pressões externas.

Portanto, a hipótese da pesquisa sugere que, entre 1995 e 2022, a política externa brasileira atuou de forma significativa na promoção da cooperação em saúde no Sul geopolítico, contribuindo para o fortalecimento de laços diplomáticos, a expansão da influência regional e global do Brasil e a melhoria dos indicadores de saúde nos países parceiros. A análise do conteúdo do documento corrobora essa hipótese ao detalhar as ações brasileiras no uso da saúde como instrumento de *soft power* e diplomacia de desenvolvimento. O Brasil consolidou-se como um ator relevante na cooperação em saúde ao buscar fortalecer os sistemas de saúde em países do Sul Global, particularmente em parceria com instituições como a Fiocruz. Essa política de cooperação estruturante permitiu que o Brasil promovesse um modelo horizontal e sustentável de auxílio, buscando desenvolver capacidades locais. Esse esforço reforça o posicionamento do Brasil como líder em diplomacia solidária, propondo alternativas aos tradicionais modelos Norte-Sul, além de promover a autonomia de seus parceiros, algo que aumenta a influência do Brasil em nível regional e global.

A pesquisa evidencia que o Brasil utiliza a diplomacia de saúde para expandir seu *soft power*, apresentando-se como uma potência benevolente comprometida com a justiça e o desenvolvimento social. A diplomacia de saúde brasileira busca atrair países do Sul por meio de valores compartilhados e da solidariedade, ao invés de depender de coerção ou de imposições políticas. Com isso, o país não apenas fortalece suas relações bilaterais, mas também constrói redes de confiança e influência, que são estratégicas para sua projeção no cenário internacional e reforçam seu papel como mediador e líder regional no Sul Geopolítico. A análise revela, no entanto, que essa política enfrenta obstáculos consideráveis, como as mudanças nas lideranças políticas, que trazem diferentes orientações para a política externa. Por exemplo, o alinhamento do governo Bolsonaro com os Estados Unidos gerou críticas e dificultou o engajamento do Brasil em questões multilaterais e no fortalecimento da cooperação Sul-Sul. Além disso, a dependência de recursos públicos e a vulnerabilidade econômica do Brasil representam limitações que impactam a sustentabilidade e a continuidade dessas iniciativas de saúde internacional, evidenciando a influência de restrições orçamentárias e disputas ideológicas nas políticas de cooperação.

A pandemia de COVID-19 destacou a saúde como uma área essencial nas relações internacionais e evidenciou a necessidade de cooperação. O Brasil, ao longo desse período, defendeu o acesso equitativo a vacinas e tratamentos em fóruns como o G20, reafirmando seu compromisso com o multilateralismo e a solidariedade internacional. Este evento também

marcou a relevância de fortalecer as alianças com outros países em desenvolvimento, demonstrando a habilidade do Brasil de liderar em momentos de crise global. No entanto, o impacto transformador da pandemia também revelou a fragilidade de uma política externa de saúde que depende de uma conjuntura interna estável para que seja bem-sucedida e eficaz. Ao longo do período analisado, o Brasil buscou promover um sistema de saúde global mais inclusivo, utilizando suas capacidades e expertise em saúde pública como forma de solidificar sua imagem como líder no Sul Global. As parcerias com países da África e da América Latina, por exemplo, consolidaram o Brasil como um ator-chave, ampliando sua influência e tornando-se um defensor da democratização das instâncias decisórias em saúde global. Isso reflete uma política que não só fortalece laços diplomáticos, mas também posiciona o Brasil como um país que promove uma ordem internacional mais justa e colaborativa, essencial para a melhoria de indicadores de saúde nos países parceiros.

Por assim dizer, a análise sustenta a hipótese de que a política externa brasileira em saúde, mesmo com suas limitações, contribuiu para o fortalecimento das relações diplomáticas e para a promoção de uma presença brasileira sólida no cenário internacional. A eficácia das ações e sua continuidade dependem, no entanto, de uma política de Estado consolidada e resistente a flutuações internas, que permita ao Brasil manter sua influência e liderança no Sul Geopolítico de forma estável e duradoura. O Brasil utiliza a saúde pública como uma expressão concreta de seu *soft power*, baseando-se na atração de valores e práticas que promovem confiança e reciprocidade. Programas como o Mais Médicos, a atuação da Fiocruz, e a liderança em fóruns multilaterais como BRICS, UNASUL e IBAS ilustram a capacidade do Brasil de articular sua expertise doméstica em saúde para gerar impactos positivos internacionais. Essas ações não apenas projetam a imagem de um país solidário, mas também ajudam a criar redes de confiança e influência que fortalecem as relações bilaterais e multilaterais.

No entanto, o exercício desse poder brando enfrenta desafios. Oscilações políticas internas, mudanças nas prioridades governamentais e restrições orçamentárias comprometem a continuidade das iniciativas, enquanto a competição geopolítica global pressiona o Brasil a alinhar-se com normas e interesses que, muitas vezes, conflitam com suas ambições de solidariedade e autonomia. Em perspectiva futura, o Brasil tem a oportunidade de ampliar sua relevância na saúde global ao investir em estratégias de cooperação estruturante e na

construção de alianças regionais e multilaterais mais resilientes. A integração da diplomacia da saúde com outros pilares estratégicos da política externa, como educação e tecnologia, também pode ampliar sua capacidade de influenciar o cenário internacional.

A diplomacia da saúde brasileira ilustra o potencial transformador do *soft power* na política externa. Por meio de ações fundamentadas em solidariedade e desenvolvimento sustentável, o Brasil reforça sua posição como liderança humanitária no Sul Global. Para garantir a continuidade e ampliação desse protagonismo, é essencial consolidar políticas de saúde que sejam institucionalizadas, inclusivas e adaptáveis às mudanças no sistema internacional. Assim, o Brasil pode não apenas fortalecer sua influência global, mas também contribuir para uma ordem internacional mais equitativa e colaborativa.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Avaliação de Política Pública: o Programa Mais Médicos. Plataforma de conhecimentos Programa Mais Médicos**. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/pmm/resource/pt/pesq> . Acesso em: 20 jun. 2024.

ADAMS, V.; NOVOTNY, T. E.; LESLIE, H. **Global health diplomacy**. Medical Anthropology, Pleasantville, v. 27, n. 4, p. 315-323, 2008.

ALDEN, Chris. **China in Africa: Partner, Competitor or Hegemon?** Zed Books, 2007.

ALMEIDA, Maria Regina Flor e. **A diplomacia pública**. Negócios Estrangeiros, Lisboa, n. 6, p. 61-72, dez. 2003. Disponível em:
<http://www.mofa.gov.pt/NR/rdonlyres/66C71A5F-5572-4057-94F0EC164A85BCC4/0/revista6.pdf>. Acesso em: 2 mai. 2024.

ALMEIDA, Célia Maria de; CAMPOS, Rodrigo Pires de; BUSS, Paulo Buss Marchiori; FERREIRA, José Roberto. **A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde**. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, [S. l.], v. 4, n. 1, 2010. DOI: 10.3395/reciis.v4i1.696. Disponível em:
<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/696>. Acesso em: 20 out. 2024.

ALMEIDA, Paula Wojcikiewicz, ROMAY, Giulia Tavares e OLIVEIRA, Mariana Gouvea de. **Os desafios do sistema de governança da saúde global na pandemia de COVID-19: Limitações atuais e possibilidades de reforma**. Revista Direito e Práxis [online]. 2022, v. 13, n. 3 [Acessado 23 Outubro 2024], pp. 1613-1652. Disponível em:
<<https://doi.org/10.1590/2179-8966/2021/56519>>. Epub 09 Set 2022. ISSN 2179-8966.
<https://doi.org/10.1590/2179-8966/2021/56519>.

ACHARYA S, BARBER S, LOPEZ-ACUNA D, MENADBE N, MIGLIORINI L, MOLINA J, SCHWARTLÄNDER B E ZURNER P (2014) **BRICS and global health in Bulletin of the World Health Organization**. Volume 92, nº6. Disponível em:
<http://www.who.int/bulletin/volumes/92/6/14-140889/en/>. Acessado em: 23 out. 2024.

AMORIM, Celso. **O Brasil e os direitos humanos: em busca de uma agenda positiva**. *Política Externa*, 18(2): 67-75, 2009. Disponível em:
<https://ieei.unesp.br/portal/wp-content/uploads/pdf/O%20Brasil%20e%20os%20direitos%20humanos%20-%20em%20busca%20de%20uma%20agenda%20positiva%20-%20Celso%20Amorim.pdf>. Acesso em: 23 out. 2024.

AMORIM, Celso. **A política Externa Brasileira no governo do Presidente Lula (2003-2010): uma visão geral**. Revista Brasileira de Política Internacional, Ano 53 N1, p. 214-240. IBRI, Brasília. 2010.

AMORIM, Celso *et al.* (editores). **A grande estratégia do Brasil: discursos, artigos e entrevistas da gestão no Ministério da Defesa (2011-2014)**. Brasília: FUNAG; [São Paulo]: Unesp, 2016. (Coleção Política Externa Brasileira).

ANTUNES DE MIRANDA, J. A. BISCHOFF, V. **Educação internacional como soft power: o ensaio da política externa de Dilma Rousseff**. Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação, Araraquara, v. 13, n. 4, p. 899–915, 2018. DOI: 10.21723/ria.v13.n3.2018.10096. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/10096>.

AYRES PINTO, D. J. **Mediação de conflitos internacionais e a inserção mundial do Brasil**. Coimbra, Dissertação de Mestrado, 2009.

AYRES, Danielle; MESQUITA, Lucas Ribeiro. **Smart Power Brasileiro: A Cooperação Internacional como Projeção de Poder Internacional**. Política Hoje, Recife, v. 21, n. 2, p. 350-387, abr./2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/politica hoje/article/view/3781/3085>. Acesso em: 27 abr. de 2024.

BAGGOTT, R., & Lambie, G. (2019). **Moeda forte, solidariedade e soft power: os motivos, implicações e lições do internacionalismo cubano em saúde**. Revista internacional de serviços de saúde : planejamento, administração, avaliação, 49(1), 165–185. <https://doi.org/10.1177/0020731418805378>.

BADEAU, J. S. **Diplomacy and medicine**. Bulletin of the New York Academy of Medicine, New York, v. 46, n. 5, p. 303-312, 1970. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1749692/>. Acesso em: 27 set. 2024.

BARBOZA, Tayná Marques Torres; PINHEIRO, Letícia; PIRES-ALVES, Fernando Antônio. **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.

Bermudez, Jorge. **Medicamentos genéricos: uma alternativa para o mercado brasileiro**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 1994, v. 10, n. 3 [Acessado 3 Novembro 2024], pp. 368-378. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000300016>>. Epub 19 Jan 2004. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000300016>.

BERMUDEZ, Jorge; LEINEWEBER, Fabius; BERMUDEZ, Luana. **Covid-19: desafios no apartheid das vacinas**. Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades. Salvador/Recife, v. 46, n. 253, p. 249-278, maio/ago. 2021. DOI: <https://doi.org/10.25247/2447-861X.2021.n253.p249-278>

BIRN, Anne-Emanuelle, YOGAN Pillay e TIMOTHY H. Holtz, **Livro didático de saúde global**, 4ª edn (Nova York, 2017; edn online, Oxford Academic, 23 de março de 2017), <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199392285.001.0001>, acessado em 25 de outubro de 2024.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **Declaração Conjunta entre a República Federativa do Brasil e a República Popular da China sobre o Aprofundamento da Parceria Estratégica Global**. Disponível em: https://www.gov.br/mre/pt-br/canais_atendimento/imprensa/notas-a-imprensa/declaracao-conjunta-entre-a-republica-federativa-do-brasil-e-a-republica-popular-da-china-sobre-o-aprofundamento-da-parceria-estrategica-global-pequim-14-de-abril-de-2023. Acesso em: 3 nov. 2024.

BUSS P.M. **Globalization, poverty and health**. J. Pub. Health Pol. , v.28, p.2-25, 2007.

BUSS P.M. **Global health and health diplomacy**. J. Pub. Health Pol., v.29, p. 467–73, 2008.

BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto. **Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde**. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, [S. l.], v. 4, n. 1, 2010. DOI: 10.3395/reciis.v4i1.710. Disponível em: <https://www.reciiis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/710>. Acesso em: 29 abr. 2024.

BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto. **Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP)**. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, [S. l.], v. 4, n. 1, 2010. DOI: 10.3395/reciis.v4i1.712. Disponível em: <https://www.reciiis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/712>. Acesso em: 29 out. 2024.

Buss P, Faid M. **Mudanças de poder na diplomacia da saúde global**. In: *Diplomacia da saúde global* Kickbusch I, Lister G, Told M, Drager N, editores. Nova Iorque: Springer; 2013. pág. 305-332.

BUSS, P.M., and FONSECA, L.E., eds. **Diplomacia da saúde e Covid-19: reflexões a meio caminho**. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19 Fiocruz; Editora FIOCRUZ, 2020, 360 p. Informação para ação na Covid-19 séries. ISBN: 978-65-5708-029-0.

BUSS, Paulo Marchiori. **Saúde global e diplomacia da saúde**. Cadernos de Saúde Pública. 2013, v. 29, n. 1, pp. 8-9. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100002>>. Epub 29 Jan 2013. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100002>. Acessado 9 Abr. 2024.

BUSS, Paulo Marchiori; TOBAR, Sebastián (Orgs.). **Diplomacia em Saúde e Saúde Global: Perspectivas Latino-Americanas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. 654 p.

CABRAL, Lídia; WEINSTOCK, Júlia. **Brazilian technical cooperation for development Drivers, mechanics and future prospects**. London: ODI, 2010. Disponível em: <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/6137.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2024.

CAMPOS, Mariana Cabral. **A Política Externa do Governo Bolsonaro na emergência sanitária da COVID-19**. Observatório de Regionalismo, [S. l.], p. 1-10, 12 set. 2023. Disponível em: <https://observatorio.repri.org/2023/09/12/a-politica-externa-do-governo-bolsonaro-na-emergencia-sanitaria-da-covid-19/>. Acesso em: 2 set. 2024.

CASARÕES, G.; MAGALHÃES, D. **The hydroxychloroquine alliance: how far-right leaders and alt-science preachers came together to promote a miracle drug**. Revista de Administração Pública, [s. l.], v. 55, n. 1, p. 197–214, 2021.

CASHWELL A, TANTRI A, SCHMIDT A, SIMON G, MISTRY N (2014) **BRICS in the response to neglected tropical diseases in Bulletin of the World Health Organization**. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/6/13-132555.pdf>. Acesso em: 24 out. 2024.

CARDOSO, FH., and FALETTO, E. **Repensando dependência e desenvolvimento na América Latina**. In SORJ, B., CARDOSO, FH., and FONT, M., orgs. **Economia e movimentos sociais na América Latina**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisa Social, 2008. pp. 4-20. ISBN 978-85- 99662-59-5. Disponível em: <sorj-9788599662595-02.pdf>. Acesso em: 22 set. 2024.

CARMODY, Pádraig. **The Rise of the BRICS in Africa: The Geopolitics of South-South Relations**. Zed Books, 2013.

CARNEIRO, Rafael Prince. **Diplomacia pública digital: desafios e oportunidades para a atuação do Itamaraty na internet.** Dissertação de mestrado em Diplomacia. Brasília: Instituto Rio Branco, 2011.

CASTILLO- SALGADO, C. **Trends and directions of global public health surveillance.** *Epidemiologic Reviews*, 32: 93-100, 2010.

CAVAGNARI, Geraldo Lesbat. **Estratégia e Defesa (1960-1990).** In: ALBUQUERQUE, José Augusto Guilhon (org.). (2000) **Sessenta anos de política externa brasileira (1930-1990): Prioridades, atores e políticas.** São Paulo: Annablume/NUPRI/USP, p. 119.

CENTRO DE ESTUDOS ESTRATÉGICOS DA FIOCRUZ ANTÔNIO IVO DE CARVALHO. **Combate à epidemia de H1N1: um histórico de sucesso.** Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1314#:~:text=Dois%20meses%20depois%2C%20com%20a,logo%20se%20espalhou%20pelo%20pa%C3%ADs..> Acesso em: 3 set. 2024.

CERVO, Amado Luiz (2010). **Brazil 's Rise on the International Scene: Brazil and the World.** *Revista Brasileira de Política Internacional*, Rio de Janeiro, 53 (edição especial): 7-32.

CERVO, Amado Luiz; BUENO, Clodoaldo. **História da política exterior do Brasil.** 3. ed. Brasília: EdUnB, 2008.

CRESWELL J, SAHU S, SACHDEVA K, DITIU L, BARREIRA D, MARIANDYSHEV A, MINGTING C e PILLAY Y (2014) **Tuberculosis in BRICS: challenges and opportunities for leadership within the post-2015 agenda in Bulletin of the World Health Organization.** 26/03/2014. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/6/13-133116/en/>. Acesso em: 12 out. 2024.

COLLAR, J. M.; NETO, J. B. A.; FERLA, A. A. **Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa.** *Saúde em Redes*. Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 43-56, 2015.

CORREA, Carlos M.. **O Acordo TRIPS e o acesso a medicamentos nos países em desenvolvimento.** *Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos* [online]. 2005, v. 2, n. 3 [Acessado 3 Novembro 2024], pp. 26-39. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-64452005000200003>. Epub 15 Set 2008. ISSN 1983-3342. <https://doi.org/10.1590/S1806-64452005000200003>.

COSTA, H. B. M. da, & Duarte, R. de S. (2024). **Global south versus geopolitical south: a debate on the analytical relevance of the concepts**. *AUSTRAL: Brazilian Journal of Strategy & International Relations*, 12(24). <https://doi.org/10.22456/2238-6912.132863>. Acesso em: 2 ago. 2024.

CUETO, Marcos. **The World Health Organization: A History**. Cambridge University Press. 2015.

CUETO, Marcos. **El valor de la salud. Historia de la Organización Panamericana de la salud**. Publicación Científica y Técnica No. 600. Washington, D.C.: OPS, 2004. 211 p

CUETO, M. **O Valor da Saúde – História da Organização Pan-Americana da Saúde** (Capítulos 5-6). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

CUETO, Marcos. **Saúde global: uma breve história**. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2015. 120p. (Coleção Temas em Saúde). ISBN: 978-85-7541-461-3.

CURIA, Luiz Roberto. CÉSPEDES, Livia. NICOLETTI, Juliana (org.). **Convenção de Viena de 1961 sobre relações diplomáticas**. In Legislação de Direito Internacional. São Paulo: Editora Saraiva, 2012. p. 143 a 172.

CULL, Nicholas J. **Public Diplomacy before Gullion: The Evolution of a Phrase**. In **Routledge handbook of public diplomacy**, edited by Nancy Snow, Philip M. Taylor. New York: Routledge, 2009. Pp. 19-23.

DHAR, Biswajit & JOSEPH, Reji. (2019). **The Challenges, Opportunities and Performance of the Indian Pharmaceutical Industry Post-TRIPS**. 10.1007/978-981-13-8102-7_13. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/335670471_The_Challenges_Opportunities_and_Performance_of_the_Indian_Pharmaceutical_Industry_Post-TRIPS. Acesso em: 13 ago. 2024.

DI COMMO, M. (2017, fevereiro). **Abordagens para medir e monitorar a cooperação Sul-Sul** (Documento de Discussão sobre Iniciativas de Desenvolvimento). <http://www.devinit.org/wp-content/uploads/2017/02/Abordagens-para-medir-e-monitorar---Sul%E2%80%93Sul-cooperation.pdf>.

DI GIULIO, G. M.; RIBEIRO, H.; VENTURA, D. F. L. **As múltiplas dimensões da crise de Covid-19: perspectivas críticas da Saúde Global e Sustentabilidade**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2023.

DIRLIK, Arif. **Global South: Predicament and Promise**. _The Global South. 2013. pp. 12-23.

DRAGER, N.; FIDLER, D. P. **Foreign policy, trade and health: at the cutting edge of global health diplomacy**. Bulletin of the World Health Organization, Geneva, v. 85, n. 3, p. 162, 2007.

DUNDA, F. F. E. **A cooperação Sul-Sul brasileira em HIV/AIDS: a doação de antirretrovirais como soft power do Brasil no cenário internacional**. Carta Internacional, [S. l.], v. 13, n. 3, 2018. DOI: 10.21530/ci.v13n3.2018.795. Disponível em: <https://www.cartainternacional.abri.org.br/Carta/article/view/795>. Acesso em: 4 nov. 2024.

ESPINOSA, Mariola. **Health and medicine in twentieth-century Latin America: historical perspectives on the Cold War**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]. 2022, v. 29, n. 2, pp. 581-583. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702022000200016>>. Epub 06 June 2022. ISSN 1678-4758. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702022000200016>. Access 29 October 2024.

ESTEVES, Paulo *et al.* **New Development Bank. BRICS Policy Center**, Rio de Janeiro, jan. 2018. Disponível em: <http://bricspolicycenter.org/homolog/uploads/trabalhos/7261/doc/868146795.pdf>. Acesso em: 20 de julho de 2024.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. **Opinião pública e política externa: Insulamento, politização e reforma na produção da política exterior do Brasil**. Revista Brasileira de Política Internacional, v. 51, n. 2, dez. 2008, p. 80-97. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbpi/v51n2/v51n2a06.pdf>. Acesso em 10 mar. 2024.

FARIA, Mariana, GIOVANELLA, Ligia e BERMUDEZ, Luana. **A Unasul na Assembleia Mundial da Saúde: posicionamentos comuns do Conselho de Saúde Sul-Americano**. Saúde em Debate [online]. 2015, v. 39, n. 107, pp. 920-934. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-110420151070230>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151070230>. Acesso em: 24 out. 2024

FEDATTO, Maíra da Silva. **Epidemia da AIDS e a Sociedade Moçambicana de Medicamentos: análise da cooperação brasileira.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 7 [Acessado 13 Novembro 2024], pp. 2295-2304. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.03892017>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.03892017>.

FEINSILVER, Julie M. **Cuban Medical Diplomacy: When the Left Has Got It Right.** *International Journal of Cuban Studies*, 2(1), 94-107. 2010.

FEINSILVER, J.M (1993). "Cuba on the World Stage: symbolic politics", "Cuban Medical Diplomacy" In. **Healing the Masses: Cuban Health Politics at Home and Abroad.** University of California Press, Berkeley, pp. 9-25, 156-195.

FIDLER, D. P. **The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy.** *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 79, n. 9, p. 842-849, 2001.

FIDLER, David P. **Health as foreign policy: between principle and power.** *Articles by Maurer Faculty*, n. 525, 2005. Disponível em: <https://www.repository.law.indiana.edu/facpub/525>. Acesso em: 2 mar. 2024.

FOURIE, P. **Transformando o pavor em capital: a diplomacia da AIDS na África do Sul.** *Saúde Global* 9, 8 (2013). <https://doi.org/10.1186/1744-8603-9-8>.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho e RIBEIRO, Helena. **Saúde Global em tempos de globalização.** *Saúde e Sociedade* [online]. 2014, v. 23, n. 2, pp. 366-375. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000200002>. ISSN 1984-0470.. Acesso em: 4 abr. 2024.

FRANÇA, C.; SANCHEZ, M. R. Política Externa – **A horizontalização da política externa brasileira.** Portal Global 21. 2009. Disponível em: <http://www.global21.com.br/materias/materia.asp?cod=24489&tipo=noticia>. Acesso em: 11 jul., 2024.

FRASER J (2014) **BRICS ministers join forces for access to medicines in Intellectual Property Watch.** 20/05/2014. Disponível em:

<http://www.ip-watch.org/2014/05/20/brics-ministers-join-forces-for-access-to-medicines/> .
Acesso em: 20 out. 2024.

FRENCH, H. F. **From discord to accord**. World Watch, Washington, DC, v. 5, n. 3, p. 26-32, 1992.

FRENK, J.; GOMEZ-DANTES, O. **La globalización y la nueva salud pública**. Revista de Salud pública de México, Cuernavaca, v. 49, n. 2, p. 156-164, 2007.

FRIED, L. P. *et al.* **Global health is public health**. The Lancet, London, v. 375, p. 535-537, 2010.

FUKUDA-PARR, S. (2016). **From the Millennium Development Goals to the Sustainable Development Goals: shifts in purpose, concept, and politics of global goal setting for development**. *Gender & Development*, 24(1), 43–52.
<https://doi.org/10.1080/13552074.2016.1145895>.

FURTADO, Celso. **Brasil: a Construção Interrompida**. Rio de Janeiro. Paz e Terra. 1992.

FURTADO, Celso. **Formação Econômica do Brasil**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1961.

GADELHA, C. A. G. *et al.* **A Dinâmica do Sistema Produtivo da Saúde: inovação e complexo econômico-industrial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

GIACOMINO, C. A. **Cuestión de imagen: la diplomacia cultural en el siglo XXI**. Buenos Aires: Biblos, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2018.

GHSi (2012) **How the BRICS are reshaping global health and development in Shifting Paradigm**. Disponível em: http://www.ghsinitiatives.org/downloads/ghsi_brics_report.pdf.
Acesso em: 12 out. 2024.

GOMES M, ZOMBIA F, TUMBURRON T, KUMOBUYO M, CENTRE FOR HEALTH POLICY AND INNOVATION CANADA, UNIVERSITY OF MAKERERE UGANDA, FOUNDATION FOR AFRICA RESEARCH SOUTH AFRICA (2012) **Global Fund's decision to cancel Round 11: analysis examining the risks that Round 11 cancellations will have on health systems integration in Anais do Encontro AIDS 2012, em Washington DC, EUA.** Disponível em: <http://pag.aids2012.org/EPosterHandler.axd?aid=20188>. Acesso em: 11 out. 2024.

HARDIMAN, M. **The revised International Health Regulations: a framework for global health security.** International Journal of Antimicrobial Agents, Amsterdam, v. 21, n. 2, p. 207-211, 2003.

HENDERSON, Donald A. **Smallpox: The Death of a Disease.** Prometheus Books. 2009.

HILL, C., & SMITH, M. **International Relations and the European Union.** Oxford University Press. 2011.

HIRST, M. **América Latina y la Cooperación Sur-Sur: reflexiones conceptuales y políticas.** In: Bruno Ayllón Pino & Javier Surasky (orgs). **La Cooperación Sur-Sur en Latinoamérica: Utopía y Realidad.** Madrid: Los libros de la Catarata/Instituto Universitario de Desarrollo — Serie Desarrollo y Cooperación, 2010, pp. 17-40.

HIRST, M; LIMA, M. R. S. & PINHEIRO, L. **A política externa brasileira em tempos de novos horizontes e desafios.** Nueva Sociedad (Especial em Português), 2010. Disponível em:[http:// library.fes.de/pdf-files/nuso/es_2010.pdf](http://library.fes.de/pdf-files/nuso/es_2010.pdf)>. Acesso em: 1 out. 2024.

HIRST, Mônica; MACIEL, Tadeu Morado. **O tripé da Política Externa Brasileira no governo Bolsonaro.** Boletim Opsi, n. 3, p. 06-15, 2020. Disponível em: http://opsa.com.br/wp-content/uploads/2017/01/Boletim_OPESA_2020_n3-jul-set-2020.pdf. Acesso em: 05 ago 2024.

HOWARD-JONES, Norman , **O pano de fundo científico das Conferências Sanitárias Internacionais 1851-1938,** Genebra, Organização Mundial da Saúde, 1975, 4to, pp. 110, illus., S.Fr.12.00 (brochura). *História Médica.* 1976; 20(4):464-464.
DOI:10.1017/S0025727300031677

HUBER, Valeska. **The Unification of the Globe by Disease? The International Sanitary Conferences on Cholera, 1851–1894.** The Historical Journal. 2006.

IKENBERRY, G. J. **After victory: institutions, strategic restraint, and the rebuilding of order after major wars**. Princeton: Princeton University Press, 2001. 368 p.

IYAMU, Victor Oviacionayi. **Diplomacia pública en la bibliografía actual**. *Âmbito*, n. 11-12, 2004, p. 215-236. Disponível em: <<http://grupo.us.es/grehcco/ambitos11-12/iyamu.pdf>> . Acesso em: 12 mar. 2024.

JAKOVLJEVIC M (2015) **BRIC'S growing share of global health spending and their diverging pathways in *Frontiers in Public Health***. 06/05/2015. Disponível em: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2015.00135/full>. Acesso em: 2 out. 2024.

KEOHANE, Robert O. **After Hegemony**. Princeton: Princeton University Press. 1984.

KEOHANE, Robert O.; NYE JR, Joseph S. **Power and Interdependence**. New York: Longman, 1989.

KICKBUSCH, I.; KÖKÉNY, M. **Global health diplomacy: five years on**. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 91, n. 3, p. 159, 2013.

KICKBUSCH I, SILBERSCHMIDT G, BUSS P. **Diplomacia da saúde global: a necessidade de novas perspectivas, abordagens estratégicas e habilidades em saúde global**. *Touro Órgão Mundial da Saúde*. Março de 2007; 85(3):230-2. DOI: 10.2471/blt.06.039222.

KOPLAN, J. P. *et al.* **Towards a common definition of global health**. *The Lancet*, v. 373, p.1993-1995, 2009.

KOSARAJU, A. *et al.* **Use of mobile phones as a tool for United States health diplomacy abroad**. *Telemedicine and e-Health*, Larchmont, v. 16, n. 2, p. 218-222, 2010.

KRAYCHETE, E.S. **Cooperação internacional para o desenvolvimento: institucionalidades e agendas em distintos contextos econômicos e políticos**. In: IVO, A.B.L., ed. **A reinvenção do desenvolvimento: agências multilaterais e produção sociológica** [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 229-268. ISBN: 978-85-232-1857-7.

<https://doi.org/10.7476/9788523218577.0007>

LÁZARO, Amanda. **A saúde como parte da política externa brasileira: da cooperação à diplomacia da saúde**. *Boletim de Política Externa*. FUNAG, 2018. Disponível em: <https://funag.gov.br/>. Acesso em: 21 out. 2024.

LIMA, N.T. **O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões**, In: JACOBO FINKELMAN (Org.). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/OPAS, 2002. pp. 23-116.

LIMA, M. R. **Brasil e polos emergentes do poder mundial: Rússia, Índia, China e África do Sul**. In: Renato Bauman (Org.). **O Brasil e os demais BRICs — Comércio e Política. Brasília: CEPAL– IPEA**, 2010. Disponível em: http://eclac.org/publicaciones/xml/7/39967/O_Brasil_e_os_demais_BRICS.pdf. Acesso em 22 out. 2024.

LIMA, Maria Regina Soares de. **A política externa brasileira e os interesses nacionais**. *Nueva Sociedad*, 214, mar.-abr. 2008. Disponível em: http://www.nuso.org/userView/verOpinion_portugues.php?id=48. Acesso 5 out. 2024.

LIMA, Maria Regina Soares de. **A política externa brasileira e os desafios da cooperação Sul-Sul**. *Revista Brasileira de Política Internacional* [online]. 2005, v. 48, n. 1, pp. 24-59. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-73292005000100002>>. Epub 04 Ago 2008. ISSN 1983-3121. <https://doi.org/10.1590/S0034-73292005000100002>. Acesso em: 29 set. 2024.

LIMA, Nísia Trindade. **A história como janela para o futuro: os 21 anos do Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde**. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.29, n.4, p.887-889, 2022.

LIMA, Nísia Trindade. **Um sertão chamado Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2013.

LORD, Kristin M. **What academics (should have to) say about public diplomacy**.

MACHADO, Luiz Alberto Figueiredo. **Discurso proferido pelo Ministro de Estado das Relações Exteriores na sessão de abertura dos "Diálogos sobre Política Externa"**. Brasília, 26 fev. 2014. Disponível em: http://www.itamaraty.gov.br/index.php?option=com_tags&view=tag&id=131-di%C3%A1

logos-sobre-pol%C3%ADtica-externa&lang=pt-BR. Acesso em: 5 set. 2024.

MAHIOU, Ahmed. **La declaración sobre el establecimiento de un orden económico internacional**. United Nations Audiovisual Library of International Law, 2011. Disponível em: https://legal.un.org/avl/pdf/ha/ga/ga_3201/ga_3201_s.pdf. Acesso em: 12 ago. 2024.

MARTINS, P., Aguiar, A. S. W. de., Mesquita, C. A. M., Alexandrino, F.J., R. Silva, N. C. F. da., & Moreno, M. dos S. (2017). **Diplomacia da saúde global: proposta de modelo conceitual**. *Saúde E Sociedade*, 26(1), 229–239. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017168881>.

MILANI, C.R.S. **A importância das relações Brasil-Estados Unidos na política externa**. Boletim de Economia e Política Internacional, N.6, pp. Brasília: IPEA, 2011.

MILANI, Carlos (2018). **Solidariedade e Interesse: motivações e estratégias na cooperação internacional para o desenvolvimento**. Ed. Appris, Curitiba.

NUNN AS, Fonseca EM, Bastos FI, Gruskin S, Salomon JA. **Evolution of antiretroviral drug costs in Brazil in the context of free and universal access to AIDS treatment**. *PLoS Med* 2007; 4(11):e305.

NUNES, J. A. **O resgate da Epistemologia**. In SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (Org.). *Epistemologias do Sul*. Porto São Paulo: Cortez, 2010, p. 261-290.

NYE, Joseph S., **The Changing Nature of World Power**, *Political Science Quarterly*, Volume 105, Issue 2, Summer 1990, Pages 177–192, <https://doi.org/10.2307/2151022>.

NYE, Joseph S; KEOHANE, Robert. **Power and Interdependence**. Estados Unidos. Longman, 2001.

NYE, Joseph S. **Paradoxo do Poder Americano**. São Paulo: Editora UNESP, 2002.

NYE, Joseph. **Soft Power: The Means to Success in World Politics**. Nova Iorque: Public Affairs, 2004.

NYE, Joseph (2007). **“Smart Power”**. In **The Huffington Post**. Disponível em http://www.huffingtonpost.com/joseph-nye/smartpower_b_74725.htm.

NYE, J. **Public diplomacy and soft power**. The Annals of the American Academy of Political and Social Science, v. 616, n. 1, p. 94-109, 2008. OMS. 2008. E-portugues. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/en>.

NYE, J. S. (2011). **The future of power**. Public Affairs.

OBSERVATÓRIO BRASIL E O SUL. **Os BRICS e cooperação em saúde: um panorama dos avanços e potencialidades**. Disponível em: <https://www.obs.org.br/integracao/854-os-brics-e-cooperacao-em-saude-um-panorama-dos-avancos-e-potencialidades>. Acesso em: 10 set. 2024.

PATRIOTA, Antonio de Aguiar. Dia mundial da liberdade de imprensa. **Discurso proferido por ocasião da comemoração do Dia Mundial de Liberdade de Imprensa**. Brasília, Instituto Rio Branco, 3 mai. 2011. Disponível em: <http://goo.gl/Tvqvqv>.

PACKARD, Randall M. **A History of Global Health: Interventions into the Lives of Other Peoples**. Johns Hopkins University Press. 2016.

PECEQUILO, Cristina Soreanu. **Introdução às Relações Internacionais: temas, atores e visões**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

PIMENTEL, Raimunda Antonila Campos Mota; DIAS, Eduardo Rocha. **Perspectivas da cooperação em saúde no espaço lusófono: análise da atuação do Brasil nas relações de cooperação com países de Língua Portuguesa**. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, Brasil, v. 21, p. e0015, 2021. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2021.163952. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/163952>. Acesso em: 13 nov. 2024.

PINTO, Danielle Jacon Ayres. **Smart power: os pilares deste poder na política externa brasileira**. In: 3º ENCONTRO NACIONAL ABRI 2001, 3., 2011, São Paulo. **Proceedings online...** Associação Brasileira de Relações Internacionais Instituto de Relações Internacionais - USP, Available from: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000012201100

0100061&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 3 mar. 2024.

PINTO, Danyelle Ayres; MESQUITA, Lucas Ribeiro. **Smart Power Brasileiro: a cooperação internacional como projeção de poder internacional**. Revista Política Hoje, v. 21, n. 2, p. 350, 2012.

PIRES-ALVES, F.A.; PAIVA, C; SANTANA, J.P. & MEJÍA, D.V. **A cooperação técnica OPAS–Brasil e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde: trajetórias históricas e agendas contemporâneas**. RECIIS–Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde (Edição em português. Online), v. 14, n. 1, pp. 68–77, 2010.

POSSAS, Maria Silvia. **Maria da Conceição Tavares**. Estudos Avançados [online]. 2001, v. 15, n. 43, pp. 389-400. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-40142001000300028>>. Epub 16 Mar 2005. ISSN 1806-9592. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142001000300028>.

QUENTAL, Cristiane *et al.* **Medicamentos genéricos no Brasil: impactos das políticas públicas sobre a indústria nacional**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2008, v. 13, n. suppl [Acessado 3 Novembro 2024], pp. 619-628. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000700011>>. Epub 01 Abr 2008. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000700011>.

RATZAN, S. C. **Innovation in the post-MDG environment: advancing global health diplomacy in pursuit of the global good**. Journal of Health Communication, London, v. 18, n. 5, p. 479-484, 2013.

RIBEIRO, Helena. **Saúde Global: olhares do presente**. Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2016. 106 p. (Coleção Temas em Saúde) ISBN: 978-85-7541-489-7

RIZZI, Kamilla Raquel; SILVA, Isabella Cruzichi da. **A CPLP como mecanismo de atuação do Brasil no Atlântico Sul: a ampliação da cooperação, os desafios e a possibilidade de liderança**. Revista Brasileira de Estudos Africanos, v. 2, n. 4, p.32-63, jul./dez. 2017. <https://seer.ufrgs.br/rbea/article/download/79143/47055>. <https://doi.org/10.22456/2448-3923.79143>.

RIZZOTTO, M. L. F. **A saúde na proposta de desenvolvimento da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL)/ Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)**. Saúde em Debate. Rio de Janeiro. V. 37, no. 96, pp. 20-31, jan./mar. 2013.

ROLIM, Maria Clara Lopes. **Relações internacionais e governança da saúde global: Uma Análise de Políticas Sanitárias em Cenários de Enfrentamento das Pandemias**. Saúde Coletiva: Avanços e desafios para a integralidade do cuidado, v. 2, p. 417-439, 2021.

RUSSO, G.; FERRINHO, P.; DUSSAULT, G. & FLORIANO, A., **Brazilian Cooperation 's Health Projects in Portuguese Speaking African Countries**. Draft Report 31/05/2011. WHO/Instituto de Higiene E Medicina Tropical, Univ. Nova de Lisboa. (mimeo).

SACHS, Jeffrey D. **The Age of Sustainable Development**. Columbia University Press. 2012.

SANTOS, B. S. **Do pós-moderno ao pós-colonial: e para além de um e de outro**. Conferência de abertura do VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, Coimbra, 16 set. 2004. 45 p. Disponível em: www.ces.uc.pt/misc/Do_pos-moderno_ao_pos-colonial.pdf . Acesso em: 14 abr. 2024.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010a. 92 p.

SANTOS, B. S. **Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia dos saberes**. In SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez, 2010b, p. 31-83.

SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (Org.). **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, 2010. 637 p.

SARAIVA, Miriam Gomes. **As estratégias de cooperação Sul-Sul nos marcos da política externa brasileira de 1993 a 2007**. Revista Brasileira de Política Internacional [online]. 2007, v. 50, n. 2 , pp. 42-59. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-73292007000200004>. Epub 01 Fev 2008. ISSN 1983-3121. <https://doi.org/10.1590/S0034-73292007000200004>. Acesso em: 29 out 2024.

SCHNEIDER, Cynthia P. **Culture Communicates: US Diplomacy That Works. In The New Public Diplomacy: Soft Power in International Relations** / edited by Jan Melissen. New York: Palgrave Macmillan, 2005, p. 147-168.

SEVCENKO, Nicolau. **A Revolta da vacina: Mentres insanas em corpos rebeldes**.

Scipione, São Paulo, SP, 2001

SILVA, Daniel Martins. **Os BRICS e cooperação em saúde: um panorama dos avanços e potencialidades. Observatório Brasil e o Sul**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 1-4, fev./2016. Disponível em: <https://www.obs.org.br/integracao/854-os-brics-e-cooperacao-em-saude-um-panorama-dos-avancos-e-potencialidades>. Acesso em: 24 out. 2024.

SILVA J, DESIJARU K, MATSOSO P, MINGHUI R e SALAGAY O (2014) **BRICS cooperation in strategic health projects in Bulletin of the World Health Organization**. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/6/14-141051/en/>. Acesso em: 5 ago. 2024.

SILVA, Hilton P. *et al.* **O Projeto Mais Médicos para o Brasil: desafios e contribuições à Atenção Básica na visão dos médicos cooperados**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2017, v. 21, n. Suppl 1 [Acessado 13 Novembro 2024], pp. 1257-1268. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0531>>. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0531>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Posicionamento da SBD sobre a aquisição, pelo Ministério da Saúde, da insulina asparte da China**. Disponível em: <https://diabetes.org.br/posicionamento-da-sbd-sobre-a-aquisicao-pelo-ministerio-da-saude-da-insulina-asparte-da-china/>. Acesso em: 16 set. 2024.

SOUSA SANTOS, Boaventura de. (2010). **Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia dos saberes**. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 1-33.

SOUZA, José Gilberto e GUIMARÃES, Raul. **Pandemia de covid-19: uma análise geopolítica**. Saúde e Sociedade [online]. v. 30, n. 1, e200649. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200649>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200649>. Acesso em: 2 out. 2024.

SUR. **Revista Internacional de Direitos Humanos / Sur – Rede Universitária de Direitos Humanos – v.10, n.19, dez.2013 – São Paulo, 2013- . Semestral.**

OURIVEIS, Máira. **Soft power e indústria cultural: a política externa norte-americana presente no cotidiano do indivíduo**. *Revista Acadêmica de Relações Internacionais*, Florianópolis, v. 2, n. 4, p. 168-196, set./2013. Disponível em:

https://rari.ufsc.br/files/2013/10/RARI-N_4-Vol.-II-Completa.pdf. Acesso em: 5 abr. 2024.

TAMBURINE, Natália Rocha. **Breve história da diplomacia pública: um estudo comparativo entre o caso estadunidense e o brasileiro**. 2015. 20, [5] f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Relações Internacionais) Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/11366>.

TAVARES, Maria da Conceição. **Auge e declínio do processo de substituição de importações no Brasil**. Estudos CEBRAP, n. 4, p. 18-43, 1970.

TAVARES, Maria da Conceição. **Da substituição de importações ao capitalismo financeiro**. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

TAVARES, Maria da Conceição. **Industrialização e crise mundial**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

TAVARES, Maria da Conceição. **Ciclo e crise: o movimento da economia brasileira**. In: TAVARES, Maria da Conceição (Org.). Ensaios sobre o desenvolvimento brasileiro. São Paulo: Brasiliense, 1985, p. 55-78.

TAVARES, Maria da Conceição. **O Brasil no Mercosul: potencialidades e limites**. Novos Estudos CEBRAP, n. 36, p. 23-45, 1993.

TAVARES, Maria da Conceição. **A economia brasileira e o neoliberalismo**. Revista de Economia Política, v. 17, n. 4, p. 5-22, 1997.

TAVARES, Maria da Conceição. **Globalização e desnacionalização: o Brasil no contexto internacional**. Revista de Estudos Avançados, v. 12, n. 34, p. 245-260, 1998.

TAVARES, Maria da Conceição. **O futuro do desenvolvimento no Brasil**. Revista de Política Econômica, n. 9, p. 33-50, 1999.

TOBAR, P. M. B. S. **Diplomacia em Saúde e Saúde Global: Perspectivas Latino-americanas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. p. 1-653.

UNASUR. **Tratado Constitutivo de la Unión de Naciones Suramericanas**. 23 de maio de 2008a. Disponível em: http://www.isags-unasur.org/documentos_interna.asp?lang=3&idArea=26&idPai=2421> . Acesso em: 16 out. 2024.

UNASUL. **Decisión para el Establecimiento del Consejo de Salud de la Unasur**. 17 de dezembro de 2008b. Disponível em: <http://www.unasursg.org/uploads/ce/cd/cecdfa7cf8540bc4e855e773d1242403/Estatutos Consejo-de-Salud-Suramericano.pdf>> . Acesso em: 16 out. 2024.

UNASUL. **Resolución 07/2009 del Consejo de Salud de Unasur**. 24 de novembro de 2009.

UNASUL SAÚDE. 2010a. **Relatório do Grupo Técnico de Acesso Universal a Medicamentos [e Insumos para a Saúde]**, Buenos Aires, janeiro de 2010. Disponível em: <http://www.unasur-salud.org>. Acesso em: 16 out. 2024.

UNASUL. **Estatuto del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud**. 2011. Disponível em: http://www.isags-unasur.org/documentos_interna.asp?lang=1&idArea=27&idPai=1684> . Acesso em: 16 out. 2024.

UNASUL. **Resolución 04/2012 del Consejo de Salud de Unasur**. 20 de abril de 2012. Disponível em: <http://www.isags-unasul.org/media/file/Resolucion%2004-2012%20-%20CSS.pdf>> . Acesso em: 16 out. 2024.

UNDP. United Nations Conference on Technical Cooperation among Developing Countries. The Buenos Aires Plan of Action. 1978. Disponível em: http://tcdc.undp.org/knowledge_base/bapa_english1.htm. Acesso em: 12 jul. 2024.

United Nations. **Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future**. Oxford University Press. 1987.

United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD). **The History of UNCTAD 1964-1984**. United Nations, 1985.

UNIÓN DE NACIONES SURAMERICANAS (UNASUR). **Decisión para el Establecimiento del Consejo de Salud Suramericano de la Unasur**. 17 de dezembro de 2008a. Disponível em: <http://www.unasursg.org/>

images/descargas/ESTATUTOS%20CONSEJOS%20MINISTERIALES%20SECTORALES/ESTATUTO%20CONSEJO%20DE%20SALUD.pdf>. Acesso em: 20 out. 2024.

MELLO VALENÇA, M.; BIZZO AFFONSO, L. **O papel da cooperação humanitária na política externa brasileira como estratégia de soft power (2003-2016)**. AUSTRAL: Revista Brasileira de Estratégia e Relações Internacionais, [S. l.], v. 8, n. 15, 2022. DOI: 10.22456/2238-6912.86303. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/austral/article/view/86303>. Acesso em: 4 nov. 2024.

VALVERDE (2015) **Doenças Negligenciadas**. Agência Fiocruz de Notícias. Disponível em: <http://www.agencia.fiocruz.br/doen%C3%A7as-negligenciadas>. Acesso em 3 set. 2024

VENTURA, Deisy de Freitas Lima. **Saúde pública e política externa brasileira**. Sur - Revista Internacional de Direitos Humanos, v. 10, n. 19, p. 99-117, 2013 Tradução. Disponível em: <http://www.conectas.org/Arquivos/edicao/publicacoes/publicacao-201451319567889-80155878.pdf>. Acesso em: 23 out. 2024.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima. **Do Ébola ao Zika: as emergências internacionais e a securitização da saúde global**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2016, v. 32, n. 4, e00033316. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00033316>>. Epub 19 Abr 2016. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00033316>. Acessado 28 Out. 2024

VENTURA, D. & CAMPOS, L. **Sobre o ebola no Brasil**. Saúde Global, 10 set. 2014. Disponível em: <<http://saudeglobal.org/2014/09/10/sobre-o-ebola-no-brasil-de-deisy-ventura-e-leonel-campos>>. Acesso em: 26 maio 2024.

VENTURA, D. & PÉREZ, F. A. **A América do Sul e a saúde global: um novo paradigma? In: IGLESIAS, E. (Coord.). Os Desafios da América Latina no Século XX**. São Paulo: Edusp, 2015.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima. **Do ebola ao zika: as emergências internacionais e a securitização da saúde global**. Cadernos de Saúde Pública, v.32, n.4, 2016. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/0102-311X00033316>. Acesso em: 18 mar. 2024.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima. **Coronavírus: não existe segurança sem acesso universal à saúde**. Jornal da USP, 31 jan. 2020. Disponível em: <https://jornal.usp.br/artigos/coronavirus-nao-existe-seguranca-sem-acesso-universal-a-saude/>. Acesso em: 17 set. 2024.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima; AITH, Fernando Mussa Abujamra; RACHED, Danielle Hanna. **A emergência do novo coronavírus e a “lei de quarentena” no Brasil.** Revista Direito e Práxis, v.12, n.1, p.102-138, 2021

VENTURA, Deisy de Freitas Lima; REIS, Rossana. **A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da covid-19.** Direitos na pandemia: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à covid-19 no Brasil, n.10, p.6- 31. 2021. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/003016698>. Acesso em: 23 jun. 2024

VIGEVANI, Tullo; Cepaluni, Gabriel. **A Política Externa Brasileira no Governo Lula: A Estratégia da Autonomia pela Diversificação.** Revista Brasileira de Política Internacional, 50(2), 127-144. 2007.

WILSON III, Ernest J. **Hard power, soft power, smart power.** The annals of the American academy of Political and Social Science, v. 616, n. 1, p. 110-124, 2008.

WHITMEE S, HAINES A, BEYRER C, BOLTZ F, CAPON AG, DIAS BFS, *et al.* **Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health.** Lancet. 2015;386:1973-2028. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60901-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60901-1).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Transforming our World: the 2030 agenda for sustainable development.** Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/> .10 set. 2016a. Acesso em: 10 out. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Data 2016.** Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_heal-th_statistics/2016/en 15 ago. 2016b. Acesso em: 10 out. 2024.

YU, P. **Access to medicines, BRICS alliances, and collective action in American Journal of Law and Medicine,** Volume 3, 2008. Disponível em: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1088893. Acesso em: 12 out. 2024.

YUHUI, Qu. **Entrevista concedida a Fábio Borges e Edith Venero Ferro.** Setembro de 2021. Entrevista gravada.