



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Mocellin Pittas, Tiago; Franzoi Dri, Clarissa

O diálogo entre saúde e política externa na cooperação brasileira em bancos de leite
humano

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 7, julio, 2017, pp. 2277-2286

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63051952020>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O diálogo entre saúde e política externa na cooperação brasileira em bancos de leite humano

The dialog between health and foreign policy in Brazilian cooperation in human milk banks

Tiago Mocellin Pittas ¹
Clarissa Franzoi Dri ¹

Abstract *Mother's milk is the primary source of nourishment in early infancy. When this source is unavailable, secondary sources may be used, such as human milk banks. The first milk bank in Brazil was created in 1943, and they have been used ever since. A national model was developed through a number of phases, culminating in the Brazilian Network of Human Milk Banks. This gave rise to a number of international cooperation projects, with the Brazilian model particularly relevant for developing nations. The main objective of this analysis is to understand what drives Brazil to promote milk banks internationally. To do this we tried to understand the relationship between health and foreign policy, expressed here as soft power, as here the two areas dialog with one another. The results include gains in both areas and the affirmation of health as a central goal of the national interest cluster of the case.*

Key words *Human milk banks, Health Diplomacy, South-South cooperation, Brazilian foreign policy, Global health*

Resumo *O leite materno é a principal forma de alimentação nos primeiros anos da infância. Na impossibilidade deste tipo de amamentação, surgem alternativas secundárias, como os bancos de leite humano. No caso brasileiro, a adoção desta fonte teve início em 1943, com a instituição do primeiro banco de leite. A partir de então, passando por diferentes fases, foi desenvolvido um modelo nacional que culminou na criação da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Como consequência, diversos projetos de cooperação internacional iniciam a partir disso, sendo o modelo brasileiro relevante principalmente para países em desenvolvimento. O objetivo central desta análise é compreender o que motiva o Brasil a promover os bancos de leite internacionalmente. Para realizá-lo, busca-se entender o relacionamento entre saúde e política externa, expressa aqui em termos de soft power, posto que as duas pastas dialogaram nesses atos. Entre os resultados estão expressos ganhos em ambas as áreas e a afirmação da saúde como um fim a ser alcançado no grupo de interesses nacionais do caso.*

Palavras-chave *Bancos de leite humano, Diplomacia em saúde, Cooperação Sul-Sul, Política externa brasileira, Saúde global*

¹ Departamento de Economia e Relações Internacionais, Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário, Trindade, 88040-970 Florianópolis SC Brasil. mocellin.tiago@gmail.com

Introdução

A amamentação é uma prática socialmente condicionada e que traz diversos benefícios à saúde do lactente, sendo uma importante ferramenta na redução da mortalidade infantil¹. Iniciativas como a implementação de bancos de leite humano (BLH) surgem com o objetivo de prover o leite nos casos em que a mãe não é uma fonte disponível. Tendo isso em vista, o Brasil desenvolveu uma das mais complexas e eficientes redes de bancos de leite do mundo, construindo um instrumento nacional para lidar com o desafio da saúde na primeira infância. No entanto, considerando o sucesso e as características do modelo brasileiro, este passou a ser exportado para diversos países, especialmente aos em desenvolvimento. As ações brasileiras em diplomacia em saúde nesse período correspondem a momentos de intersetorialidade, especialmente entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério das Relações Exteriores (MRE).

Essas ações internacionais começaram a ocorrer durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e seguiram nos períodos seguintes de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) e Dilma Rousseff (2011-2016). Em virtude da disponibilidade de dados e de literatura, o recorte do artigo vai da posse de Cardoso em 1995 até o final do primeiro mandato de Dilma, em 2014. O objetivo central desta análise é compreender o que motiva o Brasil a promover os bancos de leite internacionalmente. Nossa hipótese é a de que esta promoção ocorre com objetivos vinculados tanto à saúde quanto à política externa, expressa em *soft power*, posto que as duas pastas dialogaram nesses atos.

Essa contribuição sobre cooperação internacional em saúde situa-se no eixo das estratégias e experiências de regulação em saúde. Especialmente, trata-se aqui de normas e instituições internacionais nascentes no tema dos bancos de leite humano. Nessa área, a atuação brasileira tem sido central para a configuração dos modelos em países em desenvolvimento. Trata-se, então, de uma busca conjunta pelo desenvolvimento, a partir das garantias de saúde infantil, em Estados do Sul global com baixa desigualdade relativa nesse quesito. O artigo está dividido em três seções. Na primeira, há a apresentação do referencial teórico, que consiste no *soft power* de Nye^{2,3} como instrumento de política externa e seu possível relacionamento com a saúde global. Na seção seguinte, o contexto em que se encontra o modelo brasileiro em BLH é descrito. Na

última parte, por fim, a estratégia e os resultados brasileiros são interpretados à luz do exposto previamente.

Saúde e *Soft Power*: um diálogo de via dupla

Um importante recurso de poder atualmente é o chamado *soft power*. Servindo como recurso, pode ser utilizado para atingir diversos fins, inclusive em saúde. Dessa forma, uma exposição a respeito do debate entre saúde e política externa é um balizador do caráter que seguem os projetos de cooperação brasileiros em bancos de leite humano.

Ao perceber o cenário mundial pós-Guerra Fria, Nye² desenvolveu o conceito de *soft power*. O autor observou que o conjunto de fatores que moldam o poder internacional encontrou um ponto de mutação, acarretando alteração na natureza das relações entre Estados. A definição de poder estaria perdendo ênfase nas questões militares e de conquista territorial, ou seja, nos aspectos tradicionais da Guerra Fria, resultando menor custo-benefício no uso da força. Em contraste, outras esferas, como saúde, tecnologia e educação tornavam-se cada vez mais importantes. Aspectos como a globalização e a intensificação nas interações humanas geraram maior interconectividade espacial, temporal e cognitiva, o que também impactou na reconfiguração da natureza de poder. Há, assim, novos problemas que necessitam resoluções coletivas, o que traz, por conseguinte, uma ampliação dos assuntos que concernem à política externa²⁻⁴. A isso também contribui o acréscimo de agentes que trazem ao cenário internacional objetivos distintos dos meramente estatais. Consequentemente, outros instrumentos, como habilidades organizacionais, de comunicação e institucionais tornaram-se importantes da mesma forma que a manipulação da interdependência (entendida como a forma de obter benefícios em função dos novos processos que conectam os atores). Há, por conseguinte, uma difusão do poder². Assim, os países centrais, embora ainda controlem os recursos de *hard power* (os recursos de poder tradicionais, militares e econômicos), agora possuem menos capacidade de controlar certos setores no cenário internacional³.

É dessa maneira que o *soft power* ganha importância nos dias atuais. Esse processo acontece por meio da influência e da legitimização de valores culturais e de ideologias, com respeito às regras e instituições internacionais, e não através da coerção como seria com o *hard power*. Apesar

de ambas as formas de poder serem importantes e juntas constituírem o chamado *smart power*³, cada vez mais significativo, afirma-se o poder de tornar suas ideias legitimamente aceitas internacionalmente para, através delas, reforçar sua posição e influenciar o cenário internacional. Desse modo, outros Estados estarão mais suscetíveis a atuar em consonância a essa nova prática já legitimada. Assim, um ator pode exportar seus valores e, com isso, tornar suas vontades mais aceitas no meio internacional, dirimindo ou minimizando objeções externas².

Em relação à saúde, as características do *soft power* são perceptíveis a partir de pontos de contato com o que foi observado por Nye^{2,3}. Conforme demonstra a literatura, a saúde global conta com uma ampla diversidade de atores influentes (como estatais, não-estatais de diversos tipos e organizações internacionais) e processos (que reestruturam as formas de interação), de modo que há complexificação nas relações atuais⁴⁻⁷. Além disso, há uma gama de novos Estados obtendo destaque, especialmente entre os países em desenvolvimento, como Brasil, China, Índia, México, entre outros. O rápido crescimento econômico proporcionou uma mudança de posição em nível internacional, tornando esses países mais ativos nas questões globais⁵.

Observa-se na literatura em saúde global um debate a respeito do relacionamento entre a saúde e a busca dos atores por *soft power*. Enquanto uma perspectiva observa o uso da saúde como meio para o alcance de objetivos maiores de política externa não relacionados à saúde, outra busca avaliar o alcance dos objetivos sanitários através da política externa. Há, ainda, uma terceira corrente, que tenta ir além desse debate normativo a respeito de como deve ser visto o relacionamento entre *soft power* e saúde ao afirmar que, independente de como seja, o setor da saúde deve tentar obter o maior benefício dessa relação⁴.

Referente à primeira perspectiva, observa-se Fidler⁶ como um representante referência. O autor afirma que o uso da saúde para obtenção de ganhos em outras áreas de política externa é histórico, a despeito de apenas recentemente ser estudado. O mecanismo principal para isso seria a via bilateral. A assistência seria dada com uma dupla finalidade: resolver um problema sanitário de preocupação mútua e estreitar laços como forma de aumento relativo de poder. A visão de Fidler⁶ é de ceticismo, já que conclui que esta prática não levaria a ganhos significativos no campo político e não é claro se os ganhos na saúde são proveitosos. Portanto, o uso da diplomacia em

saúde como *soft power* no pós-Segunda Guerra Mundial não traria ganhos significativos do ponto de vista da saúde global⁶.

Os autores da segunda perspectiva, representados aqui por Kickbusch e Berger⁷ e Kickbusch e Buss⁵, por sua vez, observam que as questões de saúde têm ganhado força na agenda em função de aspectos como a globalização e, dessa forma, os problemas desse setor exigem esforços inter-setoriais e coletivos. Isso estaria gerando uma tensão e enfraquecimento nos interesses tradicionais dos Estados (notadamente, comércio e segurança), visto que a complexidade da diplomacia do século XXI estaria trazendo novos atores, questões, funções e valores, o que transformou a saúde em objetivo da diplomacia, inserindo, inclusive, mais solidariedade. Além disso, ao contrário da visão anterior, os autores dessa perspectiva observam um aumento da multipolaridade⁷. Nesse sentido, a dinâmica que acompanha esse processo possibilita maior integração da saúde na agenda de política externa.

A terceira e última abordagem, por fim, analisa como negociações e acordos relacionados à saúde podem se beneficiar das habilidades e experiências dos diplomatas. Isso seria útil uma vez que o campo da saúde é visto como despreparado para lidar com outros setores. Nesse sentido, há um entendimento de que tanto a política externa pode se beneficiar da saúde quanto o oposto também é possível, a variar conforme os setores busquem o entendimento e a cooperação⁴.

Em resumo, ao contrastar as duas primeiras perspectivas nota-se que há diferentes avaliações a respeito de quando (histórico ou atual) e como (bilateral ou multilateral) ocorre esse relacionamento entre poder e saúde, além dos diferentes diagnósticos que vão de uma visão cética a outra de entusiasmo. A última visão, por seu turno, apesar de ser complementar às anteriores, também acrescenta uma dimensão importante, que ultrapassa a fronteira da discussão entre o eixo política externa-saúde de maneira transversal, possibilitando o encontro desses dois setores. Ao mesmo tempo que aceita o diálogo entre as duas esferas, foca menos em discutir quais seriam os objetivos e mais em como pode haver um benefício mútuo. Nesse sentido, vai ao encontro do que entende Nye³, de que o que importa mais são os resultados e não os recursos. Isto é, as estratégias (entendidas nos recursos de *soft* e *hard power*) e os contextos seriam os meios e devem ser levados em conta pelos tomadores de decisão, mas os resultados finais são mais importantes. Nesse sentido, devemos entender as estratégias levadas

a cabo, porém sabendo diferenciá-las dos resultados. Sendo assim, uma estratégia de *soft power* (meio) pode culminar em resultados positivos na dimensão da saúde (fim) – e em outras também.

Soma-se a essa visão o fato de que cada ator não possui necessariamente apenas um interesse e apenas uma estratégia em cada ação. Nesse sentido, há grupos de interesses nacionais (*national interest clusters*⁸) que determinam as tomadas de decisão. Dentro de cada grupo pode haver objetivos prioritários (como comércio, segurança, educação, saúde, etc.) e outros que são instrumentalizados para a obtenção destes primeiros. Dessa forma, não há objetivos estáticos, mas sim que variam conforme o caso.

Isto posto, um ponto de concordância na literatura é a emergência de países em desenvolvimento, como o Brasil, obtendo destaque nas questões de saúde. Seguindo essa acepção, constata-se a busca brasileira por maior destaque na arena internacional no pós-Guerra Fria, especialmente a partir do governo Fernando Henrique Cardoso. Essa tendência confirma-se nos governos seguintes.

Com Cardoso, buscou-se alterar a existente agenda reativa na política externa por uma nova lógica em que predominava uma agenda internacional pró-ativa, moldada com base nas novas tendências mundiais e cujo objetivo seria ampliar o poder de controle sobre seu destino⁹. Isso permitiria ao Brasil articular-se com o meio internacional sem submeter-se; continuar sua postura amigável frente aos países do Norte, porém atendendo as necessidades e as especificidades do país; e influenciar na agenda internacional com perspectivas próprias. Entendia-se que os interesses brasileiros estavam atrelados aos internacionais – dessa forma, atuar internacionalmente seria uma forma de legitimação e concretização dos interesses específicos nacionais. Isso o faria convergir, então, às tendências mundiais e aderir aos regimes, sem ter uma posição subordinada⁹. Em suma, Cardoso atuou dentro do sistema vigente, com intuito de manter as conquistas feitas pelo país com consciência das suas limitações de poder.

Já com a posse de Lula, em 2003, tem início um processo de alteração de ênfase em certos aspectos da política externa brasileira, com a realização de mudanças e ajustes em relação ao período anterior. A partir desse novo momento, o Brasil passou a atuar através de uma lógica que enfatiza as parcerias com países do Sul e acordos com parceiros não tradicionais, com o intuito de reduzir as assimetrias em relação aos países de-

senvolvidos e, então, aumentar a sua capacidade de negociação. Algumas dessas ações aconteceram em bloco, como iniciativas conjuntas de Brasil e países vizinhos ou do Sul global, em uma posição mais horizontal com seus parceiros¹⁰.

No governo Dilma, por fim, apesar de serem mantidos objetivos como autonomia e desenvolvimento, o país teve postura menos propositiva e uma política externa mais contida e discreta. Entende-se que há fatores de continuidade como a inexistência de novas demandas burocráticas e a inocorrência de reestruturação doméstica, enquanto as mudanças seriam basicamente relativas aos diferentes perfis de presidência e aos choques externos (como a Primavera Árabe)¹¹.

De forma geral, portanto, é nítido que durante os governos Cardoso e Lula houve, com diferentes métodos e abordagens, uma tentativa de inserção na ordem global de forma ativa. Durante o governo Dilma, a dimensão da política externa foi levemente enfraquecida, a despeito de seguir alguns paradigmas do governo anterior. Além disso, vale salientar que em termos geográficos Fernando Henrique foi mais voltado para a Europa, enquanto nos períodos posteriores foi dada maior ênfase ao continente africano. Em relação à América do Sul, contudo, há convergência entre os governos, já que foi uma pauta prioritária para todos¹².

No que remete à diplomacia em saúde brasileira, a Constituição Federal de 1988 é a base central de atuação. A partir dela, instaura-se uma visão descentralizadora de saúde pública que visa garantir nesse setor o acesso integral, universal e igualitário aos cidadãos brasileiros. Utilizando-se dessas credenciais, o país pode, então, assumir novos posicionamentos em âmbito internacional¹³. Uma característica forte da postura brasileira é a participação de diversos órgãos governamentais cooperando com o Ministério das Relações Exteriores (MRE), o que reforça o caráter de horizontalização da política externa¹⁴.

Com isso, surge a concepção de cooperação Sul-Sul estruturante em saúde. Principalmente a partir dos anos 2000, a projeção internacional do Brasil na esfera da saúde é balizada pelas características Sul-Sul. Isto é, as interações manifestam um caráter de maior simetria entre os agentes, sem impor condicionalidades ou praticar uma transferência passiva de tecnologias, que são alguns pilares tradicionais da cooperação Norte-Sul¹⁵. O objetivo é gerar nos países parceiros a capacidade de levar em frente seus sistemas de saúde com autonomia, capacidade de liderança e geração de conhecimento. Assim, o Brasil pro-

cura atuar como um potencializador dessas capacidades ao auxiliar no desenvolvimento dos processos ligados à área, tanto em termos de estrutura física como também no campo do desenvolvimento humano.

Um exemplo conhecido da atuação internacional brasileira é o caso dos remédios antirretrovirais para HIV/AIDS. Nesse caso, as políticas doméstica e externa ocorrem de forma coerente, com busca da universalização do acesso a medicamentos. No campo externo, o país enfrentou desde o início a tarefa do reconhecimento internacional. Ao lidar com esse problema, bem como para tratar da questão em âmbito interno, o governo buscou o apoio de países em condição semelhante, tais como Índia, Tailândia e África do Sul, organizações não governamentais e também procurou sensibilizar a sociedade civil¹⁶⁻¹⁸. Com o sucesso brasileiro nessas políticas (acarretando tanto em *soft* quanto em *hard power* – esta última no campo econômico¹⁶), porém, a posição foi fortalecida em negociações de diversos níveis relativas ao comércio, à propriedade intelectual, à saúde e aos direitos humanos, gerando um efeito de transbordamento.

Este exemplo é importante porque ilustra um possível relacionamento entre *soft power* e saúde e a importância desta última na agenda da política externa brasileira. A partir do descrito, percebe-se que um dos motivos que explicam os ganhos que o país obteve nessa questão é justamente a credibilidade adquirida com *soft power*¹⁷. Tal conclusão é manifesta uma vez que, com sucesso, foi possível mobilizar de forma favorável até mesmo a sociedade civil de países contrários ao posicionamento brasileiro. Nesse caso, pois, pode ser dito que um dos elementos que formou o grupo de interesses nacionais foi o da saúde. Ao mesmo tempo, o país conquistou respeito e reconhecimento como um líder global em ascensão¹⁸. Dessa forma, houve ganhos tanto em termos de poder quanto na agenda da saúde: de forma mútua, política externa e saúde beneficiaram-se desse relacionamento.

Com base no exposto, ficou claro que há maneiras distintas de se avaliar o diálogo entre política externa e saúde. Entre os diversos modos, uma importante ferramenta de análise é o estudo a respeito de como ocorre esse relacionamento e como cada setor pode se beneficiar em casos específicos. Na próxima seção é descrito o contexto dos BLH no Brasil e o modelo que é base para os projetos de cooperação.

Amamentação e bancos de leite: o modelo brasileiro

O leite humano caracteriza-se pela sua importância no desenvolvimento infantil, sendo o principal método de amamentação. Com isso, o processo histórico demonstra que, caso não seja possível ter a própria mãe como uma fonte, torna-se necessária a busca de outras, como os bancos de leite humano – criado pela primeira vez em Viena, em 1900¹. Seu efeito na sobrevivência, crescimento e desenvolvimento é notório. As indicações mais convencionais para a prescrição de BLH são nutricionais (caso de prematuridade, entre outros), terapêuticas (em caso de doenças infecciosas, por exemplo) e preventivas (como quando há alergia às proteínas do leite de vaca)¹⁹.

Outros marcos favoráveis à promoção dos bancos de leite humano podem ser vistos, por exemplo, nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). No total de oito foram elaborados no ano 2000 como meta até 2015. Explicitamente, um deles possuía como meta a redução da mortalidade infantil, priorizando a busca pela diminuição em dois terços das mortes em crianças menores de cinco anos – no que os BLH podem ser uma medida eficaz. No caso brasileiro, esta meta foi alcançada²⁰. Ao encontro dessa perspectiva, também está a percepção do Banco Mundial. Ele estima que investir em iniciativas de saúde infantil traz retornos que equivalem a sete vezes o valor investido, através de redução de custos com segurança social e do aumento da produtividade econômica²¹.

Há margem para tentativas de soluções de problemas estruturais vinculados à saúde infantil a partir da implementação de bancos de leite. Em populações de baixa renda, especialmente de países em desenvolvimento como os da África, Ásia e alguns latino-americanos, muitas vezes as famílias acabam não amamentando seus recém-nascidos com leite humano, optando por alternativas industrializadas. Essa opção não é prejudicial apenas pelos aspectos favoráveis à amamentação humana, mas também porque além da criança se tornar mais vulnerável em função da falta de alimentação materna, ainda há as condições precárias desses países. Assim, desnutrição e infecção relacionam-se e o aleitamento materno torna-se ainda mais necessário para a reversão dos quadros de morbidade e mortalidade infantis²¹.

Nos últimos anos, diferentes modelos de bancos de leite humano foram criados, sendo o brasileiro e o anglo-saxão os principais²². Em relação ao brasileiro, a organização parte do nível

nacional para o local, com treinamento de pessoal, registro dos certificados e centros de referência estaduais e nacionais – característica da descentralização. Um dos objetivos principais é desenvolver tecnologia, métodos baratos e equipamentos para doadores, para que se produza um produto seguro e de qualidade²¹. A iniciativa brasileira chegou a ser premiada em 2001 com o prêmio Sasakawa de Saúde como melhor projeto de saúde pública. Assim, em contraposição ao anglo-saxão, o modelo brasileiro é simples, eficiente e economicamente viável para países em desenvolvimento^{21,22}. Nesse caso, seria o modelo ideal para aqueles grupos de países de baixa renda supracitados.

Em relação à história brasileira de amamentação e BLH, observa-se que há flutuações acerca de sua importância social, a variar conforme o momento histórico. A trajetória dos bancos de leite humano no país pode ser caracterizada em três períodos paradigmáticos distintos, entre os quais o último é particularmente importante neste trabalho.

O primeiro momento é considerado como a fase de consolidação, tendo início em 1943 com a implantação da primeira unidade de BLH no Brasil. Nesse período, utilizavam-se estratégias questionáveis para aumentar o volume de leite obtido, como a criação de uma relação comercial de compra e venda. Além disso, os bancos de leite eram aqui entendidos como alternativa aos casos em que a alimentação artificial não fosse possível. Essa fase durou até 1985, quando se inicia a segunda, de ampliação da forma de atuação. A partir daí, há incorporação de novas atividades, como promoção, apoio e proteção à amamentação e o rompimento com tradições anteriores. Entre outros motivos, isso foi possível através do surgimento de legislação federal específica, mobilização social e esforços em busca de melhoria dos bancos de leite, que resultou na criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM)^{23,24}. A comprovação de que 85% das mortes por desnutrição em lactentes desmamados eram ligados à utilização de amamentação artificial incentivou também essa nova fase²¹.

A última etapa é pautada no modelo de rede nacional, crescendo de forma descentralizada e com ênfase na construção do conhecimento técnico nos âmbitos municipais e estaduais. É nesse período que é criada a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (RedeBLH), projeto que congrega a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Ministério da Saúde. Seus principais objetivos

são a redução da mortalidade infantil e a melhora dos indicadores de aleitamento materno no país, tendo a promoção da informação e do conhecimento como ferramentas. Além disso, esse novo modelo possibilitou a expansão da RedeBLH para além das fronteiras nacionais. Dessa forma, o Brasil consolidou-se como referência no tema, especialmente em função da promoção e do incentivo à pesquisa e desenvolvimento tecnológico^{24,25}. Até 2014, faziam parte 214 BLH em funcionamento, além de 125 postos de coleta²¹. Sua relevância no campo da cooperação internacional foi determinante para o aumento do espaço e do respeito deste projeto no âmbito governamental, resultando em maiores verbas e maior atenção²¹. Durante todos os períodos, é contínua a liderança do Instituto Fernandes Figueira (IFF), vinculado à Fiocruz²⁴.

Entende-se que, atualmente, os bancos de leite são uma importante ferramenta para a amamentação nos casos em que não seja possível ter a própria mãe como uma fonte. Nessa temática, o Brasil virou um polo de referência, especialmente para os países em desenvolvimento. Na seção seguinte, traça-se um balanço crítico da atuação internacional do Brasil a partir do exposto até o momento.

A cooperação brasileira em bancos de leite humano

Considerando o *soft power* como instrumento de política externa, bem como o contexto em que ocorrem os projetos de cooperação em bancos de leite humano, inicia-se agora a análise da atuação brasileira. Nesta seção busca-se compreender de que forma ela ocorre e como se relaciona com o exibido nas seções anteriores.

O segundo período da trajetória dos bancos de leite no Brasil, como já exposto, teve início na metade da década de 1980, período que coincide com a redemocratização e a criação de instrumentos, como a Constituição de 1988, que traz novas identidades à saúde no Brasil. É a partir dessa base que se inicia a cooperação em BLH. No entanto, é a formação da RedeBLH, a partir de 1998, que solidifica e estimula a cooperação internacional. No exterior, normalmente a instituição brasileira responsável pela atuação ativa e presente em todos os projetos de BLH é a Fiocruz. Ela auxilia através de transferência de tecnologia a estruturar ou reestruturar esse setor no país receptor, com instruções técnicas relacionadas à estrutura física e à capacitação de recursos humanos, além da transferência da tec-

nologia nacional de coleta e manutenção do leite. Ela atua como importante elo entre o Brasil e o Estado parceiro. Outro ator atuante é a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), vinculada ao MRE, que apoia financeiramente²¹. Esta intersectorialidade demonstra a anteriormente referida horizontalização da política externa¹⁴. Por conta desse estímulo de projeção, o modelo brasileiro é aquele a ser seguido nos projetos de cooperação, com adequação do país parceiro.

Atuando, portanto, com base nos princípios institucionalizados em 1988 e com a credibilidade internacional de outros programas em saúde (como o de HIV/AIDS), o Brasil inicia sua trajetória na cooperação em bancos de leite humano. Isso através de projetos bilaterais, trilaterais (principalmente com organizações internacionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde) e multilaterais. Na agenda do MS os bancos de leite são representativos, visto que eram 37% dos projetos em 2010²⁶. Foi pela América Latina que o Brasil iniciou a cooperação internacional. O início desse processo foi em 1996, com um programa de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e a Fiocruz, pelo lado do Brasil, e o governo venezuelano, resultando na implantação de dois BLH segundo o modelo brasileiro. Outras iniciativas foram executadas, como é o caso do Programa Ibero-Americano de Bancos de Leite Humano (IberBLH). Esse programa, aprovado em 2007, tem como justificativa a busca do intercâmbio de conhecimento e de tecnologias, com a finalidade de redução da mortalidade infantil.

Em relação à Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), o contexto em que se dão os acordos vem do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS), cuja estratégia é de construir redes de instituições estruturantes e capacitar os recursos humanos em saúde, o que é contrário à abordagem tradicional de projetos e programas verticais. Presente em diversas reuniões do grupamento, o “Programa para a Implementação de Bancos de Leite Humano nos Países da CPLP” foi proposto pelo Brasil e deveria funcionar conforme seu modelo²⁷. No entanto, devido a problemas decorrentes das peculiaridades de cada país, o projeto não teve continuidade no plano multilateral. Ainda assim, foi aprovado, iniciado e teve sua continuação de forma separada (de forma bi ou trilateral) com cada país do bloco, adaptado às suas particularidades²⁸.

Vale destacar outros eventos da trajetória multilateral, que tem seu início no ano de 2000, na realização do I Congresso Internacional de

Bancos de Leite Humano, em Natal. Participaram delegados vindos de diversos países, com intensa troca de experiência. Em 2005, é elaborada a Carta de Brasília, no II Congresso Internacional de Bancos de Leite Humano, realizado conjuntamente ao I Fórum Latino-Americano de Bancos de Leite Humano. Participaram países internos e externos à região, além de algumas organizações internacionais. Nesse momento tem início a construção da Rede Latino-Americana de Bancos de Leite Humano. Em 2010, há novos eventos que ratificam a Carta de Brasília²¹. Isto posto, observa-se que esses projetos seguem o modelo brasileiro, que remete à concepção de cooperação Sul-Sul estruturante em saúde¹⁵. Nele, a busca é de transformação das estruturas existentes, para benefícios de longo prazo e continuidade do projeto, mesmo após um possível término do prazo e saída do governo brasileiro e de suas instituições. Além da evidente liderança brasileira, normalmente estão expressos desejos de cumprimento dos ODM, especialmente relacionados à redução da mortalidade infantil (em que o Brasil é um exemplo).

No período em que são iniciados os projetos, estava em curso o governo Cardoso. Como foi visto, neste período o país passou a agir com mais pró-atividade e uma das regiões prioritárias era a América do Sul. Nesse momento, conforme demonstra o Quadro 1, os primeiros projetos de banco de leite foram desenvolvidos na região. Congressos regionais também aconteceram nesse período. O Quadro 1 mostra, ademais, que praticamente todos os outros contatos iniciais ocorreram durante o governo Lula (muitos em 2007, coincidindo com a instituição da IberBLH), com exceção do último. Retomando o que foi dito na primeira seção, isto é prova da importância dada às vinculações com países do Sul. Outro ponto marcante é ser este o momento no qual são inseridos os países africanos, confirmando a tendência de política externa do período. No período seguinte, o governo Dilma segue os acordos previamente estabelecidos e aprofunda outros. Nesse sentido, há uma nítida continuidade entre seu governo e os anteriores, especialmente o de Lula, já que não são observadas mudanças relevantes.

Dessa forma, o que se vê é uma convergência de prioridades de política externa ligadas a políticas domésticas que vão resultar nas iniciativas de bancos de leite. O país exporta, através da cooperação técnica em saúde, uma política pública, além de sua tecnologia, que traz resultado interno e atrai os países em desenvolvimento pela sua efetividade e baixo custo. Ao mesmo

Quadro 1. Países parceiros e contato inicial.

País parceiro	Ano do contato inicial oficial para implementação de BLH
Venezuela	1996
Uruguai	2003
Equador	2004
Argentina	2006
Cuba	2006
Belize	2007
Bolívia	2007
Colômbia	2007
Costa Rica	2007
Espanha	2007
Honduras	2007
México	2007
Nicarágua	2007
Panamá	2007
Paraguai	2007
República Dominicana	2007
Cabo Verde	2008
Guatemala	2008
Haiti	2009
Moçambique	2009
Peru	2009
Portugal	2009
El Salvador	2010
Angola	2011

Fonte: elaboração própria a partir dos dados de RedeBLH/Fiocruz²⁵.

tempo em que a cooperação serve aos objetivos de saúde, também traz consigo ganhos de poder. O primeiro é visto na consolidação de políticas domésticas, troca de conhecimentos (ainda que de maneira bastante assimétrica), fortalecimento de instituições, ampliação do diálogo intersetorial, entre outros. Já no segundo, atuando como fornecedor de tecnologia para criação ou adequação de estruturas no país receptor, ainda mais com um modo de atuação distinto do tradicional Norte-Sul, obtém *soft power*, com aumento do prestígio do país, credibilidade e capacidade de liderança. Essa forma de atuação demonstra que os governos do período entenderam que o cenário era favorável a medidas de *soft power*. Em resumo, ao auxiliar países parceiros na execução desses projetos, o Brasil exporta também seu modelo, legitimando sua prática e criando novas

regras e instituições sob a égide desses valores, além de aprimorar diálogos e abrir espaços para a cooperação intersetorial.

Com a atuação em BLH, portanto, o Brasil adquiriu tanto legitimidade e credibilidade no tema quanto consolidou suas políticas num ambiente externo em que não há modelos hegemônicos. Isso é expresso tanto na atração aos países da CPLP quanto com os latino-americanos. O país atuou conforme a terceira perspectiva de diálogo entre política externa e saúde exposta na primeira seção. A intersetorialidade possibilitou que os atores vinculados à saúde fossem favorecidos pela habilidade dos diplomatas do MRE. Essa descentralização pode ter refletido também nos objetivos buscados no grupo de interesses nacionais, posto que entre as metas prioritárias estão ganhos nas duas matérias em questão. Cada ator pode ter participado dos projetos e negociações buscando seus objetivos próprios, com uma interação que não faça uma área ser sobreposta à outra. Assim, houve avanço na constituição, consolidação e fortalecimento da RedeBLH, que ganha em institucionalização e avança no desenvolvimento de tecnologias próprias, se constituindo no principal ganho da área da saúde. Em relação ao *soft power*, o acréscimo é visto na exportação da cultura e ideologia brasileira em questões de saúde, que cultivam bom relacionamento entre os parceiros e podem gerar proveitos em outras áreas – como o apoio dos países latino-americanos e africanos em demandas em organismos internacionais, por exemplo. Graças também ao prestígio adquirido, a RedeBLH se mantém livre de grandes pressões externas para uma possível alteração rumo a outro modelo (como o anglo-saxão), o que consiste em algo especialmente relevante num setor com tamanha difusão de poder como a saúde global. Ou seja, nesse caso, a saúde esteve entre os fins vinculados ao grupo de interesses nacionais em questão e possibilitou o ganho também em outras áreas de política externa, gerando um possível efeito de transbordamento. Confirmando nossa hipótese, o diálogo entre as duas pastas gerou benefícios em ambas.

Em síntese, o que fica perceptível é que o governo brasileiro atua de forma condizente aos seus princípios consolidados com a redemocratização e com os da cooperação Sul-Sul. Com isso, foi possível atingir ganhos simultâneos nas áreas da saúde e da política externa. O contexto doméstico, de um modelo de sucesso, e o internacional, de difusão do poder em áreas *soft*, possibilitaram a execução das estratégias do Brasil.

Considerações Finais

A partir do exposto neste artigo, é possível entender de que forma ocorreram os projetos internacionais brasileiros em bancos de leite humano. Isto foi feito a partir da contextualização dos ambientes global e nacional a respeito dos BLH, da exposição do diálogo entre política externa e saúde global e da análise da atuação do Brasil como promotor dessas iniciativas. Inicialmente, foi exposta a relevância das políticas em bancos de leite humanos tanto em termos globais como nacionalmente. O modelo brasileiro dispõe de mecanismos que lhe conferem grande eficácia, ao mesmo tempo em que é uma tecnologia de baixo custo. Como consequência, torna-se o modelo ideal para países em desenvolvimento.

Ficou evidenciado que há possibilidades de diálogo entre política externa e fins de *soft power* com saúde. Com atuações intersetoriais, as duas esferas podem chegar a resultados que sejam satisfatórios para ambas. Dessa forma, os objetivos de saúde podem fazer parte do grupo de interesses nacionais de um país em algum momento específico. Além disso, ficou patente também o papel dos países em desenvolvimento na saúde global – área que conta com grande difusão

de poder. Por fim, o Brasil parece ter percebido a supracitada difusão de poder na saúde global, bem como a tendência do pós-Guerra Fria do crescimento de importância do *soft power*. Por conseguinte, a atuação na área demonstrou ser um exemplo de sucesso em que há obtenção deste tipo de poder, ao mesmo tempo em que se tem melhora e consolidação de suas posições e políticas domésticas em nível global. Consolidá-las é importante em uma área com tamanha difusão de poder, uma vez que não há hegemonias capazes de impor um modelo. Dessa maneira, colocar as suas políticas como significativas na obtenção de objetivos globais, como os ODM, confere ao país autonomia na execução de suas próprias políticas (ou seja, fica livre de interferências externas), além de demonstrar capacidade de liderança e gerar prestígio.

As limitações do estudo ocorrem uma vez que este é um trabalho panorâmico e introdutório sobre a cooperação brasileira em bancos de leite. Foram realizadas, por conseguinte, compilação e sistematização de dados, além de uma análise teórica deles. Dessa forma, pesquisas futuras podem colaborar tanto na contribuição com dados primários quanto com o aprofundamento em um caso específico de cooperação em BLH.

Colaboradores

TM Pittas e CF Dri participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Vinagre RD, Diniz EMA, Vaz FAC. Leite humano: um pouco de sua história. *Pediatría* 2001; 23(4):340-345.
2. Nye JS. *Bound to Lead: The Changing Nature of American Power*. New York: Basic Books; 1990.
3. Nye JS. Hard, Soft and Smart Power. In: Cooper AF, Heine J, Thakur R, editors. *The Oxford Handbook of Modern Diplomacy*. Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 430-441.
4. Lee K, Smith R. What is 'Global Health Diplomacy'? A Conceptual Review. *Global Health Governance* 2011; V(1):1-12.
5. Kickbusch I, Buss P. Global Health Diplomacy and Peace. *Infect Dis Clin North Am* 2001; 25(3):601-610.
6. Fidler DP. Health Diplomacy. In: Cooper AF, Heine J, Thakur R, editors. *The Oxford Handbook of Modern Diplomacy*. Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 522-535.
7. Kickbusch I, Berger C. Diplomacia da Saúde Global. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde* 2010; 4(1):19-24.
8. Alcázar S. The Copernican Revolution: The Changing Nature of the Relationship Between Foreign Policy and Health. In: Kickbusch I, Lister G, Told M, Drager N, editors. *Global Health Diplomacy: Concepts, Issues, Actors, Instruments, Fora and Cases*. New York: Springer; 2013. p. 323-335.
9. Vigevani T, Oliveira MF. A Política Externa Brasileira na era FHC: Um Exercício da Autonomia pela Integração. *Tempo Social* 2003; 15(2):31-61.
10. Vigevani T, Cepaluni G. A Política Externa de Lula da Silva: A Estratégia da Autonomia pela Diversificação. *Contexto Internacional* 2007; 29(2):273-335.
11. Cornetet JMC. A Política Externa de Dilma Rousseff: contenção na continuidade. *Revista Conjuntura Austral* 2014; 5(24):111-150.
12. Vilela E, Neiva P. Temas e regiões nas políticas externas de Lula e Fernando Henrique: comparação do discurso dos dois presidentes. *Rev. Bras. Polít. Int.* 2011; 54(2):70-96.
13. Pires-Alves FA, Paiva CHA, Santana JP. A internacionalização da saúde: elementos contextuais e marcos institucionais da cooperação brasileira. *Rev Panam Salud Pública* 2012; 32(6):444-450.
14. Pinheiro L. Autores y actores de la política exterior brasileña. *Foreign Affairs Latinoamérica* 2009; 9(2):14-24.
15. Almeida C, de Campos RP, Buss P, Ferreira JR, Fonseca LE. A concepção brasileira de "cooperação Sul-Sul estruturante em saúde". *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde* 2010; 4(1):25-35.
16. Souza AM. Saúde pública, patentes e atores não estatais: a política externa do Brasil ante a epidemia de aids. In: Milani CRS, Pinheiro L, editores. *Política Externa Brasileira: a política das boas práticas e as práticas da política*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2011. p. 208-240.
17. Silva AG. Poder Inteligente - A Questão do HIV/AIDS na Política Externa Brasileira. *Contexto Internacional* 2005; 27(1):127-158.
18. Lee K, Gómez EJ. Brazil's ascendancy: The soft power role of global health diplomacy. *The European Business Review* 2011; Jan-Feb:61-64.
19. Soares TSM. *Banco de Leite Humano: Visão Global e Procedimento de Trabalho* [monografia]. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; 2013.
20. United Nation. [internet]. New York: UN. [acessado 2016 fev 20]. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/>
21. Freitas EZ. *Redes de Bancos de Leite Humano: Uma trajetória de origem brasileira* [especialização]. Brasília: UNB; 2014.
22. Tully MR. Excelência em Bancos de Leite Humano: Uma Visão do Futuro – The First International Congress on Human Milk Banking. *J Human Lactation* 2001; 17(1):17-51.
23. Almeida JAG. *Amamentação: um híbrido natureza-cultura*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
24. Maia PRS, Almeida JAG, Novak FR, Silva DA. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2006; 6(3):285-292.
25. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (Redeblh). Fiocruz.br [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz. [acessado 2015 jun 10]. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/>
26. Dunda FFE. Cooperação Internacional em Saúde: O caso dos bancos de leite humano. In: *Anais do Seminário Brasileiro de Estudos Estratégicos Internacionais: integração regional e cooperação Sul-Sul no século XXI*; 2012; Porto Alegre. p. 176-199.
27. Comunidade dos Paises de Língua Portuguesa (Cplp). [internet]. Lisboa: Comunidade dos Paises de Língua Portuguesa. [acessado 2016 fev 12]. Disponível em: <http://www.cplp.org>
28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Sistema de Gestão de Projetos e Cooperação Internacional em Saúde (SISCOOP) [internet]. MS. [acessado 2015 jun 10]. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/siscoop/index.jsp>

Artigo apresentado em 03/09/2016

Aprovado em 28/11/2016

Versão final apresentada em 03/02/2017