

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA  
CAMPUS SANTANA DO LIVRAMENTO  
BACHARELADO EM RELAÇÕES INTERNACIONAIS**

**GABRIELLE CASEIRA ARAUJO**

**DIPLOMACIA EM SAÚDE: A INSERÇÃO INTERNACIONAL BRASILEIRA NOS  
GOVERNOS FHC, LULA E DILMA A PARTIR DA INTERNALIZAÇÃO DE  
RECOMENDAÇÕES OBSTÉTRICAS INTERNACIONAIS (1995-2014)**

**Santana do Livramento**

**2015**

**GABRIELLE CASEIRA ARAUJO**

**DIPLOMACIA EM SAÚDE: A INSERÇÃO INTERNACIONAL BRASILEIRA NOS  
GOVERNOS FHC, LULA E DILMA A PARTIR DA INTERNALIZAÇÃO DE  
RECOMENDAÇÕES OBSTÉTRICAS INTERNACIONAIS (1995-2014)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
como requisito parcial para obtenção do grau  
de Bacharel em Relações Internacionais pela  
Universidade Federal do Pampa- UNIPAMPA.

Orientador: Prof. Dr. Renato José da Costa

**Santana do Livramento**

**2015**

Catálogo da Publicação  
Serviço de Documentação  
Universidade Federal do Pampa - Unipampa

Araujo, Gabrielle Caseira.

Diplomacia em Saúde: a inserção brasileira nos governos FHC, Lula e Dilma a partir da internacionalização de recomendações obstétricas internacionais (1995-2014) / Gabrielle Caseira Araujo. – Santana do Livramento: Universidade Federal do Pampa, 2015.

xi, 60 f. : 29,7 cm.

Orientador: Renato José da Costa

Monografia (graduação) – Universidade Federal do Pampa, Unipampa, Bacharelado em Relações Internacionais, 2015.

1. Política Externa Brasileira. 2. Diplomacia em Saúde. 3. Assistência Obstétrica. 4. Inserção Internacional. 5. Organizações Internacionais. – Monografia. I. Costa, Renato José da. II. Universidade Federal do Pampa, Campus Santana do Livramento, Curso de Relações Internacionais, 2015. III. Título.

CDD:

**GABRIELLE CASEIRA ARAUJO**

**DIPLOMACIA EM SAÚDE: A INSERÇÃO INTERNACIONAL BRASILEIRA NOS  
GOVERNOS FHC, LULA E DILMA A PARTIR DA INTERNALIZAÇÃO DE  
RECOMENDAÇÕES OBSTÉTRICAS INTERNACIONAIS (1995-2014)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
como requisito parcial para obtenção do grau  
de Bacharel em Relações Internacionais pela  
Universidade Federal do Pampa- UNIPAMPA.

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 03/12/2015.  
Banca examinadora

---

Prof. Dr. Renato José da Costa  
Orientador  
(UNIPAMPA)

---

Prof. Msc. Rafael Vitória Schmidt  
(UNIPAMPA)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Fernanda Mello Sant'Anna  
(UNESP)

Para Helena,  
força motriz dos meus sonhos.

## AGRADECIMENTO

À Helena, fruto do meu ventre, a filha que sempre desejei ter. Por ser tanta energia e por ressignificar a minha vida com a sua chegada. Por redefinir meu rumo e mostrar que eu sou capaz. Pelos teus lindos e impacientes olhos redondos, pelo teu encantamento de criança e pelo amor que me transborda, eu agradeço.

Ao Hector, meu companheiro, com quem escolhi dividir e multiplicar a vida, por me incentivar a ir sempre além. Por ser toda a estrutura e por fazer com que eu possa voar cada vez mais alto. Pelo nosso amor desprezioso e leve. Pelas renúncias, pelos sonhos e planos em comum, eu te amo.

Às minhas avós, minha ancestralidade, pelo carinho e pela convivência; aos meus avôs, *in memoriam*, pelo amor demonstrado em caramelos no bolso da camisa, cheiro de café e frutas a toda hora;

À minha mãe, Noris Helena, por ser a primeira Helena da minha vida. Por me ensinar a retidão, a coerência e o amor na adversidade. Por me inspirar a dedicação ao voluntariado e o amor às causas nobres, por falar tão bela e naturalmente do meu nascimento, por sermos iguais e tão diferentes;

Ao meu pai, Rubens, pelas lembranças inesquecíveis da infância, pelos recortes de jornais com vagas para profissionais em Relações Internacionais aos meus onze anos, quando comecei a sonhar com o dia em que me tornaria internacionalista, pela amizade madura na idade adulta;

À minha irmã, Júlia, por ser minha primeira e eterna amiga, por nossas diferenças superficiais e por nossa idêntica essência. Por me ensinar sobre sensibilidade e laços profundos, por me proteger e me chamar de “emã”.

À minha segunda mãe, Luciana, por toda força que brota da delicadeza, pelo acolhimento no auge da adolescência e pelo amor que transcende.

À Liana, minha irmã de alma, por nosso reencontro nessa e em tantas outras existências, pelo suporte diário e pelo compartilhamento de tanta vida em comum.

À Sofia, irmã do coração, por me permitir encantar e desejar ser melhor.

Às minhas amigas Mariana, Patrícia, Raquel, Thatiana e Larissa, por serem parte da minha história e significarem pra mim tanta amizade e carinho.

Aos meus compadres, Helena, Bruno e Bryan, por tudo que são, por acolherem Helena, por serem tão importantes e incríveis.

À família Neves-Mattos, pela parceria e fraternidade que encontramos na fronteira.

Aos amigos que me acolheram em Santana do Livramento e fazem parte do meu pertencimento, por comungar de sonhos e planos para um futuro não tão distante.

Aos amigos quase internacionalistas, Bernardo Kranz, Henrique Ramão, Tulio Bunder e Victor de Almeida, por compartilharem a sala de aula, a presença em casa e tantas boas histórias nesses últimos anos.

Às pessoas especiais que conheci na UNIPAMPA: Rodrigo Estrada, Carla Ricci, Jéssica Monteiro, Yesa Ormond, Elizama Granada, Sofia Padilha, Fernanda Trindade. À querida professora Suélen Meleu, pela paciência com meu francês torto e pela amizade que persiste.

À Juliana Blasina, amiga que demorei tantos anos para encontrar, por me fazer rir, ser e crescer. Pela poesia, pela prosa.

Ao meu orientador e amigo, Renat(h)o, pela paciência, acolhimento e pela preciosa lição de confiança. Pela partilha de projetos inesquecíveis e por saber que podemos mais.

Aos professores da UNIPAMPA, por respeitarem a presença da minha filha em todos os espaços acadêmicos e por partilharem seus valiosos conhecimentos.

Aos colegas destes anos de trabalho voluntário na maternidade da Santa Casa de Livramento, por me permitirem exercer meu ofício de doula e sentir a potência e os desafios de vivenciar o Sistema Único de Saúde, acompanhada por profissionais de tanta valia e competência.

Às ativistas pela humanização do nascimento, ativistas dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, por abalarem as estruturas vigentes e serem vetores de transformação, amor e empoderamento.

A todas as mulheres, àquelas que tiveram seus partos marcados pela violência de um sistema obstétrico defasado e limitador, àquelas que deram-se as mãos para dar um novo significado às suas histórias, a seus partos, a suas violências. A todas as mulheres que compartilham seus traumas e fazem deles um novo começo, toda minha gratidão.

“Aprendera história expressamente para indignar-se com conhecimento de causa”

Victor Hugo

## RESUMO

A partir do governo de Fernando Henrique Cardoso houve a reelaboração das estratégias de inserção do Brasil no contexto do pós-Guerra Fria, realçando a relevância dos foros multilaterais como meio para a expansão da autonomia brasileira no cenário internacional. Analisa-se a inserção internacional do Brasil nos governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) e Dilma Rousseff (2011-2014), por meio da internalização de recomendações obstétricas internacionais pelos órgãos governamentais brasileiros. Para tanto, debate-se a aproximação entre política externa e política pública, a institucionalização da diplomacia em saúde, a concepção de inserção internacional e o histórico da atuação brasileira nos foros multilaterais pertinentes à saúde e a internalização das recomendações internacionais relativas ao atendimento obstétrico no Brasil. O problema de pesquisa questiona a relação entre o estipulado pelas recomendações internacionais para a promoção da saúde e as diretrizes de órgãos governamentais brasileiros, no tocante ao atendimento obstétrico, e sua vinculação a uma política de maior inserção internacional do Brasil durante os governos FHC, Lula e Dilma. Utiliza-se o método de abordagem hipotético-dedutivo, empregando a revisão da bibliografia disponível sobre o tema e a análise de fontes documentais e estatísticas. Assume-se como hipótese inicial a internalização das recomendações internacionais referentes ao atendimento obstétrico, por meio de diretrizes dos órgãos governamentais brasileiros, principalmente o Ministério da Saúde, confirmando o interesse de maior inserção internacional do Brasil durante os governos de FHC, Lula e Dilma.

Palavras-chave: Política externa brasileira. Política pública. Inserção internacional do Brasil. Saúde. Assistência obstétrica.

## ABSTRACT

Since the Fernando Henrique Cardoso's government there was the reworking of the Brazilian insertion strategies in the context of the post-Cold War, highlighting the relevance of multilateral forums as a means for the expansion of Brazilian autonomy on the international stage. The aim is to analyse Brazil's international insertion in the governments of Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) and Dilma Rousseff (2011-2014), through the internalization of international obstetric recommendations by the Brazilian governmental agencies. To do so, is necessary to debate the rapprochement between public policy and foreign policy, the institutionalization of health diplomacy, the conception of international insertion and the history of the Brazilian performance in health multilateral forums and the internalization of international recommendations concerning birth care in Brazil. The problem questions if the relationship between the stipulated by the international health recommendations and the Brazilian governmental guidelines for obstetric care would be linked to a policy of Brazil's greater international insertion during FHC, Lula and Dilma's governments. The hypothetical-deductive method is used, employing the available literature review on the topic and the analysis of documentary sources and statistics. It is assumed as an initial hypothesis that the internalization of international obstetric recommendations, thought guidelines of the Brazilian governmental agencies, especially the Ministry of Health, confirming the interest of greater international insertion of Brazil during the governments of FHC, Lula and Rousseff.

Keywords: Brazilian foreign policy. Public policy. Brazil's international insertion. Health. Obstetric care.

## **LISTA DE SIGLAS**

ALCA – Área de Livre Comércio das Américas

CEDAW – Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women

CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe

CF/88 – Constituição Federal de 1988

CLADEM – Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher

EUA – Estados Unidos da América

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

MERCOSUL – Mercado Comum do Sul

MRE – Ministério das Relações Exteriores

OMC – Organização Mundial do Comércio

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PEI – Política Externa Independente

TNP – Tratado de Não Proliferação Nuclear

UNASUL – União de Nações Sul-Americanas

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA E A SAÚDE NA AGENDA INTERNACIONAL.	16
2.1 ANTECEDENTES E CONTEXTO HISTÓRICO DA POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA.....	16
2.2.1 POLÍTICA EXTERNA DO GOVERNO FERNANDO HENRIQUE CARDOSO E A SAÚDE.....	20
3 POLÍTICA EXTERNA E POLÍTICA PÚBLICA .....	32
3.1 O NECESSÁRIO DEBATE ENTRE POLÍTICA EXTERNA E POLÍTICA PÚBLICA .	32
3.2 INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA EXTERNA DE SAÚDE NO BRASIL .....	41
4 INSERÇÃO INTERNACIONAL E A ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA.....	49
4.1 INSERÇÃO INTERNACIONAL .....	49
4.2 A REALIDADE OBSTÉTRICA NO BRASIL.....	53
4.3 A ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NOS FOROS MULTILATERAIS E A INTERNALIZAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS.....	56
4.3.1 GOVERNO DE FERNANDO HENRIQUE CARDOSO .....	58
4.3.2 GOVERNO DE LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA .....	61
4.3.3 GOVERNO DE DILMA ROUSSEFF .....	64
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	67
REFERÊNCIAS .....	72

## 1 Introdução

A política externa brasileira está assentada, segundo o artigo 4º da Constituição Federal de 1988 (CF/88), em princípios tais como a solução pacífica dos conflitos, não-intervenção, autodeterminação dos povos, independência nacional, prevalência dos direitos humanos, entre outros. Essas diretrizes orientam a formulação da política exterior, com vistas à garantia do desenvolvimento nacional, conforme o previsto no artigo 3º da CF/88 (1988, s.p.).

A busca pelo desenvolvimento nacional a partir dos foros multilaterais e inclusão dos temas sociais na agenda da globalização tem garantido ao Brasil uma posição de referência mundial nos novos temas da agenda internacional. A participação ativa nos debates destes temas, tais como os direitos humanos, a saúde, o meio-ambiente e o desenvolvimento, emerge principalmente após a redemocratização do país em 1985 e o fim da bipolaridade da Guerra Fria (VIZENTINI, 2008).

Embora a crescente relevância dos novos temas na agenda da política externa se perceba com mais clareza a partir do final da Guerra Fria, autores como Milani (2012) salientam a persistente atuação brasileira nesses foros desde a entrada do país na cena multilateral, com ênfase no período da Política Externa Independente (1961-1964) e os debates ocorridos no período com relação aos direitos humanos. Ainda, nas últimas décadas as figuras tradicionais da diplomacia foram obrigadas a ceder espaço a novos atores no campo diplomático, demonstrando a abertura e a complexificação das agendas políticas com o fim do conflito Leste-Oeste (MILANI, 2012).

Na esfera da saúde, a participação do Brasil é tradicional, desde a criação do embrião da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), passando pela estreita vinculação do país com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) (VENTURA, 2013). A constante presença do Brasil nos foros dedicados aos debates de saúde denota o envolvimento com a matéria no âmbito internacional, realçado após a redemocratização com a ratificação de diversos instrumentos internacionais, visando a promoção da saúde e do desenvolvimento por meio da adoção de suas recomendações e expressando a crescente relevância dos novos temas da agenda internacional para a política externa brasileira.

É nesse contexto de destaque para os foros multilaterais, compreendidos como meio para a viabilização de uma inserção autônoma do Brasil, que buscaremos analisar a política externa das últimas décadas, de Fernando Henrique Cardoso à Dilma Rousseff. Mais

precisamente, buscaremos compreender a atuação brasileira no âmbito da saúde como uma ferramenta para a inserção do país e a afirmação do disposto na Constituição Federal, ou seja, a prevalência dos “interesses específicos da nossa sociedade, por meio do diálogo e da cooperação com os demais países” (BARROS, 1998, p. 19).

Considerando que a retomada da busca brasileira por autonomia utilizou os espaços multilaterais desde o governo de Cardoso, aprofundado na gestão de Lula da Silva e mantido por Dilma, reestruturando a perspectiva de inserção internacional brasileira à luz dos “novos temas” da agenda internacional, dentre eles a saúde, e tendo em vista o panorama da política externa brasileira ao longo dos três governos, cabe questionar: a relação entre o estipulado pelas recomendações internacionais para a promoção da saúde e as diretrizes de órgãos governamentais brasileiros, no tocante ao atendimento obstétrico, estaria vinculada a uma política de maior inserção internacional do Brasil durante os governos de FHC, Lula e Dilma?

Para responder a esse problema, faz-se necessária a apuração da aproximação entre a política externa e a política pública e a institucionalização da diplomacia em saúde. A apreensão da política externa enquanto ramo da política pública começa a ganhar destaque, no Brasil, a partir da década de 1980 (SOUZA, 2007). Internacionalmente, esse movimento corresponde à elaboração de teorias em resposta à teoria realista das relações internacionais, bem como pela busca de novas formas de compreensão do cenário internacional.

O debate adquire relevância na década de 1980, a partir da teoria dos dois níveis de Putnam e de sua utilização por teóricos como Helen Milner e Christopher Mill, visando a compreensão do sistema internacional e do sistema doméstico como meios passíveis de influência mútua ou, nas palavras de Milner, a concepção dos níveis doméstico, externo e internacional como um *continuum* (SALOMÓN; PINHEIRO, 2013).

Embora as decisões sejam tomadas no âmbito do Estado, conforme disposto na Constituição Federal (arts. 21 e 84), Milani e Pinheiro (2013) ressaltam que cada vez mais interferem na condução da política externa atores com distintos graus de influência. A política externa aproxima-se da política pública ao demandar a *expertise* de novos atores em sua formulação e por representar a ação do Estado em âmbito internacional, traduzindo muitas vezes interesses de governo e não somente os interesses e objetivos de Estado.

Com o advento da globalização e a mescla dos processos antes divididos entre *high* e *low politics*, a política externa ganhou aproximação do cotidiano e passou a influenciar de forma mais direta o cotidiano dos cidadãos e a formulação das políticas domésticas de um

Estado. A ampliação e diversificação das entidades destinadas a tratar de temas internacionais, assim como a crescente interdependência entre as realidades de diversos locais geraram a demanda por cada vez mais atores não estatais envolvidos nos processos decisórios e a exigência de maior transparência do Estado nessas ações (MILANI, 2012).

A consideração do que se entende por inserção internacional e as estratégias da inserção brasileira no contexto do pós-Guerra Fria também faz-se necessária para a elucidação do problema deste trabalho. Se a complexificação das agendas internacionais reflete na crescente aproximação entre política externa e política pública, ela também denota uma oportunidade de redirecionamento da política externa brasileira a partir dos anos de 1990. A busca por uma inserção internacional pautada pela autonomia, pela defesa do multilateralismo e pela visão integracionista reflete a importância dada pelo Brasil ao espaço multilateral de atuação, como forma de consolidação de sua posição no sistema internacional.

No tocante à saúde, os três governos foram ativos nas pactuações internacionais, por meio da assinatura de novos compromissos e pela ratificação, ainda que tardia, de pactuações referentes aos direitos humanos e que remontam às questões da assistência obstétrica, principalmente no período da redemocratização. Internamente, há a elaboração de diretrizes de atenção à saúde fundamentadas pelas recomendações dos órgãos competentes internacionais.

Diante do exposto, a hipótese inicial deste trabalho é que a internalização das recomendações internacionais referentes ao atendimento obstétrico, por meio de diretrizes dos órgãos governamentais brasileiros, principalmente o Ministério da Saúde, confirma o interesse de maior inserção internacional do Brasil durante os governos de FHC, Lula e Dilma.

O tema da saúde, principalmente no tocante ao atendimento obstétrico, é relevante pela escassa bibliografia referente à elaboração das políticas públicas em conformidade com as recomendações de organismos internacionais sobre o tema, especialmente oriundas da Organização Mundial da Saúde, alertando para os índices de cesarianas e de mortalidade materna no Brasil. Ademais, o tema adquire relevância pela realidade obstétrica do país, com mais de 50% dos nascimentos ocorridos por meio de cesarianas, estatística que se aproxima dos 90% dos nascimentos se considerada apenas a rede privada de saúde do Brasil, enquanto a recomendação da OMS é de que o número de cirurgias não ultrapasse 15% dos nascimentos (FIOCRUZ, 2014).

O objetivo geral desse trabalho é analisar a inserção internacional brasileira a partir da relação entre as recomendações internacionais relativas ao atendimento obstétrico e as diretrizes nacionais emitidas em decorrência destas recomendações, visando compreender a atuação da política externa brasileira no tema da saúde durante os governos de Fernando Henrique Cardoso, Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff.

Os objetivos específicos deste trabalho consistem na identificação das continuidades e rupturas na política externa brasileira dos governos de Cardoso, Lula e Dilma, com foco na condução dos temas de saúde; promoção do diálogo entre política externa e política pública, analisando o estado atual de convergência entre ambos temas e ressaltando a importância da sua interligação para tratar do tema da diplomacia em saúde e; estabelecer relação entre as diretrizes elaboradas pelos órgãos governamentais brasileiros em resposta aos compromissos firmados em âmbito internacional, no que tange à atenção, obstétrica, buscando identificar os mecanismos utilizados para a inserção internacional do Brasil.

A metodologia utilizada para a elaboração da monografia consiste na aplicação de método de abordagem hipotético-dedutivo, partindo da hipótese da internalização dos temas de saúde, com ênfase no atendimento obstétrico, com objetivo de inserção internacional do Brasil. Para tanto, emprega-se a revisão da bibliografia disponível sobre o tema e a análise de fontes documentais, como as recomendações internacionais para a melhoria da atenção obstétrica e redução da mortalidade materna, bem como fontes estatísticas sobre a situação atual do Brasil no tocante à saúde obstétrica.

Para tanto, o trabalho está dividido em três capítulos, além de introdução e considerações finais. O segundo caracteriza a política externa dos governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) e Dilma Rousseff (2011-2014), identificando as continuidades e rupturas da política externa dos três governos, com enfoque na atuação brasileira na condução dos temas de saúde na agenda internacional. Com vistas à compreensão do contexto, trata dos antecedentes ao período, abarcando o processo de redemocratização, o cenário internacional do pós-Guerra Fria e a ascensão de novos temas na agenda internacional.

O terceiro capítulo apresenta as relações entre a política pública e política externa, demonstrando a proximidade entre ambas e os desdobramentos possíveis da observância da sua mútua influência, destacando a importância do tema para a diplomacia em saúde e os movimentos de aproximação entre as duas esferas. Ademais, trata da institucionalização da diplomacia em saúde no Brasil, demonstrando o papel da Constituição Federal na distribuição

de competências de formulação das políticas, a aproximação de órgãos como o Ministério da Saúde do Ministério das Relações Exteriores e a existência de uma diplomacia em saúde e a governança global em saúde.

Em continuidade à análise, o quarto capítulo retoma a concepção de inserção internacional brasileira a partir da conceituação de autonomia, fundamentada pelas orientações da política externa brasileira, onde a defesa do multilateralismo e a perspectiva integracionista aliam-se à autonomia na busca por um modelo próprio de inserção do Brasil, principalmente no cenário após a Guerra Fria. Além disso, contextualiza o atual cenário obstétrico brasileiro e elenca as ações internacionais e domésticas do país com relação ao tema, contribuindo para a elucidação do problema de pesquisa. Por fim, as Considerações Finais apresentam a síntese dos resultados obtidos.

## 2 Política externa brasileira e a saúde na agenda internacional

### 2.1 Antecedentes e contexto histórico da política externa brasileira

A postura ativa do Brasil nos foros multilaterais remonta, segundo Carlos Milani, à entrada brasileira na cena multilateral, podendo ser percebida desde a criação do embrião da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)<sup>1</sup>, assim como na estreita vinculação do país com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>2</sup>. A ocupação destes espaços, principalmente após a Guerra Fria, reafirma o Brasil como um ator relevante nas organizações internacionais, embora Milani ressalte a atuação significativa do país em períodos anteriores, como nos debates ocorridos no período da Política Externa Independente com relação aos direitos humanos (2012, p. 43-44).

A Política Externa Independente (PEI) necessita ser revisitada como um importante antecedente das linhas de autonomia e não alinhamento da década de 1990. Lançada em 1961 por Jânio Quadros, é caracterizada pela construção de direções sólidas na busca do desenvolvimento nacional, por meio da ampliação da sua autonomia e relevância no cenário mundial. Para Amado Cervo e Clodoaldo Bueno (2012), a PEI foi formulada num momento conjuntural adequado, com o receio dos EUA de perderem a América Latina da sua órbita de influência pela crise gerada pelo regime de Cuba.

Jânio Quadros, no cenário de reconfiguração de forças decorrente dos processos de descolonização da década de 1960, afirma o abandono da política subsidiária do Brasil e sua re colocação na primeira linha, tirando proveito da posição atingida pelo Brasil como nação e fazendo da política externa a “[...] corporificação dos ideais e interesses comuns que governam a existência [da política externa]” (1961, p. 150). Quadros enfatiza a primazia do desenvolvimento nacional para além das questões ideológicas, tão relevantes à época, justificando o reatamento de relações estratégicas com países do bloco comunista com a afirmação que “os interesses materiais não conhecem doutrina” (1961, p. 156).

João Goulart, que assume após a renúncia de Jânio Quadros, mantém na política externa a “continuidade perfeita com aquilo que se vinha praticando” (DANTAS, 2007, p.

---

<sup>1</sup> O embrião da futura OPAS foi a Repartição Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas, criada em 1902, em Washington.

<sup>2</sup> Durante a Conferência de São Francisco foram debatidos os princípios da Organização das Nações Unidas (ONU), resultando na Carta de São Francisco. Nesta ocasião, as delegações de Brasil e China apresentaram uma recomendação para o estabelecimento de uma organização internacional de saúde, que foi incorporada ao tratado constitutivo da ONU. Para saber mais, ver VENTURA, 2013.

161). San Tiago Dantas reafirma, em seu discurso de posse como Ministro das Relações Exteriores, a animação da política externa brasileira na persecução do objetivo de desenvolvimento nacional, acrescentando a consciência da “responsabilidade como protagonistas da vida internacional e [...] nossa contribuição a levar à causa da paz” (2007, p. 161).

No início da década de 1990 podemos observar linhas de continuidade com a orientação da Política Externa Independente, visando à inserção brasileira mediante a ocupação de novos espaços abertos em decorrência das modificações do cenário internacional. A recuperação das diretrizes da década de 1960 contribuiu para a elaboração da política externa brasileira num contexto de reconfiguração das forças mundiais.

Com o final da Guerra Fria, no início da década de 1990, e a intensificação do processo de globalização<sup>3</sup>, observam-se as assimetrias existentes entre o centro e a periferia do capitalismo, com a ascensão da ideologia neoliberal<sup>4</sup> (BARBOZA, 2014) e a ampliação significativa da margem de interferência internacional dos EUA nos campos militar, econômico e político (JAGUARIBE, 2002, CERVO; BUENO, 2012).

No Brasil, além das modificações do cenário internacional, a redemocratização e a abertura econômica lançaram novos desafios à inserção internacional do país no período. Durante o governo de José Sarney (1985-1989), o primeiro governo civil após duas décadas de ditadura militar, uma nova Constituição Federal foi promulgada em 1988. A “Constituição Cidadã” ampliou sua abrangência na proteção de direitos, refletindo os contextos interno e externo ao apresentar garantias para combater as violações de direitos, como as ocorridas durante o recente regime autoritário, e abertura de novos espaços em âmbito multilateral para tratar das questões do desenvolvimento, dentre as quais os direitos humanos.

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) trouxe para o seu texto a garantia do desenvolvimento como objetivo fundamental do Brasil, conforme o artigo 3º, além de traçar

---

<sup>3</sup> Hélio Jaguaribe pontua em sua obra “Mercosul e a nova ordem mundial”, que “o processo de globalização não é projetado por nenhum país ou grupo econômico. Resulta, simplesmente, do processo tecnológico e de sua universalização”. Caracteriza também a existência de um regime instável de estratificação internacional decorrente desse processo, situando os países em três níveis: cúpula (onde situam-se os países dominantes, liderados pelos EUA), base (demais países dependentes) e intermediário (situam-se países que podem oferecer algum tipo de resistência). Jaguaribe enquadra o Brasil no terceiro nível, como país resistente à dominação imposta por essa estratificação.

<sup>4</sup> Neoliberalismo, para Samuel Pinheiro Guimarães, é a corrente que “tenta reviver, em especial no campo econômico, a visão, a doutrina e a prática liberal daquilo que ficou conhecido como a teoria econômica clássica, esquecendo as lições da Grande Depressão”. Além disso, Guimarães ressalta a inadequação de suas proposições aos tempos modernos, afirmando que “as políticas neoliberais tendem a agravar as violações de direitos humanos de todo tipo” (2005, p. 109).

os princípios norteadores das relações internacionais do Brasil. Dentre eles, a solução pacífica dos conflitos, a não intervenção, autodeterminação dos povos, independência nacional, prevalência dos direitos humanos, a defesa da paz, o repúdio ao terrorismo e ao racismo e a cooperação para o progresso orientam a atuação externa do Brasil, conforme o artigo 4º.

É nesse contexto de reconfiguração da ordem mundial, de intensificação do processo de globalização e redemocratização brasileira que emergem os novos temas na agenda internacional, dentre os quais os direitos humanos, a saúde, o desenvolvimento e o meio-ambiente (VIZENTINI, 2008).

A ausência de um consenso do pensamento político brasileiro acerca da reorientação da política externa dificultou a atuação coerente do Brasil no imediato pós-Guerra Fria. Assim, o Itamaraty atuou imprimindo o que Cervo e Bueno classificam como “orientações confusas, até mesmo contraditórias, à política exterior” (2012, p. 488). Nesse momento, a política exterior brasileira parece ter perdido, à primeira vista, “o rumo que por sessenta anos havia impresso racionalidade e continuidade à política exterior de um Estado que buscava obstinadamente a promoção do desenvolvimento nacional” (CERVO; BUENO, 2012, p. 487).

A coexistência de três paradigmas aparentemente contraditórios na condução da política brasileira no início da década de 1990 se deveu, segundo Cervo e Bueno, a uma “feliz incoerência”. Esta incoerência, responsável pela permanência do objetivo do desenvolvimento para o país com o fim do ciclo desenvolvimentista no fim da década de 1980, permitiu a elaboração de políticas pontuais de autonomia e, ao mesmo tempo, políticas de total submissão aos interesses internacionais, no contexto do início da implantação do modelo neoliberal por Fernando Collor.

Estado desenvolvimentista, Estado normal e Estado logístico<sup>5</sup> concorreram na formulação da política do Brasil, oscilando entre a subserviência em setores estratégicos e a manutenção de uma postura autonomista no âmbito das organizações multilaterais, como nas tratativas da Declaração de Iguazu, que resultaram na criação do Mercado Comum do Sul

---

<sup>5</sup> Estado desenvolvimentista, Estado normal e Estado logístico são definições utilizadas por Amado Cervo e Clodoaldo Bueno na obra “História da Política Exterior do Brasil”, para descrever as políticas adotadas pelos Estados da América Latina quando do início da década de 1990 e da implementação das teorias neoliberais nesses Estados. O primeiro refere-se ao Estado de características tradicionais, reforçando o sentido nacional e autônomo da política exterior e visando à superação de dependências econômicas estruturais; o segundo envolve três parâmetros de conduta: o Estado subserviente, destrutivo e regressivo, que submete-se às exigências do centro do capitalismo, dissolve o centro de sua economia e transfere renda ao exterior e que reserva à nação as funções da infância social. (2012, p. 489-494).

(MERCOSUL)<sup>6</sup>, ou a participação brasileira nas Conferências das Nações Unidas para o Desenvolvimento, a partir dos anos 1990, com destaque para a Conferência sediada pelo Brasil em 1992 e conhecida como “Rio-92”<sup>7</sup>.

O governo de Fernando Collor de Mello, segundo Letícia Pinheiro (2004), apostou em seu primeiro mandato na “modernização pela internacionalização”, buscando a inserção econômica do Brasil pela adesão aos regimes internacionais de comércio e a atuação nos novos temas da agenda internacional. Com a crise da dívida externa brasileira e o fracasso em sua renegociação, Collor retoma na sua política externa alguns pontos do globalismo, devolvendo ao Itamaraty parte da sua centralidade na formulação da política.

Para Visentini e Cervo e Bueno, o governo de Collor comportou-se com subserviência quase irrestrita aos interesses estadunidenses, movimento brevemente interrompido com o *impeachment* do presidente e pela postura mais nacionalista de seu sucessor, Itamar Franco, mas logo retomado por Fernando Henrique Cardoso. De modo geral, a política externa brasileira buscou, sem consenso e com incoerências sobre o caminho a seguir ao longo dos primeiros anos da década de 1990, a retomada da sua postura proeminente no cenário internacional, todavia limitada pela aplicação do ideário neoliberal no país já com Fernando Collor.

O esforço para uma postura autonomista e ativa da diplomacia brasileira contribuiu para a construção, na esfera internacional, da conexão entre desenvolvimento e os temas globais (CERVO; BUENO, 2012). Essa construção possibilitou ao Brasil a obtenção de um espaço de destaque nos debates internacionais, seguindo sua tradição de participação ativa nos foros multilaterais e contemplando as questões que visavam ao desenvolvimento nacional, dentre elas a saúde. Segundo Thayná Barboza,

[...] nesse contexto de defesa do desenvolvimento, a saúde emerge como um “novo tema” de importância estratégica para a política externa brasileira, sendo identificada como um instrumento na busca de maior inserção do país na política internacional (2014, p. 14).

Durante o início da década de 1990, importantes movimentos internacionais ocorreram no sentido de intensificar os debates de saúde, com destaque para as Conferências

---

<sup>6</sup> O Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) surgiu em 1991 como uma união aduaneira com o Tratado de Assunção e adquiriu personalidade jurídica em 1994, com o Tratado de Ouro Preto.

<sup>7</sup> Rio-92 foi a Conferência sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento da ONU. Nela, o Brasil defendeu a tese de que a preservação do meio ambiente não pode suprimir a necessidade de desenvolvimento dos países, sendo necessário encontrar alternativas sustentáveis para não impedir o crescimento.

das Nações Unidas para o Desenvolvimento, abrangendo o tema da saúde obstétrica em diversas edições, como na Cúpula Mundial da Criança (1990), na Conferência dos Direitos Humanos (1992) e a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1994), tratando sob diferentes enfoques a necessidade de atenção qualificada à saúde da mulher e da criança para a melhoria do desenvolvimento mundial da saúde.

## **2.2 Política externa brasileira e a saúde**

### **2.2.1 Política externa do governo Fernando Henrique Cardoso e a saúde**

Fernando Henrique Cardoso foi o Presidente do Brasil por dois mandatos consecutivos: de 1995 a 1998 e de 1999 a 2002. Em seu primeiro mandato, Cardoso retomou a implantação do neoliberalismo iniciada por Collor, dispondo de um contexto interno mais favorável que seu antecessor graças à economia estabilizada. Segundo Luiz Felipe Lampreia (1988)<sup>8</sup>, a perspectiva da aceleração do crescimento fez o Brasil voltar a ser um dos principais destinos dos investimentos diretos internacionais.

Internamente, a cartilha do Consenso de Washington<sup>9</sup> foi seguida e a aplicação das orientações neoliberais aprofundou a dependência estrutural do país, reduzindo os benefícios do Estado de bem-estar, além de privatizar empresas públicas e reduzir os investimentos em setores estratégicos. De acordo com Cervo e Bueno (2002), os seus efeitos não ocasionaram uma melhoria na inserção do Brasil, enfraquecendo seu poder de negociação e piorando suas condições de competir no comércio exterior.

A aplicação das diretrizes do Consenso de Washington afetou também o processo de formulação da política externa, tendo contribuído para o esvaziamento do Ministério das Relações Exteriores em função da persistência de dissonâncias quanto ao rumo da política externa brasileira (CERVO; BUENO, 2012; VISENTINI, 2013). A transferência de funções importantes, como as questões econômicas e alfandegárias, para as autoridades econômicas (CERVO; BUENO, 2012) e a adoção de um modelo de diplomacia presidencial (VISENTINI, 2013) relegaram o Itamaraty ao segundo plano da formulação da política exterior brasileira.

---

<sup>8</sup> Luiz Felipe Lampreia foi o Ministro das Relações Exteriores do governo de Fernando Henrique Cardoso desde 1995 até sua aposentadoria, em 2001. O chanceler foi substituído por Celso Lafer.

<sup>9</sup> O Consenso de Washington, termo criado por John Williamson, foi utilizado para referir-se às orientações do Banco Mundial sobre as políticas econômicas que deveriam ser adotadas pelos países em desenvolvimento no pós-Guerra Fria. Para saber mais sobre o Consenso de Washington e suas consequências para o continente americano, ver o artigo “A crise da América Latina: consenso de Washington ou crise fiscal?” de Luiz Carlos Bresser Pereira, disponível em: <<http://ppe.ipea.gov.br/index.php/ppe/article/view/883/820>>.

Nos anos de 1997 e 1998, as mudanças internas e externas sinalizam a necessidade de corrigir os rumos impressos pelo Brasil, demonstrando uma segunda fase da política externa de Cardoso. As crises asiática de 1997 e russa de 1998 contribuíram para o agravamento do quadro de déficits comerciais do Brasil. No início do segundo mandato a crise cambial e financeira impulsionou a demanda pela mudança da postura brasileira quanto à aceitação do receituário neoliberal para superar as vicissitudes, implicando na elaboração da política externa.

O segundo mandato de Cardoso, de 1999 a 2002, deu início ao atual curso da política externa brasileira, com a retomada de alguns ideais de autonomia e mesmo de nacionalismo, de acordo com Vizentini (2005, p. 162). Neste período, reconhece-se na América Latina que a periferia “havia implementado as reformas requeridas pelo centro sem que a globalização respondesse com benefícios para o desenvolvimento da região” (CERVO; BUENO, 2012, p. 494). Porém a mudança restringiu-se a um tímido discurso crítico, cabendo a seu sucessor a modificação efetiva na formulação da política externa brasileira (VIZENTINI, 2005).

A política exterior do governo de Fernando Henrique Cardoso foi marcada “pela intenção de influenciar a formação da nova ordem internacional, que, a partir do fim da Guerra Fria, teve de reestruturar suas referências políticas, econômicas, sociais e culturais” (BARBOZA, 2014, p. 57). Sua orientação, para Lampreia, se assenta na presença de dois dados básicos do Brasil, a democracia e a estabilidade econômica, usando da credibilidade alcançada pelo Brasil no cenário internacional para perseguir seu objetivo tradicional de desenvolvimento.

Segundo Visentini (2013), as linhas de ação prioritárias na política externa de Cardoso foram: o aprofundamento da integração regional, por meio do Mercosul; estímulo à diversificação de parceiros nas relações bilaterais; insistência nas organizações econômicas multilaterais sobre a importância do multilateralismo; concentração de esforços para o aumento da relevância brasileira no cenário internacional, com o pleito de tornar-se membro permanente do Conselho de Segurança da ONU. A alteração do foco da política regionalista brasileira da América Latina para a América do Sul tornou o Mercosul a estratégia mais importante de inserção do país.

A retomada da busca pela autonomia por meio da utilização dos espaços nos foros multilaterais foi marcante durante o governo de Cardoso, expresso na “autonomia pela integração”. A autonomia pela integração refere-se, segundo Lampreia, a uma autonomia articulada com o meio internacional no lugar de uma autonomia isolacionista. Para Vigevani e

Cepaluni (2007, p. 283), a política externa atuou por meio da “autonomia pela participação”, caracterizada 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”, substituindo a “autonomia pela distância”<sup>10</sup>, que prevaleceu na política externa brasileira durante a Guerra Fria.

Com base nesses fundamentos, a atuação diplomática brasileira, centrada principalmente na figura presidencial, propunha os foros internacionais como espaços legítimos de discussão e elaboração de diretrizes. A aproximação de novos parceiros buscava contornar a situação hegemônica dos Estados Unidos enquanto única potência mundial, incentivando o fortalecimento de um sistema internacional multipolar e a minimização das assimetrias de poder ou, segundo Lampreia, “lutando contra as incoerências da globalização” (1998, p. 7).

A saúde aparece como um tema determinante na participação brasileira nos foros multilaterais, sendo explorada em três âmbitos distintos: nos órgãos específicos de saúde como a OMS, nos debates acerca dos direitos humanos e também naqueles referentes ao desenvolvimento. A propriedade do país para tratar da saúde, por meio do envolvimento de grandes especialistas, pondo em pauta debates cruciais para o tema fez do Brasil uma referência nos assuntos de saúde.

Para Cervo e Bueno,

[...] o governo brasileiro entende que os direitos humanos – os liberais de primeira geração e os novos direitos econômicos, sociais, civis e culturais de segunda geração – são indivisíveis, como o ser humano, e sobrepõem-se aos particularismos religiosos ou culturais. A preocupação com os direitos humanos condiciona a ação externa do Estado e envolve a defesa da democracia e do desenvolvimento. Nesse último ponto a criatividade política brasileira e sua expressão diplomática tiveram um papel inovador na vinculação entre a fruição de direitos humanos e condições de bem-estar social alcançadas com o desenvolvimento econômico. Essa tese prevaleceu nas conclusões da Conferência Mundial de Direitos Humanos (Viena, 1993)” (2012, p. 500).

A tradição diplomática brasileira aliada ao empenho demonstrado nas tratativas de saúde – expresso externamente pelo ativo envolvimento nos temas de saúde e internamente

---

<sup>10</sup> A “autonomia pela distância” é tida como a “política de 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” (VIGEVANI; CEPALUNI, 2007, p. 283).

pela crescente institucionalização da diplomacia em saúde e pela internalização das recomendações internacionais de saúde – cresceu a credibilidade do país, tornando-se um líder quase “natural” dos debates do tema.

A realização da Conferência de Cúpula sobre o Desenvolvimento Social de 1995, em Copenhague, foi considerada mais uma expressão da força brasileira ao conectar os debates dos temas globais com o desenvolvimento. Os mesmos argumentos utilizados na Rio-92 e na Conferência de Viena em 1993, sobre a importância de encontrar caminhos sustentáveis para o desenvolvimento sem barrá-lo, vinculando-o ao respeito aos direitos humanos nos países do Terceiro Mundo, saíram novamente vencedores.

O governo de Fernando Henrique Cardoso, em seus dois mandatos, demonstrou seu empenho em aderir aos regimes internacionais. Nos três eixos de debate da saúde, ou seja, saúde, direitos humanos e desenvolvimento, a atuação brasileira foi de grande expressão no período. Já em 1995 o Brasil ratificou a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher da Organização dos Estados Americanos (OEA). A ratificação da Convenção é de suma importância para esse debate pela aproximação entre a violência sofrida pelas mulheres durante a gravidez, parto e puerpério e a dificuldade na redução dos números da mortalidade materna e neonatal, tendo impactos diretos nos indicadores de saúde do país.

Ainda em 1995 a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, de Pequim, surgiu do balanço dos avanços alcançados com as Conferências Anteriores (Nairobi, 1985; Copenhague, 1980; México, 1975). Doze áreas de preocupação prioritária foram identificadas, quase todas ligadas ao tema da saúde, em maior ou menor proximidade, como: desigualdade no acesso aos serviços de educação e saúde, as deficiências na promoção e proteção dos direitos da mulher, feminização da pobreza e a violência contra a mulher. As áreas elencadas aparecem justificadas na declaração e plataforma de ação da IV Conferência, afirmando os prejuízos da falta de acesso à educação para o cuidado efetivo da saúde e para o respeito aos direitos humanos.

A Conferência abordou objetivamente pontos da saúde da mulher e atenção obstétrica, já dispostos previamente na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e nas três Conferências anteriores sobre a mulher. Merecem destaque o reconhecimento do empoderamento feminino como forma de evitar as violações de direitos sofridos pelas mulheres – e o empoderamento inclui o acesso de qualidade à saúde e à educação em saúde, para que as mulheres possam de fato tomar as decisões sobre seus

corpos; o reconhecimento dos direitos reprodutivos da mulher e dos grandes índices de mortalidade materna, agravados principalmente pela má qualidade da assistência obstétrica e pelo aborto inseguro; a necessidade de uma atenção integral à saúde da mulher, protegendo-a de doenças e violências responsáveis por altos índices de mortalidade<sup>11</sup>.

Em 2000, todos os países membros das Nações Unidas pactuaram a Declaração do Milênio, com oito objetivos destinados a melhoria das condições de vida ao redor do mundo. Dentre eles, a melhoria da saúde materna e a redução da mortalidade na infância estão diretamente ligados à melhoria da assistência obstétrica no país. O ano de 2015 foi o escolhido como data limite para o cumprimento das dezoito metas e quarenta e oito indicadores nacionais que compõem a Declaração.

Em 2001 ocorreu uma das ações mais emblemáticas do governo de Cardoso no campo da diplomacia da saúde, o enfrentamento com os Estados Unidos na Organização Mundial da Saúde pela quebra de patentes dos medicamentos necessários ao tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), obtendo votação unânime a favor da quebra de patente das indústrias farmacêuticas em prol da redução de custos para a oferta do tratamento aos portadores da Síndrome.

Uma defesa internacional do acesso a medicamentos como bandeira de promoção e proteção dos direitos humanos, dentre eles o acesso à saúde, foi articulada pelo Brasil na forma da resolução nº 33/200, denominada “Acesso a Medicamentos no Contexto de Pandemias como HIV/Aids” na Comissão de Direitos Humanos da ONU. No mesmo ano, no âmbito da 54ª Assembleia Mundial da Saúde, foram discutidas as propostas brasileiras para a democratização do acesso aos medicamentos antirretrovirais, considerados como parte do direito fundamental à saúde, e incentivando a cooperação internacional para a produção, comercialização e controle dos preços destes medicamentos.

Com a liderança do Brasil nos debates sobre a HIV/Aids, a universalização do acesso a seu tratamento e os desdobramentos políticos e econômicos gerados, o Brasil adquiriu destaque no cenário internacional, liderando as conversações na Conferência de Doha para a questão das patentes de medicamentos e o embate entre o interesse econômico e o interesse público internacional no acesso a essas drogas. O Brasil foi adiante e atribuiu, mediante lei

---

<sup>11</sup> A Declaração “Reducción de la mortalidad materna”, emitida conjuntamente pela Organização Mundial da Saúde, Fundo de População das Nações Unidas, Fundo das Nações Unidas para a Infância e Banco Mundial, expressou que em 1999 uma mulher morria por minuto em algum país do mundo em decorrência de complicações da gestação, parto e pós-parto. A OMS estima que mais de 90% destas ocorrências de morte são evitáveis com os cuidados adequados à saúde materna (OMS, 1999). Ademais, a mortalidade materna ocorreu, em 99% dos casos entre 1990 até 2008, em países em desenvolvimento (WHO, 2010).

ordinária, o poder de decisão sobre as patentes à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)<sup>12</sup>.

No âmbito interno, a criação da Assessoria de Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde (AISA), em 1998, demonstrou a intenção do Brasil de institucionalizar as conversações em saúde e aproximar os Ministérios das Relações Exteriores e da Saúde que, desde então, vêm atuando de forma conjunta em diversos debates acerca de temas mundialmente relevantes de saúde.

Ainda, as Conferências da Mulher e para o Desenvolvimento Social (1995) tratam das condições de saúde como questões de direitos humanos e relacionam a assistência de qualidade à gestação, ao parto e à criança como com a dignidade humana e a liberdade para a fruição dos direitos reprodutivos sem riscos. Além destas, a publicação de diretrizes para a redução da mortalidade materna pela OMS, em 1999, reafirmando a maternidade sem riscos como uma questão de direitos humanos, gerou repercussão no modelo obstétrico brasileiro com o compromisso internacional para sua melhoria, ocasionando reformas internas<sup>13</sup>.

### **2.2.2 Política externa do governo Luiz Inácio Lula da Silva e a saúde**

Após oito anos de governo de Fernando Henrique Cardoso, Luiz Inácio Lula da Silva assume a Presidência da República em 2003, gerando uma modificação nos rumos da política externa brasileira. O ensaio de uma nova forma de inserção do Brasil, com o caminho do estado logístico, aparece já no governo Cardoso, durante seu segundo mandato, onde começam a surgir críticas aos países desenvolvidos pela falta de contrapartidas à implantação do neoliberalismo na América Latina, denunciando os ganhos unilaterais obtidos pela relação de interdependência entre o centro e a periferia (CERVO; BUENO, 2012).

A ascensão de Lula pode ser justificada em grande parte pelo contexto de ascensão dos partidos de esquerda, comum a toda América Latina nos anos 2000. O fracasso do neoliberalismo como modelo de inserção latino-americana no sistema internacional, o crescente endividamento e deterioração da situação interna dos países, além da indiferença estadunidense para com o continente americano, em especial após os atentados terroristas de

<sup>12</sup> Lei 10.196, de 14 de fevereiro de 2001, altera e acresce dispositivos à Lei no 9.279, de 14 de maio de 1996, que regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10196.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10196.htm)>.

<sup>13</sup> Em 1999 inicia um movimento expressivo de reformas na atenção obstétrica brasileira, com sucessivas portarias que visam à melhoria do atendimento prestado às gestantes pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Portarias de 1999 e 2000 criam Centros de Parto Normal e políticas de redução de cesarianas e pela humanização no pré-natal e nascimento (ARTEMIS, 2015).

11 de setembro de 2001, que voltaram a atenção dos EUA ao Oriente Médio, são alguns dos fatores que impulsionaram os partidos de esquerda aos governos de diversos países latino-americanos na primeira década do século XXI (CERVO; BUENO, 2012).

A política externa brasileira do governo de Lula durante seus dois mandatos, (2003 a 2006 e 2007 a 2010), é caracterizada pela sua intensa agenda internacional, além do rompimento com a adesão subordinada do Brasil. Em seu governo, Lula rompeu com a postura de alinhamento com os Estados Unidos adotada em diferentes níveis até então, e voltou suas ações ao Terceiro Mundo, enfatizando as relações com parceiros não tradicionais. Para Vizentini, essa nova inserção configura-se como o “desalinhamento da política externa em relação ao ‘consenso’ liberal norte-atlântico como forma de recuperar a capacidade de negociação” (2005, p. 162).

A postura de abandono da estratégia neoliberal de abertura e a valorização de uma inserção efetiva do Brasil no cenário internacional gerou críticas pelo alto índice de investimento e baixo retorno imediato – tanto político quanto econômico –, principalmente no caso africano (CERVO; BUENO, 2012). Porém ao longo dos oito anos os ganhos mostraram-se relevantes e contribuíram para a consolidação de uma política voltada para o desenvolvimento e a visão privilegiada de cooperação Sul-Sul, com transferência de tecnologias e incremento significativo das transações comerciais entre os parceiros. Outra característica marcante durante o seu governo é a permanência da relevância presidencial para a execução da política externa do Brasil, sendo Lula o presidente recordista em viagens internacionais<sup>14</sup>.

Ao longo dos oito anos do governo de Lula, o Itamaraty recuperou sua posição na elaboração da política externa, sendo expandida a estrutura do Ministério das Relações Exteriores e consolidada a postura ativa do Brasil no cenário internacional, tanto em âmbito bilateral como em foros multilaterais. O número de representações diplomáticas cresceu mais de 30%, segundo Cervo e Bueno (2012), com destaque para o continente africano<sup>15</sup>, bem como o carisma presidencial favoreceu a ascensão do Brasil enquanto ator relevante no cenário internacional.

---

<sup>14</sup> Eduardo Scolese, em matéria do dia 04 de dezembro de 2010 para o Jornal Folha de São Paulo, contabilizou 470 dias de viagens ao exterior durante os oito anos de mandato do governo de Lula. O tempo equivaleu a 16% do mandato no exterior, conferindo ao presidente o recorde de viagens de um mandatário brasileiro. Disponível em: <[http://www1.folha.uol.com.br/fsp/poder/po0412201009.htm#=\\_>](http://www1.folha.uol.com.br/fsp/poder/po0412201009.htm#=_>).

<sup>15</sup> Segundo Gabriel Mestieri, durante o governo de Lula, trinta e cinco novas embaixadas foram criadas, quinze delas no continente africano. Disponível em: <<http://noticias.r7.com/brasil/noticias/lula-cria-35-novas-embaixadas-e-abre-quatro-vezes-mais-vagas-para-diplomatas-20091101.html>>.

A “autonomia pela diversificação”, estratégia de política externa adotada por Lula, pode ser sintetizada como

[...] a adesão do país aos princípios e às normas internacionais por meio de alianças Sul-Sul, inclusive regionais, e de acordos com parceiros não tradicionais (China, Ásia-Pacífico, África, Europa Oriental, Oriente Médio etc.), pois acredita-se que eles reduzem as assimetrias nas relações externas com países mais poderosos e aumentam a capacidade negociadora nacional (VIGEVANI; CEPALUNI, 2007, p. 283).

Nos organismos multilaterais, as ações brasileiras buscaram firmar sua inserção de acordo com os preceitos norteadores da política externa mas, ao mesmo tempo, minimizando os eventuais custos políticos e econômicos em outras áreas do relacionamento bilateral ou multilateral (MILANI, 2012). Alguns autores consideram que o governo de Lula rompeu consideravelmente com as linhas da política externa de seu antecessor, como Amado Cervo (2011); outros veem de forma mista a atuação de Lula, ora seguindo aquilo que foi lançado por seu antecessor, ora rompendo com suas posições e traçando novos caminhos para a política externa do Brasil, como Saraiva (2007); o terceiro grupo outros vê um aprofundamento das linhas tradicionais da política externa brasileira e o seguimento das ações de Cardoso por Lula, como Cristina Pecequilo (2008).

Ao longo dos dois mandatos de Lula, os temas da globalização seguem com um elevado grau de relevância internacional. O Brasil aproveita-se desse espaço como nação que busca influenciar o sistema internacional e galgar um espaço de maior destaque, o que se confirma no âmbito da saúde, contando com a credibilidade no tema já adquirida pelo trabalho diplomático nos governos anteriores. A participação brasileira nos desdobramentos na OMC da questão das patentes dos medicamentos para o tratamento da Aids, iniciada no governo de Fernando Henrique Cardoso, contribuiu para a imagem de comprometimento internacional do Brasil com o desenvolvimento e o engajamento com o respeito aos direitos humanos.

A participação brasileira também foi decisiva na Convenção-Quadro de Controle do Tabaco, iniciada por meio de um grupo de trabalho definido na Assembleia Mundial da OMS de 1999 e presidido pelo Brasil. Além da participação de todos os Estados integrantes da ONU no processo, fizeram parte dos debates diversas organizações não-governamentais, resultando no primeiro tratado internacional proposto pela Organização Mundial da Saúde<sup>16</sup>,

---

<sup>16</sup> O tratado internacional oriundo da Conferência-Quadro de Controle do Tabaco foi submetido à aprovação em 2003, entrando em vigor em 2005.

visando à redução de danos e mortes em decorrência da dependência do cigarro. A eleição de Luiz Felipe Lampreia e Celso Lafer para liderar as tratativas tornou clara a posição destacada que o Brasil conseguiu adquirir nos temas de saúde, com alto nível de credibilidade internacional.

Durante o governo de Lula duas ocorreram a II e III Conferências do Milênio, em 2005 e 2010, respectivamente, visando analisar os avanços obtidos pelos países na aproximação do cumprimento dos Objetivos do Milênio, pactuados por todos os países membro da ONU no ano 2000. Ainda em 2005, o Relatório Mundial da Saúde, intitulado “Para que todas as mães e crianças contem”, enfocou o tema da qualidade da atenção dedicada à promoção da saúde das gestantes, puérperas e crianças para a obtenção do desenvolvimento.

Em 2008, o Brasil sediou a I Conferência Internacional de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) no Setor Saúde, avaliando os resultados já obtidos e buscando traçar estratégias para o cumprimento das metas estabelecidas para o ano de 2015. O representante João Batista Marinho, da Rede de Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna) apresentou então as políticas brasileiras para a humanização do parto no Brasil, à época já o país com o mais alto índice de cirurgias cesarianas do mundo. Além disso, a atenção aos direitos reprodutivos enquanto direitos humanos foi tema de debate, centrando na necessidade de informação de qualidade e educação em saúde para a melhoria das condições de desenvolvimento pactuadas nos ODM.

O lançamento, pela OMS, da Estratégia Mundial de Saúde das Mulheres e Crianças, de 2010, buscando o fortalecimento dos sistemas de saúde, melhoria do monitoramento e avaliação, ampliação do acesso à prevenção, tratamentos e assistência para as mulheres e seus filhos, bem como dos manuais de manejo das complicações da gravidez e parto mostrou a evidência do tema no cenário internacional. Diferente do cenário externo de engajamento, o quadro brasileiro dos nascimentos seguiu em evidência no mundo todo pelo crescente número de cirurgias cesarianas, beirando a metade dos nascimentos por via alta, ensejando ações para a sua redução<sup>17</sup>.

Os relatórios de acompanhamento para o cumprimento dos objetivos do milênio ressaltaram o fato que a mortalidade materna não seria suficientemente reduzida até a data

---

<sup>17</sup> Segundo a pesquisa Nascido no Brasil (2014), o índice de cesarianas no país chega a 52% dos nascimentos. Na década de 1970, esse índice era de aproximadamente 15%, tendo mais do que triplicado a quantidade de cirurgias em pouco mais de quatro décadas.

limite, 2015. Apesar da crescente de partos realizados em ambiente hospitalar e atendidos por profissionais capacitados, além do significativo aumento no número de consultas de pré-natal, o excesso de cesarianas, realizadas muitas vezes de forma eletiva<sup>18</sup>, favorece a manutenção da alta<sup>19</sup> taxa de mortalidade devido às complicações inerentes a uma cirurgia deste porte, tais como hemorragia e infecções.

A manutenção da credibilidade adquirida pelo Brasil nos foros multilaterais dependeria, portanto, do afinamento entre a política externa e a política interna, exigindo a elaboração de medidas destinadas à melhoria dos indicadores brasileiros de saúde, dentre eles de qualidade da atenção obstétrica. Estes mecanismos de diálogo entre o âmbito interno e externo serão examinados no próximo capítulo.

### **2.2.3 Política externa do governo Dilma Rousseff e a saúde**

Dilma Rousseff foi a sucessora de Luiz Inácio Lula da Silva e, em seu primeiro mandato, de 2011 a 2014, manteve mais continuidades do que rupturas com as políticas de Lula, embora a postura da presidente seja mais sóbria do que a figura carismática de seu antecessor (OJEDA, 2013). Uma das principais rupturas a ser apontada na política externa encontra-se, segundo Milani, nas “[...] mudanças relacionadas a certas sensibilidades diante de questões envolvendo liberdades democráticas e a política de gênero” (2012, p. 64).

Dilma deixou a execução da política exterior a cargo da diplomacia e afastou-se da proeminência presidencial adotada por Lula (P. H. DA SILVA, 2015). Neste ponto, podemos elencar uma ruptura se levarmos em conta a diplomacia mais pautada na figura presidencial de Lula ou conceber o fato como apenas a mudança do perfil presidencial e, conseqüentemente, a percepção de continuidade, já que a alteração de postura não significou uma ruptura com a linha de ações adotadas pelo governo anterior. A modificação da postura presidencial pode ser concebida como uma postura cautelosa, porém não de imobilismo em relação ao governo de Lula da Silva, mantendo as linhas mestras da diplomacia do governo anterior (OJEDA, 2013).

Autores como Cervo e Lessa (2014) e Cornetet (2014) elencam a queda da intensidade das relações diplomáticas com diversos países como um traço de ruptura entre os dois

---

<sup>18</sup> Eletiva é o nome dado à cirurgia que carece de condição clínica que a justifique.

<sup>19</sup> Para a OMS, a taxa de mortalidade é considerada alta a partir de 50 mortes por cada 100 mil nascidos vivos. A taxa brasileira é, segundo dados de 2014, de 69 mulheres por 100 mil nascidos vivos, enquanto o objetivo de redução pactuado pelos Objetivos do Milênio seria de 35 mortes a cada 100 mil nascidos vivos.

governos em diferentes níveis. Enquanto Cervo e Lessa destacam o governo de Dilma como período de declínio da política externa brasileira, Cornetet enfatiza a “contenção na continuidade”, demonstrando uma postura mais cautelosa e menos expressiva no cenário internacional. Paulo Henrique da Silva (2015) destaca que mais do que contenção ou declínio, é evidenciado um ajuste na condução da diplomacia do país em virtude das conjunturas interna e internacional e que este arrefecimento das relações diplomáticas pode ser considerado como outro estágio na evolução de uma mesma linha de política externa iniciada por Lula, haja vista a herança por ele deixada (CERVO; BUENO, 2012; P. H. DA SILVA, 2015), como é o caso da criação de embaixadas e o estabelecimento de relações com transações efetivas com diversas regiões em desenvolvimento, o foco de sua política externa.

Podemos considerar como outra ruptura entre a política externa dos governos Lula e Dilma a questão dos Direitos Humanos. Enquanto Lula manteve relações com países que divergiam do modelo democrático aceito e infringiam regulações internacionais sobre direitos humanos, com destaque para a aproximação do Irã, o estabelecimento da embaixada na Coreia do Norte e a manifestação brasileira na ONU que pedia o fim da censura aos países violadores dos direitos humanos, Dilma é mais enfática na condenação de violadores dos direitos humanos.

Embora seja dado destaque à priorização dos direitos humanos na política externa de Dilma, Carlos Eduardo Lins da Silva (2014) destaca que a ênfase neste tema na diplomacia ao longo do governo Dilma foi arrefecendo, principalmente nos casos onde há um alinhamento histórico, como Venezuela e Cuba. Da percepção de um rompimento e maior valorização dos direitos humanos na diplomacia surge outro ponto de diferenciação entre os governos Lula e Dilma: a questão do Irã. Dilma, ao assumir o governo, foi rígida na condenação ao Irã por essas violações – em especial o caso de Sakineh<sup>20</sup>, condenada a apedrejamento –, enquanto Lula havia estreitado suas relações com o país apesar de suas violações aos direitos humanos (OJEDA, 2013).

Apesar das rupturas oriundas de diferentes personalidades e momentos internacionais distintos, as linhas mestras da diplomacia do governo anterior seguiram e a coerência com o histórico de políticas (como no caso dos direitos humanos) do Itamaraty (OJEDA, 2013).

---

<sup>20</sup> Segundo o jornal O Globo, Sakineh Ashtiani foi condenada à morte por apedrejamento por um suposto adultério. Em 2010, a mobilização de diversos países, organizações internacionais e membros da sociedade civil conseguiram impedir a execução. Desde então, Sakineh permanece presa e o Irã aboliu a pena de morte por apedrejamento. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mundo/noticia/2010/07/entenda-o-caso-da-condenada-morte-por-apedrejamento-no-ira.html>>. Acesso em: 28/10/2015.

Além das características comuns mencionadas anteriormente, podemos elencar também a prioridade dada às relações com os países da América Latina e ações para a afirmação de sua autonomia e integração, como o fortalecimento do Mercosul e Unasul; busca da posição de país pacífico, intermediador e com grande potencial de desenvolvimento; dinamização das relações comerciais e diplomáticas com outras regiões em desenvolvimento, enfatizando a importância da cooperação Sul-Sul, entre outros.

Sobre o universalismo e a autonomia decisória da política externa, características conservadas ao longo da história da política externa recente do país (CERVO; LESSA, 2014), lê-se que

[...] a política baseada na diversificação das relações exteriores e na ampliação da autonomia encontrou uma continuidade. [...] Os valores históricos da política externa brasileira de não intervenção, promoção da paz, pragmatismo e defesa do multilateralismo também se mantiveram. Apesar destes traços de continuidade com o governo anterior, a política externa da administração Dilma exibe algumas especificidades, dentre as quais a ênfase à agenda dos direitos humanos e uma reaproximação com os Estados Unidos. (VISENTINI, 2012, p. 126, 127)

No tema da saúde, o governo de Dilma Rousseff buscou manter a atuação preponderante do Brasil nos foros multilaterais, atuando também no reconhecimento internacional das limitações e desafios do país no século XXI, dentre eles o excesso de cesarianas e o alto índice de mortalidade materna. Temas abordados continuamente sob a ótica dos direitos humanos, a violência obstétrica e as cesarianas eletivas, incluindo casos de cesarianas ordenadas pela Justiça e sem fundamentação clínica<sup>21</sup>, adquiriram maior visibilidade e geraram pressões para a modificação das estruturas da atenção à saúde para uma melhor assistência ao parto.

A readequação do cenário interno para a correspondência com a expressão brasileira no exterior é premente no caso da atenção obstétrica, utilizando-se para este fim a elaboração de novas diretrizes por parte dos órgãos governamentais brasileiros. Estes órgãos, com vistas principalmente à redução do número de cesáreas e à qualificação do atendimento durante a gestação, parto e puerpério, buscam o estabelecimento de regulações mais rígidas e metas a serem cumpridas nos estabelecimentos de saúde, porém com controversa eficácia, como no caso das Portarias emitidas pelo Ministério da Saúde.

---

<sup>21</sup> Adelir Carmen Lemos de Góes esperava seu quarto filho quando, na madrugada de 01 de abril de 2014, teve sua casa cercada por viaturas policiais, sendo obrigada a realizar cirurgia cesariana compulsória sem indicação clínica que justificasse sua realização. A Secretaria de Direitos Humanos posicionou-se em favor de Adelir, admitindo a situação como grave violação aos direitos humanos.

### 3 Política Externa e Política Pública

O estágio atual da globalização do sistema internacional exige uma reflexão mais abrangente sobre a relação entre a política externa e a política pública. Com a maior diversidade de atores influentes nos processos decisórios, informações mais ágeis e economias dinâmicas e interdependentes, a tentativa de separação total entre o domínio da política pública e da política externa torna-se inviável, além de ser insuficiente para a compreensão dos movimentos e conexões entre os âmbitos doméstico e internacional<sup>22</sup>.

A percepção da influência mútua entre a política pública e a política externa adquire mais espaço principalmente após o final da Guerra Fria. Nesse contexto de polaridades indefinidas surge, segundo Celso Lafer (2009), a necessidade da reconfiguração da política externa brasileira para a viabilização do seu objetivo de desenvolvimento nacional. A inclusão dos “temas globais”<sup>23</sup> na agenda internacional do pós-Guerra Fria foi importante para a elaboração da atual forma de inserção brasileira. O cenário ofereceu o melhor tabuleiro para o desenvolvimento dos interesses nacionais, tornando o país atuante na elaboração de normas e condutas na gestão internacional da globalização em pontos chave para o Brasil.

#### 3.1 O necessário debate entre política externa e política pública

A aproximação entre a política pública e política externa passa por distintos movimentos que podem ser identificados ao longo do século XX e no início do século XXI. Para compreender a evolução que permitiu o entrecruzamento das políticas antes restritas aos âmbitos doméstico e internacional no estágio atual da globalização, é necessário retomar o histórico do conceito de política pública e a mudança de percepção acerca do distanciamento entre as relações internas e externas dos Estados.

A constituição da política pública enquanto subárea dos estudos de ciência política, nos meados da década de 1920 pode ser considerado o primeiro destes movimentos. A área emerge com dois enfoques distintos: o primeiro, na Europa, observando o papel do Estado na

---

<sup>22</sup> No primeiro momento deste capítulo, podemos nos referir às políticas públicas como políticas domésticas, com o objetivo de destacar a percepção dominante durante muito tempo, segundo a qual a política externa e a política pública eram setores isolados um do outro e onde a segunda estaria restrita aos assuntos internos de um Estado.

<sup>23</sup> Celso Lafer considera como “temas globais” aqueles que qualificamos como os temas da nova agenda internacional do pós-Guerra Fria, tais como os direitos humanos, saúde, meio ambiente, desenvolvimento, entre outros.

produção de políticas públicas; o segundo, nos EUA, com enfoque na ação do governo. A definição inicial de políticas públicas (*public policy*), bem como a primeira menção à análise de política pública (*policy analysis*), são datadas da década de 1930, ambas na obra de Harold Lasswell<sup>24</sup>. Sua interpretação de política pública parte da necessidade de responder quem ganha o quê, por que e como faz para ganhá-lo, pautando-se nos interesses que permeiam o processo decisório das políticas públicas (RODRIGUES, 2010).

Na década de 1950, nos Estados Unidos, começa a despontar o estudo da “ciência política pública”<sup>25</sup>, visando compreender principalmente o porquê de algumas políticas serem implementadas em detrimento de outras (RODRIGUES, 2010). Ademais, o deslocamento do estudo da política pública de subárea da ciência política a um campo de conhecimento próprio, denota o movimento de emergência do tema na busca pela compreensão da atuação dos governos e da formulação de suas políticas domésticas.

No Brasil, as políticas públicas adquirem relevância como campo do conhecimento na década de 1980, correspondendo ao movimento histórico, social e econômico de transformação da sociedade brasileira no período. A área adquire relevância no Brasil por três fatores, segundo Souza (2007): a adoção de políticas restritivas de gasto, que geraram interesse na compreensão do processo decisório das políticas públicas; a nova visão sobre o papel dos governos, decorrente do processo de ajuste fiscal do período; a democratização recente e a necessidade de elaboração de políticas públicas capazes de fomentar o desenvolvimento.

A redemocratização e o processo de abertura econômica geraram, no Brasil, a possibilidade de maior participação da sociedade no governo e, conseqüentemente, o maior interesse no processo decisório da política pública em todos seus estágios<sup>26</sup>, passando pela elaboração, ação e avaliação das políticas, tornando-se uma área de maior atenção e debate interno.

Inexiste um consenso sobre a definição de política pública, bem como sobre a participação de diferentes atores para além do Estado nos seus diversos estágios. O único consenso existente entre os autores de políticas públicas é, segundo Theodoulou, sobre a profunda interferência destas no cotidiano dos indivíduos. Para a autora, então, seria mais

<sup>24</sup> LASSWELL, Harold D. **Politics, who gets what, when and how**. New York: Peter Smith, 1950. 264 p.

<sup>25</sup> Além de Lasswell, são considerados como pensadores fundantes da área de políticas públicas H. Simon, C. Lindblom e D. Easton (SOUZA, 2007).

<sup>26</sup> O ciclo das políticas públicas é tema extenso e pode ser aqui sintetizado nos seguintes estágios: identificação do problema, formação da agenda, formulação de alternativas, tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção da política pública. Para mais, ver SECCHI, 2010.

conveniente a análise das políticas públicas por elementos comuns<sup>27</sup> presentes nas mesmas do que estritamente pela definição apresentada por cada autor (THEODOULOU; CAHN, 1995; VALLE, 2009).

A política pública pode ser percebida, então, por dois diferentes vieses. O primeiro é a abordagem estatista das políticas públicas, que enfoca na personalidade jurídica do ator responsável pela política, ou seja, a política é pública quando o ator estatal é quem a emana; o segundo consiste na abordagem multicêntrica, que percebe como política pública aquela que deve ser emanada como forma de gerir um problema público, considerando uma maior diversidade de atores na sua elaboração (SECCHI, 2010). A apresentação de distintos conceitos serve para orientar, de forma geral, o que se percebe por política pública, sem almejar aqui pautar-se exclusivamente por um deles ou eleger o mais adequado ao estudo das políticas públicas.

Política pública é, para Thomas Dye (2011, p. 1), “[...] whatever governments choose to do or not to do”<sup>28</sup>. As “políticas públicas são ações de Governo, portanto são revestidas da autoridade soberana do poder público. Dispõem sobre ‘o que fazer’ [...], ‘aonde chegar’ [...] e ‘como fazer’” (RODRIGUES, 2010, p. 53). Ainda, “Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões práticas e Lynn (1980) como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos” (SOUZA, 2007, p. 68). Por fim, para Leonardo Secchi, “política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público” (2010, p. 2).

Considerando outros atores de forma determinante no processo decisório juntamente com o poder estatal, conceitos pertencentes à abordagem multicêntrica das políticas públicas contemplam as modificações no papel do Estado moderno e a superação dos limites entre atores estatais e não estatais para a solução de problemas coletivos (SECCHI, 2010). A perspectiva multicêntrica assume a possibilidade de atores não-estatais como líderes de um processo de política pública e representa um movimento de aproximação entre a política pública e a política externa.

---

<sup>27</sup> Para Theodoulou, os elementos comuns são: a distinção entre o que o governo pretende fazer e o que realmente faz; a abrangência das políticas públicas, para além dos atores formais; o transbordamento das políticas públicas para a ação governamental, não ficando restrita aos instrumentos formais; a presença de um curso de ação intencional, com objetivos conhecidos e específicos; a compreensão de um projeto em desenvolvimento, ou seja, a ação para além da elaboração da política pública, abrangendo sua implementação e avaliação (THEODOULOU; CAHN, 1995).

<sup>28</sup> “[...] o que quer que os governos optem por fazer ou não fazer” (tradução nossa).

A evolução dos conceitos de política externa, bem como o ocorrido com a política pública, passa pelas modificações do meio internacional ao longo do século XX e a demanda pelo entendimento do novo cenário que se configura. De tal modo, a criação da subárea de Análise de Política Externa no estudo das relações internacionais, visando “todos aqueles fenômenos suscetíveis de serem incluídos no *continuum* conflito-cooperação e que ultrapassam as fronteiras nacionais” (SALOMÓN; PINHEIRO, 2013), corresponde à necessidade de compreensão das questões de política externa e sua mútua interferência. O campo ganha maior espaço quanto mais as decisões em política externa passam a fazer parte do cotidiano dos cidadãos, correspondendo a um movimento similar ao percebido no desenvolvimento da ciência da política pública.

A política externa é definida, portanto, como o conjunto de ações e decisões de um determinado ator em relação a outros Estados ou atores externos, formulada a partir de oportunidades e demandas de natureza doméstica e/ou internacional (PINHEIRO, 2004). Para Sprout, “foreign policy is defined as the scheme or pattern of ends and means explicit or implicit in a given state’s actions vis-à-vis other states or the members thereof. Foreign policy is thus a subcategory of international politics”<sup>29</sup> (SPROUT, 1956, p. 6). Já a política internacional, que foi durante muito tempo erroneamente confundida com a política externa (MENDONÇA, 2013), para Sprout, “is defined as the system of actions, reactions and interactions between and among the political entities known as nation-states, or simply states”<sup>30</sup> (1956, p. 6).

As distintas percepções de política externa, bem como de política internacional, podem ser relacionadas à existência de diferentes teorias das relações internacionais. A concepção de uma antinomia entre política doméstica e externa reflete-se grande parte na prevalência da teoria realista das relações internacionais, para qual a política externa assume uma especificidade em relação às políticas domésticas, tornando-se impossível caracterizá-la como uma política pública. Por outro lado, teorias liberais como a da interdependência<sup>31</sup> de Keohane e Nye, bem como a criação da disciplina de Análise de Política Externa, surgem em oposição ao realismo ao investigar as relações interestatais a partir da premissa do *continuum*

<sup>29</sup> “política externa é definida como o esquema ou padrão de fins e meios explícitos ou implícitos nas ações de um determinado Estado em face de outros Estados ou seus membros” (tradução nossa).

<sup>30</sup> “é definida como o sistema de ações, reações e interações entre as entidades políticas conhecidas como Estados-nação ou simplesmente Estados” (tradução nossa).

<sup>31</sup> “Essa teoria remete a uma determinada concepção de mundo em que é reforçada a relevância das diversas relações políticas e sociais entre Estados e outros atores de caráter não estatal, na condução da política internacional (SANCHEZ et al, 2006).

entre os níveis doméstico e internacional (SANCHEZ et al, 2006; CARVALHO, 2004; SALOMÓN; PINHEIRO, 2013).

A aproximação entre as áreas da política pública e política externa teve seu primeiro movimento na década de 1950. Em 1954, o trabalho de Snyder, Bruck e Sapin passou a considerar a variável doméstica no processo decisório da política externa, trazendo à Análise de Política Externa a influência da corrente liberal das Relações Internacionais (MILANI; PINHEIRO, 2012). O estudo de Margaret e Harold Sprout também ressalta a relação de influência dos indivíduos e o meio social na análise política (1956).

Nas décadas de 1960 e 1970, fatores históricos como a Crise dos Mísseis de Cuba (1962) e a Guerra do Vietnã (1965-1973) reforçaram o entendimento sobre a relevância de eventos internos (nestes casos, a opinião pública estadunidense) na elaboração da política externa (a posição dos Estados Unidos nos conflitos). Milani e Pinheiro destacam o vulto das obras de Rosenau (1967) e Graham Allison (1971), contribuindo para a visão da relevância dos atores e fatores domésticos na formulação da política externa (2012, p. 14).

No final da década de 1970, o destaque conferido à teoria neorrealista das relações internacionais, especialmente com a obra *Theory of international politics*, de Kenneth Waltz<sup>32</sup>, foi determinante para a perda de espaço da Análise de Política Externa enquanto disciplina e subárea das relações internacionais. O enfoque da corrente realista, com o isolamento entre as dimensões doméstica e internacional, representou um movimento de distanciamento entre a política pública e a política externa, retomando as concepções de ambiente externo não influenciável pelos ambientes domésticos e vice-versa (SANCHEZ et al, 2006; SALOMÓN; PINHEIRO, 2013).

As décadas seguintes foram marcadas pela dissolução do conflito entre Estados Unidos e União Soviética, pela acentuação das interdependências, a aceleração das comunicações e transportes e o incremento dos relacionamentos transnacionais e transgovernamentais (CARVALHO, 2004). Também o advento da globalização e a mescla dos processos antes divididos entre *high* e *low politics* gerou a aproximação dos temas da política externa do cotidiano e a consequente influência na vida dos cidadãos e nas políticas domésticas de um Estado.

Segundo Milani e Pinheiro (2013), a distância que separa a política externa da política pública começa a ser amenizada entre as décadas de 1980 e 1990, com a aproximação entre os

---

<sup>32</sup> WALTZ, Kenneth. **Theory of international relations**. New York: McGraw Hill, 1979.

temas tradicionalmente atribuídos à baixa política e seu papel na projeção de poder. A ampliação e diversificação das entidades destinadas a tratar de temas internacionais e da interdependência entre as realidades de diversos locais geraram a demanda por cada vez mais atores não centrais e não estatais nos processos decisórios. Ao contemplar um maior número de situações decorrentes da intensificação das interações entre o nível doméstico e o internacional, a formulação da política externa passa demandar a *expertise* de novos atores ao representar a ação do Estado em âmbito internacional, sendo admitida como mais uma política pública.

No Brasil, somado aos movimentos da globalização, a redemocratização e a abertura econômica proporcionaram a aproximação entre as políticas públicas sociais e a agenda diplomática (SANTORO, 2012), despertando o interesse da sociedade, assim como na formulação da política pública, pelos temas da política externa. Ocorre assim a desmistificação do isolamento das agendas e do Itamaraty enquanto único responsável pela realização da política externa brasileira, com o desenvolvimento da presença brasileira nas redes transnacionais contribuindo para a atenuação das fronteiras entre as políticas doméstica e externa (SANTORO, 2012).

O reflexo teórico do contexto histórico das últimas duas décadas do século XX e das demandas geradas em virtude da modificação do cenário internacional pode ser observado nas contribuições liberais, com destaque para a obra de Putnam, “Diplomacia e política doméstica: a lógica dos jogos de dois níveis” (1988)<sup>33</sup>. O trabalho busca a superação da dicotomia ao admitir como pressuposto a influência mútua entre política interna e externa, propondo-se ao debate das condições (quando e como) para essa influência. Putnam não concebe o Executivo como um formulador homogêneo da política, estando ele submetido às pressões e aos interesses e sendo responsável pela mediação das pressões tanto da esfera doméstica quanto da internacional (PUTNAM, 2010; PASQUARELLI, 2010; MENDONÇA, 2013).

A proposição de análise centrada no modelo de dois níveis serviu para fundamentar a aproximação entre política pública e política externa, conforme Pasquarelli (2010). Partindo deste modelo, Helen Milner (1997)<sup>34</sup> apresenta uma teoria da interação entre as políticas doméstica e internacional que, embora questionada pela escolha da teoria da escolha racional

---

<sup>33</sup> PUTNAM, Robert D. Diplomacia e política doméstica: a lógica dos jogos de dois níveis. **Revista Sociologia Política**, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 147-174, jun 2010.

<sup>34</sup> MILNER, Helen. **Interests, institutions and information: domestic politics and international relations**. Princeton, NJ: Princeton University Press. 1997. 321 p.

enquanto método (RENGGER, 1998), contribui para a aproximação dos dois níveis ao admitir as políticas interna, externa e internacional como um *continuum* do processo decisório e a política externa como uma política pública. (SANCHEZ et al, 2006; SALOMÓN; PINHEIRO, 2013).

Milner e Keohane<sup>35</sup> dão aporte a esta aproximação assumindo que as trocas globalizadas e o capital repercutem importantemente na autonomia dos Estados, estes sendo pressionados a executar reformas por forças globais. Os autores destacam a necessidade de considerar as diferentes posições dos Estados no sistema internacional e sua capacidade de adaptação ou provocação do modelo de internacionalização, baseado nas propensões ditadas também pelo cenário doméstico e estabelecendo relação entre os níveis interno e externo de elaboração das políticas (NEWELL, 1997).

No mesmo sentido, a obra de Christopher Mill contribui para a produção de conhecimento das Relações Internacionais por meio da política externa, enfatizando o impacto das mudanças globais sobre a percepção de política externa e a necessidade de reformulação sobre os fenômenos a ela associados. Mill

[...] é capaz de relacionar conceitualmente a política externa a um ambiente de interpenetração entre o externo e o interno e de erosão de suas fronteiras (tradicionalmente tão definidoras no campo da política externa) sem, no entanto, deixar de distingui-la como um espaço próprio e relevante de reflexão e de ação significativa no âmbito internacional (CARVALHO, 2004, p. 433).

O aporte teórico oferecido pelas obras de Putnam, Milner e Mill, bem como outras com o mesmo propósito neste período, faz com que noções como o *continuum* entre a política interna, externa e internacional passem a ter maior espaço e sejam reverberadas por outros autores. O reflexo da disseminação destas noções contribui para o entrecruzamento entre a política pública e a política externa, gerando novas conceituações que admitem a política externa como uma das esferas da política pública de um Estado.

Salomón e Pinheiro pontuam que “[...] a política externa, com efeito, é uma *política pública*, embora com uma especificidade que a diferencia do resto das políticas públicas: o fato de ser implementada fora das fronteiras estatais [...]” (2013, p. 41, grifo do autor). No mesmo sentido, Pasquarelli (2010) admite que o aumento das trocas entre os ambientes

---

<sup>35</sup> KEOHANE, Robert; MILNER, Helen. **Internationalization and domestic politics**. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. 308 p.

doméstico e internacional gera uma interdependência entre os processos de política pública e política externa. Ainda,

[...] deixa-se de compreender a política externa apenas enquanto relações mantidas pelo Estado com Estados estrangeiros, para ampliá-la de forma a se reconhecer a política externa com o conjunto de programas mantidos por um ator com atores estrangeiros, ampliando-se, assim, os atores que poderão ser interlocutores (não apenas Estados, mas também uniões aduaneiras, organizações internacionais, etc.) e os temas envolvidos (SILVA; SPÉCIE; VITALE, 2010, p. 9)

Além destes, Mendonça afirma que a política exterior deve ser considerada como uma política pública, porém distinguindo-a das demais políticas públicas pelo seu direcionamento – para fora do Estado – e substância (2013, p. 5). Celso Lafer (1993) também aponta a política externa como uma política pública especial, dotada da necessidade de análises conjunturais tanto da sociedade nacional quanto das oportunidades externas. De forma geral, tal qual Lima e Milani, “[...] a reflexão brasileira tem enfatizado a dimensão de política pública da política externa, tendo em vista que abrange, atualmente, amplo leque de questões que são concomitantemente domésticas e internacionais” (2014, p. 6).

O avizinhamento dos conceitos de política pública e política externa, partindo do contexto do final do século XX e dos referenciais teóricos já salientados, colabora para a reflexão de um novo conceito, o de política pública internacional. A acepção de política pública internacional é fruto das inquietações com a dimensão internacional das políticas públicas, reconhecendo a ação de atores diversos – tanto no nível interno como externo – nos processos de decisão domésticos.

A política pública internacional abrange elementos desprezados nas conceituações clássicas e corresponde a uma visão mais compreensiva e dinâmica das relações doméstica e internacional entre os Estados e a sociedade civil. Ademais, abarca as questões do duplo fluxo da influência entre os dois níveis, quais sejam a dimensão externa da política pública de um Estado e o impacto dos temas internacionais no processo decisório doméstico (POLÍTICA, 2015).

No mesmo âmbito, podemos destacar a importância da noção de governança. Para o Banco Mundial, “[...] governance is defined as the manner in which power is exercised in the management of a county's economic and social resources for development”<sup>36</sup> (1992, p. 1). A

---

<sup>36</sup> “Governança é a maneira pela qual o poder é exercido na gestão dos recursos econômicos e sociais de um país visando o desenvolvimento” (tradução nossa).

governança global compreende, para a Comissão sobre Governança Global, “[...] a totalidade das diversas maneiras pelas quais os indivíduos, as instituições, públicas e privadas, administram seus problemas comuns” (1996, p. 2). Segundo Hurrell

[a] convergência de dois desenvolvimentos cruciais: em primeiro lugar, as ambições muito maiores da sociedade internacional e a mudança, ao longo deste século, de concepções minimalistas tradicionais ou de concepções *pluralistas* da ordem internacional para concepções, de alcance muito maior, maximalistas ou *solidaristas*; em segundo lugar vêm as exigências, feitas em um tom sempre mais elevado, de que deve haver uma implementação crescentemente coercitiva das normas dessa sociedade internacional mais profunda e normativamente mais ambiciosa – a passagem de um *solidarismo consensual* para um *solidarismo coercitivo* (1999, p. 57).

### Ainda, a governança

[...] refere-se a padrões de articulação e cooperação entre atores sociais e políticos e arranjos institucionais que coordenam e regulam transações dentro e através das fronteiras do sistema econômico e social, incluindo-se aí não apenas os mecanismos tradicionais de agregação e articulação de interesses, tais como os partidos políticos e grupos de prestígio, como também redes sociais informais, hierarquias e associações de diversos tipos (BUSS et al, 2012, p. 1480).

O conceito de governança, delineado a partir das noções de globalização, demonstra a emergência de organizações internacionais e empresas multinacionais e a consequente redução do poder soberano nacional com a mudança na estruturação da atividade humana e o deslocamento do poder de orientações locais para formas globais (GONÇALVES, 2006). Assim, tanto política pública internacional como governança global são dois novos conceitos que denotam o movimento de aproximação das esferas doméstica e internacional e a impossibilidade de isolar ambos níveis da influência mútua a que estão submetidos.

De acordo com Colin Hay (2006), muitos autores sugerem equivocadamente que a globalização seja antitética à política pública. Por outro lado, a globalização pressiona a adoção de um determinado nível de privatização e tecnificação, gerando um processo de convergência das políticas públicas e tendendo a diminuir a autonomia do Estado em decorrência do deslocamento de funções de organismos públicos e nacionais para quase públicos e transnacionais.

Hay diagnostica a crescente disparidade entre o nível em que os problemas emergem e/ou onde devem efetivamente ser combatidos e a predominância de um caráter nacional – ou doméstico – das instituições onde as respostas são buscadas, observando a lacuna gerada pela incapacidade global em desenvolver soluções globais coordenadas. O autor sinaliza que “[...] many of the contemporary challenges for public policy are to devise proficient and democratic

institutions of global governance - an effective policy-making capacity for dealing with problems of global public policy”<sup>37</sup> (2006, p. 590).

Assim, argumenta que os maiores desafios na elaboração da política pública não decorrem da internalização ou não dos imperativos determinados na política internacional e exercidos na política externa, mas residem na capacidade de lidar coletivamente com as consequências dos processos de integração, apontando para a relevância da política pública internacional na solução dos impasses gerados pela globalização (HAY, 2006).

### 3.2 Institucionalização da política externa de saúde no Brasil

No cenário mundial, as grandes transformações ocorridas no final do século XX ocasionaram a alteração do padrão de atuação dos Estados. No Brasil, somadas às influências das ocorrências mundiais, as modificações ocorridas no âmbito interno do Estado contribuíram para “[...] a necessidade de promoção de ações que façam prevalecer suas prioridades e interesses em concomitante à própria ampliação de seu grau de autonomia” (RIBEIRO, 2006, p. 72). A reformulação da postura do Brasil, expressa pela atuação internacional nestas décadas e pelo texto da Constituição Federal de 1988 (CF/88), visa à obtenção dos objetivos do país, com destaque para o desenvolvimento nacional.

A CF/88 representa um marco no reconhecimento do crescente adensamento das relações entre as políticas interna, externa e internacional ao delimitar em seu texto os princípios norteadores das relações internacionais do Brasil, conforme o disposto no artigo 4º. (SANCHEZ et al, 2006). Ao expressar na Constituição os dez princípios<sup>38</sup> regentes da sua atuação internacional, pode-se dizer que o Brasil admite sua política externa como uma vertente da política pública nacional ou, na concepção de Milner, como um *continuum*.

Essa interpretação, em consonância com a abordagem apresentada por diversos autores (SILVA; SPÉCIE; VITALE, 2010; SANTORO, 2012; MENDONÇA, 2013; LAFER, 1993; SALOMÓN; PINHEIRO, 2013; SANCHEZ et al, 2006; PASQUARELLI, 2010), busca responder às demandas tanto de ordem doméstica quanto internacional (RIBEIRO, 2006),

---

<sup>37</sup> “muitos dos desafios contemporâneos para as políticas públicas estão na concepção de instituições proficientes e democráticas de governança global - uma capacidade de elaboração de políticas eficazes para lidar com problemas de políticas públicas globais” (tradução nossa).

<sup>38</sup> Os princípios que regem as relações internacionais do Brasil, segundo o texto constitucional, são: independência nacional, prevalência dos direitos humanos, autodeterminação dos povos, não-intervenção, igualdade entre os Estados, defesa da paz, solução pacífica dos conflitos, repúdio ao terrorismo e ao racismo, cooperação entre os povos para o progresso da humanidade e a concessão de asilo político, além do propósito de formar uma comunidade latino-americana de nações

demonstrando o duplo fluxo de internalização das políticas internacionais e internacionalização das políticas internas dos Estados (SILVA; SPÉCIE; VITALE, 2010) e o conseqüente crescimento da atenção e importância dada à política externa para a consolidação dos objetivos nacionais.

Tradicionalmente, o poder de controlar a política externa brasileira está concentrado no Poder Executivo, o que se mantém com a redação da Constituição de 1988. A participação dos demais poderes é restrita: a atuação do Poder Legislativo reside basicamente na aprovação das decisões do Poder Executivo sobre temas específicos como a celebração de tratados (art. 49)<sup>39</sup>, bem como a celebração da paz e a declaração de guerra; do Poder Judiciário, em eventual participação *ad hoc*, mediante provocação para avaliação de políticas para manutenção de relações com outros Estados e participação em organizações internacionais, novas atribuições conferidas pela Constituição de 1988 (PASQUARELLI, 2010).

A política externa concebida como política pública, como expressa na Constituição, ocasiona um processo de transformação no processo da política externa brasileira, bem como na elaboração das políticas públicas de saúde, em virtude da assunção da influência de duplo fluxo entre os âmbitos doméstico e internacional. Portanto, a política externa pode ser considerada como resultante de um processo que envolve interesses divergentes, confrontos e negociações em diversos cenários e com múltiplos atores e que, tal qual a política pública, não está necessariamente desprovida de subjetividade no seu processo decisório (RIBEIRO, 2006).

O Ministério das Relações Exteriores permanece no cerne da elaboração da política externa brasileira, mesmo com a emergência da diplomacia presidencial<sup>40</sup> a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso e com a relativa fragmentação pública da diplomacia pela Constituição. As críticas ao isolamento do Ministério das Relações Exteriores geram um processo interno de descentralização na década de 2000, com a especialização das funções geográficas e temáticas e a democratização do acesso ao governo (SILVA; SPÉCIE; VITALE, 2010).

---

<sup>39</sup> Sobre a celebração de tratados, a redação do Artigo 49 da Constituição Federal dá ampla competência ao Congresso Nacional sobre a resolução definitiva dos tratados, acordos ou atos internacionais que acarretem encargos ou compromissos gravosos ao patrimônio nacional. Assim, a redação confusa leva a crer que apenas aqueles tratados que oneram o patrimônio nacional necessitam obrigatoriamente ser ratificados pelo Congresso. Entretanto, todos os tratados são apreciados internamente pelo Legislativo, já que para adquirir eficácia no ordenamento jurídico brasileiro, o mesmo necessita ser referendado pelo Congresso Nacional e, posteriormente, ratificado pelo Presidente da República. Para mais, ver SALOMÃO, 2011.

<sup>40</sup> Diplomacia presidencial é “a condução pessoal de assuntos de política externa, fora da mera rotina ou das atribuições ex officio, pelo presidente, ou, no caso de um regime parlamentarista, pelo chefe de Estado e/ou pelo chefe de governo” (DANESE, 1999, p. 51).

A tentativa de democratização do Ministério das Relações Exteriores evidencia não só a necessidade de melhorar sua representatividade no âmbito externo, como afeta também seu âmbito interno ao ampliar as chances de acesso à carreira diplomática por meio de ações como o aumento de locais de realização do concurso público para admissão na carreira, abolição da prova eliminatória de francês, aumento de espaço para mulheres e oferta de bolsas preparatórias para afrodescendentes (SILVA; SPÉCIE; VITALE, 2010).

Entretanto, a democratização esbarra na resistência do Ministério em permitir a participação de fato, para além de temas e ocasiões pontuais, da sociedade civil. Com a profusão de temas debatidos na esfera internacional e a demanda interna por maior espaço de participação, a aproximação entre movimentos sociais, ministérios da área social e a criação de órgãos como o Comitê de Direitos Humanos e Política Externa, de 2006 (SANTORO, 2012), respondem à relutância do Ministério das Relações Exteriores (MRE) em abrir novos espaços de diálogo e ao diagnóstico do baixo nível de transparência e participação da sociedade nas ações do Ministério (COMITÊ, 2015).

A criação de mecanismos democráticos para a decisão em políticas públicas, incluída a política externa, evidencia a mobilização de atores domésticos em temas específicos como os direitos humanos, a saúde e o desenvolvimento. Os efeitos sobre a política externa, numa sociedade democrática, são a necessidade de atenção a diversos setores na sua elaboração, a avaliação mais detalhada dos eventuais custos da implementação de uma política e a demanda pela alteração no modelo centralizador adotado pelo Ministério das Relações Exteriores, aumentando a complexidade institucional e a minimização de riscos externos de uma decisão (MENDONÇA, 2013).

Para Santoro (2012), os movimentos da redemocratização e maior atenção brasileira à política externa são expressivamente impactantes na área da saúde. Com o advento dos temas sociais e a complexificação da abordagem da saúde – pelos vieses de direitos humanos, de desenvolvimento e mesmo pelo viés ambiental –, ações em diversos âmbitos subsidiaram o destaque dado ao tema, além da já referida atuação tradicional brasileira na área. O autor ainda destaca a contribuição das políticas sociais como o Programa Bolsa Família para a evidenciação dos temas de saúde.

A ratificação, mesmo que tardia, de importantes mecanismos internacionais confirma a postura adotada pelo Brasil a partir da redemocratização, buscando a inserção internacional do país por meio da atuação engajada com os temas globais da agenda internacional, refutando a postura de distanciamento adotada pelos governos militares e do desrespeito principalmente

aos direitos humanos. Sobre a lacuna na proteção dos direitos persistente desde a década de 1940, Cançado Trindade expõe que

[...] no continente americano, a despeito da adoção em 1948 da Carta Internacional Americana de Garantias sociais (como declaração dos “direitos sociais do trabalhador”), persistiu, até a adoção em 1988 do chamado Protocolo de San Salvador, a lacuna no sistema interamericano de proteção no tocante aos direitos econômicos, sociais e culturais [...] (CANÇADO TRINDADE, 1995).

Com vistas a suprir essa lacuna, o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), datado da década de 1960, foi ratificado pelo Brasil em 1992<sup>41</sup>. O mesmo ocorre com a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), datado de 1969, também ratificado pelo Brasil apenas em 1992<sup>42</sup> e com o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Protocolo de San Salvador), datado de 1988 e ratificado pelo Brasil em 1999<sup>43</sup>.

Tais protocolos contemplam a complexificação e a intersectorialização do tema da saúde, abordada a partir de distintas perspectivas. Além dos foros competentes para as tratativas específicas de saúde, o tema é expandido para outros foros de debate como os atinentes ao desenvolvimento e direitos humanos. No artigo 12 do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais os Estados reconhecem o direito à saúde, chegando a tratar especificamente dos esforços para a diminuição da mortalidade<sup>44</sup> (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1966); no artigo 10 do Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais o tema da saúde é abordado, sendo reconhecido o dever do Estado de zelar pelo mais alto nível de bem-estar físico, mental e social (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1988).

---

<sup>41</sup> O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotado no âmbito da ONU em 1966, entrou em vigor no Brasil em 1992, mediante o Decreto nº 591 de 6 de julho de 1992.

<sup>42</sup> A Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), adotado no âmbito da Organização dos Estados Americanos (OEA) em 1969, entrou em vigor no Brasil em 1992, mediante o Decreto nº 678 de 6 de novembro de 1992.

<sup>43</sup> O Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Protocolo de San Salvador), adotado no âmbito da OEA em 1988, entrou em vigor no Brasil em 1999, mediante o Decreto nº 3321 de 30 de dezembro de 1999.

<sup>44</sup> O termo mortalidade refere-se ao conjunto de nascidos mortos em um universo de nascidos num determinado local e período de tempo.

Além destes, outro debate internacional de grande monta para a saúde na esfera internacional foi a pactuação dos Objetivos do Milênio que, dentre os oito objetivos, três referem-se diretamente à melhoria de indicadores de saúde (redução da mortalidade infantil, melhoria na saúde das gestantes e combate à Aids, malária e outras doenças) e outros dois remetem indiretamente à saúde (fim da fome e miséria e qualidade de vida e respeito ao meio ambiente) (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2015).

A abordagem intersetorial dos temas de saúde, além da aproximação entre as ações de política externa e as políticas públicas domésticas, reflete a presença maciça de temas de saúde em foros direta ou indiretamente relacionados ao tema. Esse acercamento pode ser expresso pela relevante influência dos movimentos sociais e do Ministério da Saúde na política brasileira de combate à AIDS (SANTORO, 2012), bem como seus desdobramentos no meio internacional, tanto referente às questões de saúde bem como às demandas econômicas dela derivadas.

No governo de Fernando Henrique Cardoso, a partir da segunda metade da década de 1990, ocorre “[...] o período de início da interação entre o Ministério da Saúde e o Itamaraty e o processo de institucionalização do tema da saúde na agenda da política externa brasileira para o qual esses órgãos contribuíram” (BARBOZA, 2014, p. 87). Essa interação representa o reconhecimento mesmo que tardio, por parte do Ministério das Relações Exteriores, da relevância da saúde na atuação internacional do Brasil (ALCÁZAR, 2005 apud BARBOZA, 2014).

A institucionalização da saúde se dá por diversos fatores, entre eles a criação do Sistema Único de Saúde (SUS); o fortalecimento da atuação política do Ministério da Saúde, com a participação nos encontros da OMS e OPAS e em organizações não ligadas diretamente à saúde, como a OMC e a Assembleia Geral da ONU; o incremento do orçamento destinado ao Ministério<sup>45</sup> e; a crescente importância do tema nos mais diversos fóruns internacionais (BARBOZA, 2014).

Possibilidades de atuação que contemplavam simultaneamente os objetivos de inserção da política externa brasileira e as necessidades da saúde no Brasil foram executadas

---

<sup>45</sup> Segundo o Conselho Nacional de Saúde, o orçamento do Ministério da Saúde foi, em 1995, de R\$ 91,6 bilhões (em valores atualizados até 2011), o maior valor na história do Ministério até ser superado em 2011 pela cifra de R\$ 77 bilhões. Entre 2002 e 2010, o orçamento da pasta mais do que duplicou, passando de mais de 28 bilhões em 2002 para mais de 66 bilhões em 2010. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/11\\_jan\\_saude77bi.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/11_jan_saude77bi.html)>. Mais informações podem ser obtidas em: <<http://www.contasabertas.com.br/website/>>.

desde o primeiro mandato de Cardoso, ainda na década de 1990. A presença da saúde na agenda da política externa ganha corpo nas negociações bilaterais, com parceiros como a China e a Rússia, bem como nas negociações multilaterais, podendo ser estabelecido como o seu marco inicial as tratativas em decorrência das políticas públicas de combate à AIDS. O transbordamento para o nível internacional de uma política pública de saúde confirma a aproximação entre os níveis doméstico e internacional e a necessidade da institucionalização da saúde para a solução destas controvérsias.

A participação ativa do Ministério da Saúde na ação diplomática do Brasil culmina com a formalização de um Protocolo de Intenções entre o Ministério da Saúde e o Ministério das Relações Exteriores em 2005, já no governo de Luiz Inácio Lula da Silva. O Protocolo visa o aperfeiçoamento da atuação brasileira por meio da cooperação técnica em saúde, estabelecendo a Comissão de Coordenação MRE-Ministério da Saúde, composto por membros de ambos os Ministérios e presidida pela Agência Brasileira de Cooperação (ABC) (BARBOZA, 2014).

Admitimos aqui a existência de uma diplomacia em saúde que, para Barboza,

[...] consiste em discutir a relação entre saúde e política externa sem aderir à proposição de que há uma diplomacia específica para a área da saúde. Portanto, a saúde é aqui considerada um tema da diplomacia, que emprega seus instrumentos, estratégias, valores e atores para o desenvolvimento de projetos em saúde no cenário internacional” (2014, p. 23).

A existência de três interpretações para o incremento da relevância da saúde para a agenda internacional é descrita por Celia Almeida, segundo a qual

Uma primeira explicação analisa a saúde global como um objetivo importante da política exterior, pelo valor político intrínseco que teria para a humanidade, sobretudo no início do século XXI, com o poder, inclusive, de transformar os interesses históricos que sempre orientaram a política externa dos Estados nacionais (Kickbusch *et al.*, 2007b; Horton, 2007). Uma segunda perspectiva, oposta, vê a ‘saúde global’ apenas como mais um instrumento a serviço dos interesses materiais e de acúmulo de poder dos Estados nacionais [...]. A terceira interpretação analisa a relação entre saúde e política externa como um movimento dinâmico que articularia os imperativos da política externa com os objetivos científicos da saúde [...] (ALMEIDA, 2013, p. 234).

As três interpretações não conseguem contemplar, de forma isolada, a multiplicidade de fatores envolvidos na existência de uma diplomacia de saúde. Assume-se então a complementaridade entre as três explicações, compreendendo a saúde enquanto valor fundamental e universal para a humanidade e a articulação entre os objetivos científicos da

saúde com os da política externa, sem deixar de considerar os interesses econômicos e geopolíticos existentes por trás de muitos debates da saúde. Desta maneira, a amplitude de temas, vieses e interesses demonstram a necessidade do desenvolvimento de uma governança global em saúde.

Para Buss *et al*, “[...] entende-se por ‘governança global da saúde’ os arranjos institucionais existentes com vistas à condução dos assuntos internacionais e globais na área da saúde, entre eles o da saúde humana e ambiente” (BUSS *et al*, 2012, p. 1483), sendo o início dos debates sobre governança global datado do final da década de 1980 e início da década de 1990 (CARVALHO, 2004), consoante com o movimento de reestruturação da ordem mundial. A necessidade de uma governança global em saúde remete às percepções de Colin Hay (2006) acerca das pressões geradas pelo processo de globalização para a convergência de políticas públicas, ocasionando a redução da margem de autonomia do Estado em virtude do deslocamento de funções de organismos nacionais para transnacionais.

A governança global em saúde, portanto, deve atuar de forma a buscar a convergência de diversos interesses existentes, solucionando o problema diagnosticado por Hay (2006) da incapacidade global no desenvolvimento de ações globais coordenadas para determinado tema, gerando políticas públicas internacionais capazes de satisfazer às demandas da sociedade, administrando as discordâncias existentes entre diversos setores e interesses.

Entretanto, a diplomacia em saúde e a governança em saúde enfrentam o desafio da intersectorialização do seu tema, conforme já mencionado. Os múltiplos âmbitos de abordagem da saúde tornam mais complexa a atuação tanto no âmbito externo, bem como no desenvolvimento de políticas públicas domésticas a fim de corresponder às pactuações internacionais e, simultaneamente, às demandas da sociedade nacional para o tema da saúde. Segundo Buss,

A ação intersectorial nos governos e na sociedade por meio de políticas públicas coerentes, com participação social, capazes de promover o desenvolvimento e o crescimento econômicos, [...] requer também novas institucionalidades. Elas devem ser menos fragmentadas, mais planificadas e subordinadas a autoridades coordenadoras globais, nacionais e locais, e devem mobilizar a sociedade civil e o próprio setor privado [...] (BUSS *et al*, 2012, p. 1485).

A visão intersectorial pode ser ilustrada pelo atual processo de reforma da Organização Mundial de Saúde, que é a instituição atualmente dominante na governança global em saúde, objetivando a alteração na estrutura, governança e financiamento e contemplando uma visão

mais abrangente de saúde, para além da tradicional percepção centrada prioritariamente no controle de doenças (VENTURA, 2013; BUSS et al, 2012).

O diálogo mais frequente entre foros multilaterais de diversas esferas para tratar dos temas concernentes à saúde, bem como a revisão das práticas de saúde no Brasil em função de tratativas internacionais, demonstram a imbricação dos diversos temas da agenda internacional e dos âmbitos interno e externo em um movimento de cada vez menor dissociabilidade. Além disso, a aproximação entre a política externa e a política pública resta cada vez mais confirmada pela observação da ação integrada de diversos órgãos do governo, vide a parceria entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde, objetivando a satisfação das demandas internas e externas para a aceitação do Brasil enquanto um ator global de relevância no cenário mundial.

## 4 Inserção internacional e a assistência obstétrica

### 4.1 Inserção internacional

A palavra inserção, de acordo com o dicionário Aurélio, significa “ato ou efeito de inserir(-se). Inserir, ainda segundo o Aurélio, quer dizer “1. Introduzir, incluir”. O termo inserção internacional é pouco debatido pelos estudiosos da área, embora o tema seja de amplo debate e relevância, podendo expressar a existência de um consenso em torno da significação do termo *per se*. A orientação da política externa brasileira e sua maneira de inserir-se internacionalmente são, entretanto, objetos de constante análise e discussão, sendo o objetivo deste subcapítulo a apresentação destas percepções.

A inserção internacional do Brasil é historicamente pautada pelo exercício e ampliação da autonomia político-estratégica e econômica. A busca pela construção mais autônoma possível de inserção é sempre presente no discurso diplomático brasileiro, devido à realidade de país periférico e como forma de conter os constrangimentos ocasionados pela realidade de poder do sistema internacional. (BARCELLOS, 2013)

Cervo (2008) destaca a continuidade histórica da atuação diplomática brasileira em virtude, principalmente, do respeito aos princípios<sup>46</sup> da política externa e da atuação do Itamaraty enquanto formulador da política externa do Brasil. Estes princípios resistem à mudança de governos e até mesmo de regimes, vide a persistência dos preceitos da política externa com a instauração do regime militar no Brasil, em 1964, e a manutenção do “lugar absoluto” do desenvolvimento autônomo na agenda interna e externa do Brasil desde o governo de Getúlio Vargas e destacada nos governos militares (BARCELLOS, 2013).

Assim, para compreender a concepção e as estratégias da inserção internacional do Brasil, é necessário remontar ao que é percebido por autonomia. Segundo Barcellos, “autonomia é um termo de origem grega cujo significado está relacionado com independência, liberdade ou autossuficiência” (2013, p. 4) e sempre foi um princípio incorporado no discurso e prática da política externa brasileira.

Para Puig (1986), a autonomia é um objetivo indivisível da política nacional, pois quanto mais autônomo um Estado conseguir ser, mais facilmente ele conseguirá se desenvolver da maneira como melhor entender. Puig afirma ainda que o desenvolvimento dos

---

<sup>46</sup> São princípios da política externa brasileira: tradição; defesa de princípios, cooperação e multilateralismo; independência, realismo e pragmatismo (CERVO, 2008).

grupos humanos, incluídos os Estados, depende de um contexto específico interno e externo e que, a partir destes contextos, é possível identificar a margem potencial de autonomia de um Estado, havendo a distinção entre a margem potencial e a margem real de autonomia alcançada.

Jaguaribe (1979) aborda a autonomia a partir da perspectiva da teoria cepalina da dependência, sendo a autonomia geral uma etapa a ser alcançada a partir da conquista prévia de uma autonomia regional, além de não ser de caráter estável e permanente. Conforme Jaguaribe, a autonomia depende, em termos estruturais, de viabilidade nacional<sup>47</sup> e de permissibilidade internacional<sup>48</sup>, sendo um dos quatro níveis do sistema interimperial<sup>49</sup> (supremacia geral, supremacia regional, autonomia e dependência). Além disso, a autonomia representa três possibilidades de um Estado: a de possuir meios para causar danos materiais e morais relevantes, a de margem considerável na condução de sua política interna e a capacidade de atuação internacional consideravelmente independente (BARCELLOS, 2013).

Cervo (2008) considera que a atuação brasileira nas organizações internacionais é orientada, para além da ampliação da autonomia, pela defesa do multilateralismo. O autor elenca quatro fases de defesa do multilateralismo pelo Brasil: a primeira, na política de prestígio associada à participação na construção do sistema internacional pós-Segunda Guerra Mundial; a segunda, visando à reformulação da ordem internacional entre as décadas de 1960 e 1980; a terceira, com o protagonismo do Brasil nas conferências internacionais e a busca por uma maior atuação no sistema vigente; a quarta, desde o início do presidente Lula da Silva, em 2003, caracterizada pela busca da inserção internacional do Brasil por meio de agrupamentos e a crescente influência dos países em desenvolvimento em diversos temas da agenda internacional.

As duas últimas fases correspondem ao recorte temporal deste trabalho. A terceira, de protagonismo do Brasil nas conferências internacionais e alteração da postura do país, da anterior tentativa de modificação da ordem internacional à conformação com a ordem vigente e busca por uma participação destacada; a quarta, de reformulação das estratégias de inserção

---

<sup>47</sup> A viabilidade nacional é, para Jaguaribe, dada em um determinado momento histórico e ditada pelos recursos humanos e naturais do Estado, bem como por sua capacidade de câmbio internacional. (JAGUARIBE, 1979, p. 96)

<sup>48</sup> A permissibilidade internacional é, para Jaguaribe, o conjunto de condições disponíveis a um dado Estado – como sua posição geopolítica e suas relações internacionais – para neutralizar um risco proveniente de terceiros Estados, contando com formas eficazes de coação (JAGUARIBE, 1979, p. 96).

<sup>49</sup> A concepção do sistema internacional como interimperial é datada do contexto da Guerra Fria e entende o mundo como dividido em zonas de influência por Estados Unidos e União Soviética, as duas superpotências à época (JAGUARIBE, 1979).

da política externa, colocando em evidência os países em desenvolvimento e o multilateralismo.

O multilateralismo e a postura integracionista do Brasil evidenciam-se na persecução de maior autonomia e, conseqüentemente, de uma maior e melhor estratégia de inserção internacional do país. Para Amado Cervo

[O] Brasil inclui-se entre uma dezena de países, aproximadamente, cuja vocação os impele a perseguir um modo próprio de inserção internacional. A independência de inserção pressupõe visão própria de mundo, autonomia, do processo decisório e formulação própria de política exterior (CERVO, 2008, p. 31).

Cervo e Bueno (2012) entendem que, na década de 1990, três seriam as estratégias de inserção do Brasil: o Estado desenvolvimentista, que fortalece o sentido nacional e autônomo da política externa; o Estado normal, caracterizado por ser subserviente, autodestrutivo e regressivo e; o Estado logístico, que reforça o núcleo nacional, visando o equilíbrio dos benefícios da interdependência por meio de uma inserção internacional madura. Os autores também pontuam que o Brasil foi o único país a conseguir implementar, em diferentes medidas, os três paradigmas de Estado.

No contexto de fracasso do neoliberalismo na América Latina, a teoria da dependência elaborada pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) adquire força e a diplomacia brasileira propõe uma forma alternativa para a superação de assimetrias, por meio de agrupamentos de geometria variável. Desse modo, o Estado passa a agir de forma mais direta e incisiva na promoção do desenvolvimento, assim como as composições entre os Estados tornam-se uma prioridade, como observado pela fortificação do MERCOSUL e criação da UNASUL (CERVO, 2008).

Segundo Jaguaribe (1979), partindo da teoria da dependência e concebendo a autonomia como um objetivo a ser alcançado, a atuação internacional relativamente independente está intrinsecamente conectada à aquisição de uma posição autônoma no cenário internacional. Sobre a autonomia obtida a partir dos agrupamentos multilaterais, Puig (1986) destaca as possibilidades de integração solidária, no caso dos países americanos, devendo estes propor a obtenção de uma maior autonomia. Do mesmo modo, Cervo (2008) compreende a postura integracionista brasileira como uma das formas do Brasil buscar sua forma particular de inserção internacional autônoma.

Jaguaribe (1979) considera que, segundo sua classificação, o Brasil conseguiu superar o estágio de autonomia regional e conquistou uma relativa autonomia global. Samuel Pinheiro Guimarães, por sua vez, entende o Brasil como um país de relevância regional que não pode

[...] ter como seus focos principais objetivos “idealistas”, “desinteressados” e “transnacionais” [...]. Esses são “objetivos” que, muitas vezes, dissimulam com sua linguagem humanitária e altruísta as ações táticas das Grandes Potências em defesa de seus próprios interesses estratégicos. A política externa brasileira tem de partir do objetivo essencial de superar aqueles três desafios e da sua realidade geopolítica, geoeconômica e geoestratégica na região em que se encontra e de onde não pode escapar (GUIMARÃES, 2001, p. 14).

Para Samuel Pinheiro Guimarães (2001), três são os desafios da sociedade brasileira para a inserção internacional: a eliminação das disparidades internas, a eliminação das crônicas vulnerabilidades externas – econômicas, políticas, militares e ideológicas – e a recuperação do seu potencial econômico, político e militar. Esses três desafios para a consecução de uma melhor inserção internacional brasileira demonstram a percepção de conexão intrínseca entre os temas domésticos e internacionais, considerando a necessidade de recuperação das fragilidades internas para a viabilização de uma melhor posição no cenário internacional.

Guimarães (2001) também elenca as prioridades da política externa brasileira, dado o contexto nacional e internacional na passagem do século XX para o século XXI e a ambição do Brasil de melhor inserir-se internacionalmente. São elas: contribuir para a eliminação das crônicas vulnerabilidades externas; preservar a autonomia do Estado brasileiro para executar as políticas necessárias e enfrentar os três desafios à inserção mencionados acima; promover sistematicamente a multipolarização do sistema mundial e; construir um polo sul-americano a partir de uma liderança não-hegemônica.

A partir do pensamento de Jaguaribe (1979), Puig (1986), Guimarães (2001) e Cervo (2008), podemos inferir as linhas gerais de orientação à inserção internacional. Pautada pelos princípios da política externa brasileira e amparada pela teoria da dependência com a visão de centro e periferia, a busca por uma colocação mais proeminente do Brasil no cenário internacional baseia-se na persecução da inserção com maior margem de autonomia possível, utilizando, para este fim, a valorização da estratégia integracionista e do caráter multipolar do Brasil. Outrossim, a expressão da autonomia fundada na satisfação de exigências mínimas, domésticas e internacionais (GUIMARÃES, 2001), conecta-se à aproximação entre as

políticas interna e externa do Estado brasileiro e contribui para o direcionamento da sua alternativa própria de inserção internacional (CERVO, 2008).

#### **4.2 A realidade obstétrica no Brasil**

O tema da assistência obstétrica vem ganhando espaço nos debates sobre saúde tanto na esfera doméstica quanto internacional, sendo compreendido, para fins deste trabalho, como o conjunto de medidas adotadas durante o atendimento da gestação, parto e puerpério visando a manutenção da saúde da mulher e bebê. O enfoque dado à atenção obstétrica pode ser relacionado ao deslocamento dos partos do ambiente doméstico para o ambiente hospitalar, coincidindo com a Segunda Guerra Mundial e visando à redução das taxas de mortalidade materna e infantil (MATOS et al, 2013).

O Brasil é atualmente o campeão mundial na realização de cirurgias cesarianas (LEMES, 2014; CARMELLO, 2008; CASTRO, 2014). Em expansão desde o início dos anos 1970, quando o país tinha cerca de 14,5% de cesarianas, o índice brasileiro quase quadruplicou em pouco mais de quatro décadas (LEAL et al, 2012). Atualmente, segundo dados da pesquisa Nascer no Brasil, mais de 50% dos nascimentos no país ocorrem por cesariana, índice que beira 90% se considerado apenas o setor privado de saúde no Brasil. Essa taxa extrapola a recomendação da Organização Mundial da Saúde, que determina que o nível adequado de cesarianas deve ficar em torno de 15% dos nascimentos (FIOCRUZ, 2014a; FIOCRUZ, 2014b).

A cirurgia cesariana está associada ao aumento da morbidade e mortalidade materna e neonatal, bem como maiores taxas de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), maiores taxas de transfusões de sangue e maior risco de infecção e hemorragias. Além disso, está associada ao aumento do número de nascimentos prematuros<sup>50</sup>, ao aumento de problemas respiratórios do recém-nascido e a complicações em eventuais próximas gestações após a cirurgia (LEAL et al, 2012).

A epidemia de cesarianas no Brasil é decorrente de diversos fatores, dentre eles os interesses financeiros dos hospitais, planos de saúde e médicos que, seguindo uma “lógica mercantil” (AQUINO, 2014, p. S9) de assistência ao parto, com uma “obstetrícia de linha de montagem” (DINIZ; CHACHAM, 2006) buscam abreviar o seu tempo e para tanto utilizam descontroladamente procedimentos danosos e desnecessários (AQUINO, 2014; LEAL et al,

---

<sup>50</sup> Em um estudo realizado em Pelotas, o índice de prematuridade era, em 1982, de 6,3%, passando a 11,3% em 1993 e chegando a 14,7% em 2004 (LEAL et al, 2012).

2012; FAUNDES; CECATTI, 1991); a redução da pobreza, que inclui como potenciais consumidores de bens e serviços uma nova faixa da população, que concebe a cesárea como “acesso à tecnologia como sinal de prestígio social e modernidade” (AQUINO, 2014, p. S9); a idealização da cesariana como uma forma de parto seguro e indolor (CASTRO, 2014; FAUNDES; CECATTI, 1991).

Outros fatores são: falta de qualificação dos profissionais, denominado por Aquino (2014) como “(de)formação médica”, que consiste na formação que não preza pelo processo normal de parto e entrega à sociedade profissionais mais familiarizados com o procedimento cirúrgico do que com o nascimento fisiológico (FAUNDES; CECATTI, 1991); a carência de informações sofrida pelas gestantes e o desrespeito à autonomia das mulheres (AQUINO, 2014); o excesso de intervenções desnecessárias realizadas rotineiramente nos partos vaginais<sup>51</sup>, que leva a eventos traumáticos e; os mitos sobre as consequências do parto normal, principalmente quanto ao restabelecimento da vagina após a passagem do bebê também são fatores que concorrem para o incremento da taxa de cesarianas no Brasil (FAUNDES; CECATTI, 1991).

Esses elementos contribuem para a ocorrência de eventos traumáticos e violência obstétrica<sup>52</sup>, gerados pela má qualidade da assistência ao parto, bem como o desperdício de recursos já escassos com a realização de procedimentos ineficazes e danosos às parturientes (FAUNDES; CECATTI, 1991; DINIZ; CHACHAM, 2006). Chaves (2014) afirma que a cesariana é praticamente o *modus operandi* do atendimento obstétrico, em discordância com o conhecimento científico. E tratar do tema das taxas alarmantes de cesarianas – que ainda não dão sinal de estabilização ou queda no Brasil, ao contrário de outros países com índices também altos<sup>53</sup> –, de suas complicações muitas vezes menosprezadas<sup>54</sup>, bem como da relação

---

<sup>51</sup> Utilizaremos aqui o termo “parto vaginal” como sinônimo de parto normal, definindo a via de nascimento mas admitindo a utilização de intervenções, na maioria das vezes desnecessárias. Para partos sem intervenções, utilizaremos o termo “parto natural”, caracterizado por DOWNE (2014) como “parto sem indução, uso de instrumentos, cesariana, episiotomia e sem anestesia geral, raquidiana ou peridural antes ou durante o parto”.

<sup>52</sup> Violência obstétrica é a violência perpetrada por profissionais de saúde no atendimento à gestação e/ou ao parto, podendo ser configurada por tratamento desumano, abuso de medicalização e utilização de intervenções sem consentimento, sem indicação clínica ou sem eficácia comprovada, podendo impactar negativamente a evolução da gestação ou parto e causar traumas físicos e psicológicos (DUARTE, 2013).

<sup>53</sup> Declercq aponta que “os dados mais recentes da Organização para o Desenvolvimento Econômico e Cooperativo mostra que a Itália, a Coreia do Sul e os Estados Unidos, todos países com taxas de cesariana superiores a 30%, têm visto as suas taxas estabilizarem ou declinarem nos últimos anos” (2014, p. S40).

<sup>54</sup> A Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas reitera a probabilidade de complicações significativas decorrentes da cirurgia cesariana, podendo ocasionar sequelas irreversíveis e morte (OMS, 2015). Ainda, Diniz e Chacham (2006) apontam estudos que demonstram o crescimento dos índices de prematuridade entre os nascidos brasileiros nas últimas décadas, bem como o aumento do índice de baixo peso no mesmo período, associando ambos à prematuridade iatrogênica em decorrência do excessivo número de cesarianas.

da cirurgia com a alta mortalidade materna é abordar a má qualidade do atendimento obstétrico no Brasil.

Embora 98% dos partos sejam hoje atendidos em hospitais e 99% das gestantes tenham cobertura pré-natal (FIOCRUZ, 2014a), o alto índice de mortes maternas e perinatais refletem a baixa qualidade da atenção obstétrica a que são submetidas as gestantes brasileiras (LEAL et al, 2014). A taxa de morte materna<sup>55</sup>, embora tenha sofrido redução de 55% entre 1990 e 2011, permanece superior a 60 mortes por 100 mil nascidos vivos, muito acima da taxa de 35 mortes por 100 mil nascidos vivos estipulada como meta pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (IPEA, 2014).

O expressivo número de partos atendidos em hospitais e de cobertura pré-natal contrasta com o alto índice de mortalidade materna, que em 92% dos casos é evitável<sup>56</sup>, revelando uma grave violação aos direitos humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) e a atenção nem sempre adequada por parte dos profissionais de saúde. Pesquisa da Fundação Perseu Abramo (2010) revela que 25% das mulheres relataram ter sofrido algum tipo de violência durante o parto<sup>57</sup>. O alto índice de intervenções desnecessárias<sup>58</sup>, configuradas como violência obstétrica, vai contra as recomendações preconizadas pela Medicina Baseada em Evidências e contra as boas práticas de atenção ao parto e nascimento<sup>59</sup> da Organização Mundial da Saúde (1996).

Segundo Costa et al, “a mortalidade materna constitui retrato fiel do painel sócio-político-cultural da sociedade, [...] relacionando-se à disponibilidade e qualidade dos recursos de saúde existentes” (2002, p. 456). Para Downe (2014) a questão do parto no Brasil é, a longo prazo, uma questão econômica e de saúde pública, devido aos grandes custos econômicos e de saúde oriundos da proliferação de intervenções desnecessárias,

<sup>55</sup> A definição clássica de morte materna é “o falecimento causado por problemas durante a gravidez, parto ou puerpério (42 dias após o parto)” (IPEA, 2014).

<sup>56</sup> As principais causas de morte materna no Brasil são: hipertensão, hemorragias, infecção puerperal e aborto (IPEA, 2014).

<sup>57</sup> Dentre os relatos de violência (violência física, verbal, utilização de intervenções doloridas, cortes sem anestesia, entre outros), as agressões verbais foram ouvidas por mais de 10% das mulheres, com frases como “não chora não que ano que vem você está aqui de novo”, “na hora de fazer não gritou/não chamou a mamãe”, entre outras (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010).

<sup>58</sup> A pesquisa Nascer no Brasil sinaliza que a maioria das mulheres foi submetida, durante o parto, a intervenções excessivas como: proibição de se alimentar, proibição de caminhar, uso de catéter venoso, uso de ocitocina sintética para acelerar as contrações, episiotomia (corte realizado no períneo), manobra de Kristeller (pressão exercida com o braço ou cotovelo no fundo do útero para expulsão fetal), posição de litotomia (decúbito dorsal), utilização de fórceps e cesariana (IPEA, 2014; LEAL et al, 2014).

<sup>59</sup> Constituem boas práticas de atenção ao parto e nascimento ações como o respeito à livre escolha do acompanhante durante o trabalho de parto e parto, o monitoramento conforme as melhores evidências científicas disponíveis, a livre alimentação e deambulação, uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, uso do partograma, bem como a eliminação de práticas ineficazes e/ou prejudiciais (LEAL et al, 2014; OMS, 1996).

principalmente a banalização da cirurgia cesariana. Desta mesma posição partilha a Organização Mundial da Saúde, afirmando que o crescimento das cesarianas sem indicação clínica constitui um entrave aos avanços da área de saúde materno-infantil, além de representar um ônus aos cofres públicos sem resultar, em contrapartida, na melhoria dos quadros de morbidade e mortalidade (OMS, 2015).

### **4.3 A assistência obstétrica nos foros multilaterais e a internalização das recomendações internacionais**

A assistência obstétrica surge como objeto de discussão em distintas esferas internacionais, desde a saúde, os direitos sexuais e reprodutivos, os direitos da mulher, direitos humanos e temas do desenvolvimento. Em todos eles, embora abordados em distintas perspectivas, é expressa a necessidade de proteção à saúde e a maternidade como forma de atingir níveis mais elevados de bem-estar e desenvolvimento.

Na década de 1940 surgem os primeiros instrumentos que fundamentam os debates sobre a assistência obstétrica sob diversos prismas. A Carta das Nações Unidas (ONU, 1945, artigo 1, inciso 3) e a Carta da Organização dos Estados Americanos (OEA, 1948, artigo 3, alínea “I”) expressam o reconhecimento de um conjunto de Estados acerca da indispensabilidade da proteção aos direitos fundamentais, visando uma sociedade menos desigual e mais propensa à cooperação e ao desenvolvimento, garantindo a paz. Ademais, ambas estruturam organizações de Estados que possibilitam a criação de órgãos para tratar de temas específicos.

A Constituição da Organização Mundial da Saúde (1946) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (CAPUT, 1946). A saúde é, portanto, considerada um direito fundamental de todo ser humano e as melhores condições possíveis de saúde são desejáveis, a fim de promover o desenvolvimento, a paz e a segurança. Têm responsabilidade sobre a saúde os Governos e a cooperação internacional é desejada com o intuito de sanar as desigualdades na atenção à saúde entre os diferentes Estados (OMS, 1946).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem, ambas datadas de 1948, reconhecem a dignidade da pessoa humana e a necessidade da proteção aos direitos humanos, incluindo a proteção da gestação e da maternidade. A Declaração Universal dos Direitos Humanos trata sobre a saúde e explicita

que “a maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistências especiais” (artigo XXV); a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem manifesta que “toda mulher em estado de gravidez ou em época de lactação, assim como toda criança, têm direito à proteção, cuidados e auxílios especiais” (artigo VII).

O Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966) versa que os Estados-partes “reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental” (artigo 12). Para tanto, algumas medidas devem ser adotadas, como a redução da mortalidade (artigo 12, alínea “a”). Na mesma seara, a Convenção Americana de Direitos Humanos (1969) reitera a proteção à vida e integridade (artigos 4º e 5º).

O reconhecimento dos direitos humanos e o compromisso dos Estados em distintos níveis multilaterais permitiu a abordagem dos direitos da mulher, com destaque para a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW, sigla em inglês) (1979). A Convenção, evocando a igualdade entre homens e mulheres afirmada pela Carta das Nações Unidas e reconhecendo a persistência da discriminação e da violação de direitos sofrida pelas mulheres, contempla a proteção à saúde da mulher e a maternidade. Além disso, a CEDAW visa à erradicação da discriminação da mulher na esfera dos cuidados médicos, referindo-se especificamente à assistência durante a gravidez, parto e pós-parto<sup>60</sup>.

A III Conferência Mundial da Mulher das Nações Unidas (1985) resultou em importantes iniciativas para a saúde sexual e reprodutiva. A criação do Comitê Latino-americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos Humanos (CLADEM), com a finalidade de articular regionalmente estratégias para a proteção das mulheres, se deu em 1987, tendo adquirido status consultivo na ONU desde 1995 e garantindo a participação na OEA desde 2002 (CLADEM, 2015). Também em 1987, a Iniciativa Maternidade Segura pactuou pela redução da mortalidade materna por meio de ações como a implementação de políticas públicas e criação de legislação específica (VORPAGEL et al, s.d.).

A Constituição Federal de 1988 nasce balizada pelas acepções de direitos humanos<sup>61</sup> e incorpora em seu texto o reconhecimento dos direitos já pactuados nos tratados internacionais

<sup>60</sup> “[...]os Estados-partes garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância” (CEDAW, 1979, artigo 12).

<sup>61</sup> Desde a sua criação, a Constituição Federal mantém-se aberta ao reconhecimento de direitos humanos como direitos fundamentais, expressando que “[o]s direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte” (artigo 5º, §2º). Condição reforçada pela Emenda Constitucional nº

anteriores, ampliando o leque de proteção constitucional sem restringir a possibilidade de incorporação de novos direitos ao rol dos garantidos pela Constituição. Ademais, a Constituição Federal institui o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do artigo 196, regulado pela Lei 8.080/1990.

A década de 1990 é marcada pelas múltiplas Conferências das Nações Unidas para o Desenvolvimento, onde a assistência obstétrica aparece como tema em variados segmentos. A Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança (1990) aborda a saúde da mulher e a necessidade de qualificar as condições de atendimento para reduzir a mortalidade materna e neonatal, garantindo o acesso à informação e a saúde para o pleno desenvolvimento da criança.

No âmbito da Organização das Nações Unidas, a Conferência sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio 92), em seu artigo 20, a II Conferência Mundial de Direitos Humanos (1993), em seus artigos 18 e 41 e a III Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1994) reafirmam a prevalência dos direitos humanos. Enfatiza-se a necessidade de eliminação da violência e discriminação contra a mulher para o livre exercício dos direitos reprodutivos e sexuais, assegurada sua saúde e proteção, assim como a do conceito.

No âmbito da Organização dos Estados Americanos, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (1994) compreende a violência contra a mulher como uma violência física, sexual ou psicológica que tenha ocorrido em estabelecimentos de saúde, entre outros, reafirmando o dever do Estado de proteger com as condutas adequadas, a fim de evitar tais situações de violência.

#### **4.3.1 Governo de Fernando Henrique Cardoso**

Durante os dois mandatos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002), seguiram-se as Conferências das Nações Unidas para o Desenvolvimento, tratando por diferentes vieses o tema da mortalidade materno-infantil e a saúde na gestação, parto e puerpério e confirmando a relevância dos assuntos relativos à assistência obstétrica nos

---

45/2004, que acresce ao artigo 5º o parágrafo 3º, que diz: “[o]s tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais”.

debates internacionais, com vistas ao respeito aos direitos humanos, à melhoria das condições de saúde e bem-estar e ao desenvolvimento.

A IV Conferência Mundial sobre a Mulher (1995) proclama os direitos da mulher como direitos humanos, incluindo o direito à saúde reprodutiva<sup>62</sup>, implicando na garantia de condições de saúde, educação e informação adequadas. Expõe a necessidade de assegurar o atendimento correto durante a gravidez, viabilizando o parto sem risco e aborto seguro<sup>63</sup> quando este for desejado. Ainda, a IV Conferência expõe a vulnerabilidade da saúde da mulher em casos relacionados a complicações da gestação e parto e ressalta a importância do exercício da saúde reprodutiva como uma base fundamental para o gozo de outros direitos, econômicos e políticos (artigos 94 e 97).

Da mesma forma, a II Conferência das Nações Unidas sobre Assentamentos Humanos (1996) admite as necessidades específicas de mulheres e crianças de viver em um ambiente seguro e acentua a importância do respeito aos direitos humanos, incluindo a saúde, e das liberdades individuais para o cumprimento dos objetivos acerca do desenvolvimento sustentável (artigo 7).

A Cúpula do Milênio (2000), que resultou no estabelecimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio reitera a necessidade da promoção do desenvolvimento calcado no respeito aos valores dos direitos humanos, segundo o Observatório Brasileiro da Igualdade de Gênero (2015). A Declaração do Milênio estipula como meta a redução da mortalidade materna em três quartos, da mortalidade infantil em dois terços e a promoção da autonomia da mulher como meio eficaz na promoção do desenvolvimento sustentável (ONU, 2000).

Além de promover a celebração de tratados internacionais com diretrizes diretamente pertinentes ao tema da assistência obstétrica, as organizações internacionais contribuíram para o avanço dos debates e das ações de melhoria da atenção obstétrica ao publicar orientações como o guia “Atenção ao Parto Normal: um guia prático” (OMS, 1996b), orientando o atendimento a partir da classificação das práticas obstétricas<sup>64</sup>.

---

<sup>62</sup> Por saúde reprodutiva, a IV Conferência entende “a saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos, e não a mera ausência de enfermidade ou doença. A saúde reprodutiva implica, assim, a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem risco, a capacidade de procriar e a liberdade para decidir fazê-lo ou não fazê-lo, quando e com que frequência” (ONU, 1995, artigo 94).

<sup>63</sup> Segundo a pesquisa Nacer no Brasil, o aborto inseguro é a quarta maior causa de mortalidade materna no Brasil (LEAL et al, 2014).

<sup>64</sup> As práticas obstétricas, no guia, classificam-se em quatro grupos: a) práticas úteis e que devem ser estimuladas; b) práticas ineficazes ou prejudiciais que devem ser eliminadas; c) práticas sem evidências

Podemos relacionar a profusão de Conferências para o Desenvolvimento com o incremento na internalização de recomendações internacionais relativas à assistência obstétrica pela observância da multiplicação de Portarias, Leis e outros instrumentos internos para a efetivação do acesso aos direitos pactuados internacionalmente. Principalmente a partir do ano 2000, multiplicam-se as ações com vistas à redução dos índices de mortalidade materna e à melhoria das condições da assistência obstétrica no país.

No Brasil, o processo de institucionalização da política externa em saúde, conforme apresentado no capítulo anterior, converge com esse aumento dos debates internacionais e das ações domésticas pelo fortalecimento do diálogo entre diferentes órgãos, como no caso da aproximação entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde. O processo corresponde também à terceira fase da defesa do multilateralismo no Brasil, com o período de 1990 a 2002 caracterizado pela abdicação brasileira de transformação do sistema internacional, dedicando-se a atuar e buscar protagonismo no sistema vigente, conformando-se a ele (CERVO, 2008).

Ações de educação em atendimento à gestação, parto e puerpério se somam às iniciativas legais. A criação do prêmio Dr. Galba de Araujo pelo Ministério da Saúde em 1998 visa reconhecer os avanços na humanização e premiar as maternidades pela melhoria na atenção obstétrica; a distribuição da versão em português do guia “Atenção ao Parto Normal: um guia prático” da Organização Mundial da Saúde; a criação de programa de treinamento para enfermeiras obstétricas e a determinação da necessidade de capacitação continuada dos profissionais de saúde demonstram a intenção de modificar a assistência obstétrica no Brasil, objetivando principalmente a redução do número de cesáreas (DINIZ; CHACHAM, 2006; ARTEMIS, 2015).

Paralelamente, o lançamento de Portarias do Ministério da Saúde para o combate à mortalidade materna denota a maior movimentação interna para a realização das diretrizes já consolidadas internacionalmente. Assim, as ações objetivam a: Criação de Casas de Parto (Portaria 985/1999), o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (Portaria 569/2000) e a Competência dos estados e Distrito Federal para a determinação do limite percentual de cesarianas, bem como medidas para a redução do número de cirurgias (Portaria 466/2000) (ARTEMIS, 2015).

---

científicas para uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela; d) práticas frequentemente utilizadas de maneira inadequada (OMS, 1996b).

A intensa atuação do Brasil nos foros multilaterais durante o governo de Fernando Henrique Cardoso pode ser associada à necessidade de consolidar uma margem autônoma de inserção internacional por meio da ação multilateral do Brasil. Porém, quanto à proliferação de pactuações internacionais, embora encontrem ressonância nas orientações relativas à assistência obstétrica em âmbito doméstico, cabe sopesar a eficácia das diretrizes emitidas, visto que a mortalidade materna seguiu caindo em ritmo lento, insuficiente para o cumprimento do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio e o índice de cesarianas não apresentou indícios de estagnação ou declínio (FIOCRUZ, 2014a).

A manutenção da má qualidade da assistência obstétrica brasileira, resguardadas as iniciativas pontuais para a melhoria das suas condições, retrata a insuficiência do Estado brasileiro no provimento da promoção de saúde eficaz e de qualidade. Além disso, demonstra um descompasso entre os direitos defendidos internacionalmente e as garantias de fato asseguradas pelo Brasil no caso dos direitos das mulheres e, principalmente, daqueles relacionados à gestação e nascimento.

#### **4.3.2 Governo de Luiz Inácio Lula da Silva**

O governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006 e 2007-2010) é sinalizado por Barboza (2004) como um período de continuidade na política externa de saúde em relação a seu antecessor. Essa continuidade consiste na persistência da busca de uma liderança internacional, expressa nos pronunciamentos dos chanceleres Luiz Felipe Lampreia, Celso Lafer e Celso Amorim, entre os anos de 1995 e 2010.

Para Barboza, a política externa do presidente Lula da Silva se caracteriza pela “[...] pretensão de uma liderança distinta daquela dos modelos tradicionais praticados pelos países desenvolvidos” (2014, p. 81). Podemos observar que durante o governo de Lula da Silva as recomendações internacionais quanto à assistência obstétrica já estão bem definidas pela sequência de tratativas multilaterais, culminando com o aumento das disposições internas a fim da regulação do atendimento obstétrico e adequação às recomendações internacionais.

Conforme Vorpagel et al:

[...] [n]este contexto [do Comitê Latino-americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher], o governo brasileiro propôs a adoção do Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal, lançado no dia 08 de Março de 2004, pois são duas mil mulheres e cerca de 38 mil crianças com menos de 28 dias de vida que

morrem a cada ano no Brasil. O pacto Nacional tinha como meta inicial à redução da mortalidade materna e neonatal em 15%, até o final de 2006, e como objetivo estratégico para as próximas duas décadas, a redução desses indicadores aos níveis considerados aceitáveis pela Organização Mundial da Saúde (OMS). (VORPAGEL et al, s/d).

Internamente, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004) é resultado de uma Comissão Intergestores Tripartite composta pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, resultante das sugestões apresentadas durante o Seminário Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal em Brasília/DF (ARTEMIS, 2015). O Pacto consiste na elaboração de ações estratégicas para reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal e abrange diversos setores da atenção obstétrica<sup>65</sup>.

No ano de 2005, a Cúpula do Milênio + 5 realizou a avaliação do cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e adicionou novas metas em decorrência do estudo de suas fragilidades, acrescentando o alcance até 2015 de acesso universal à saúde reprodutiva (ALVES, 2010). O diagnóstico da mortalidade materna, evidenciando a preponderância nas causas diretas e evitáveis de morte pelo Relatório de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, deixa claro que a queda nestes índices depende sobretudo da atenção integral e de qualidade à saúde da mulher (IPEA, 2005).

Os resultados do Relatório de Acompanhamento e as ações determinadas pelo Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, impactam na formulação doméstica de políticas públicas. A alteração, em 2005, da lei que regula o Sistema Único de Saúde por meio da Lei 11.108/2005, para garantir o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato é uma destas expressões. No mesmo ano, a Portaria 1.067/2005 institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, assegurando as diretrizes de atendimento e os direitos das gestantes a um atendimento digno, a um acompanhamento adequado, ao parto realizado de forma humana e segura, bem como os direitos do recém-nascido a uma atenção adequada e segura.

---

<sup>65</sup> Entre as ações estratégicas definidas pelo Pacto estão o direito a acompanhante e alojamento conjunto; a parceria entre diferentes atores sociais e instituições; a garantia de acolhimento nos serviços – e o reconhecimento do parto enquanto urgência prevista – e o fim da peregrinação entre hospitais em busca de atendimento, a atenção humanizada ao abortamento; a vigilância dos óbitos maternos e infantis pela implementação de Comitês de Morte Materna; a atenção às mulheres e recém-nascidos negros e indígenas, reconhecendo suas especificidades em morbimortalidade; a qualificação dos profissionais de saúde e a adequação dos hospitais e casas de parto; a qualificação e humanização da atenção ao parto e nascimento, entre outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Em 2008, a Resolução nº 36 de 2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária regulamenta o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, visando garantir as condições apropriadas à saúde da gestante e do bebê durante a gestação, parto e pós-parto. A Resolução inclui ainda o dever do serviço de saúde de assegurar a privacidade, proporcionar condições para a deambulação, o acesso a métodos não farmacológicos de alívios à dor, além da assistência ao parto conforme as melhores evidências científicas disponíveis, com garantia da realização de monitoramento, condição da escolha de posição mais confortável na hora do parto, bem como a adoção de procedimentos decididos individualmente e não restritos a protocolos, visando reduzir o número das intervenções ineficazes e desnecessárias.

Em 2010, o “The Millennium Development Goals Report” afirmou que embora muito tenha sido feito na redução da mortalidade materna, a queda nos índices é impedida pela ausência de bons serviços de saúde reprodutiva, o que aumenta a incidência de gravidezes indesejadas e abortos inseguros (ALVES, 2010; UN, 2010). Além disso, a alta taxa de cesarianas do Brasil no ano, atingindo 52,3%, e a alta medicalização dos partos chama a atenção mundial e é associada como um impeditivo da queda da taxa de mortalidade materna no Brasil (UNA-SUS, 2015).

O período de governo de Lula da Silva corresponde à quarta fase brasileira de defesa do multilateralismo, com o agrupamento de Estados e aumento da influência dos países em desenvolvimento nos temas da agenda internacional, a partir do ano de 2003 (CERVO, 2008). Ao mesmo tempo em que os países em desenvolvimento evidenciam-se no cenário internacional, percebe-se, no cenário doméstico, a ampliação das diretrizes referentes ao atendimento obstétrico, podendo sinalizar uma tentativa de conformar a ação externa com as práticas internas.

Guimarães (2001) elenca como um dos desafios da política externa brasileira a eliminação das disparidades internas como condição para uma melhor perspectiva de inserção, sendo parte destas disparidades as desigualdades sociais e regionais, que são expressas pelas estatísticas de qualidade do atendimento obstétrico apresentadas. A tentativa de conformar a política externa com a política interna, por meio do incremento das políticas públicas destinadas a qualificar a atenção obstétrica no Brasil, pode sinalizar para a persecução de uma estratégia brasileira de inserção mais autônoma no cenário internacional.

### 4.3.3 Governo de Dilma Rousseff

O governo de Dilma Rousseff (2011-2014) segue o desenvolvimento de políticas públicas buscando a garantia do atendimento obstétrico de qualidade e a correspondência entre as posições internacionais do Brasil e suas práticas domésticas. Em 2011 é instituída a Rede Cegonha<sup>66</sup> no Sistema Único de Saúde, por meio da Portaria 1.459/2011, “considerando o compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento dos Objetivos do Milênio, em especial as metas quatro e cinco” e “considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança [...]” (2011, CAPUT).

Ainda em 2011, a distribuição no Brasil da publicação “Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças” visa disseminar as boas práticas e educar os profissionais de saúde para a adoção dos protocolos conforme as melhores evidências científicas disponíveis e as recomendações da Organização Mundial da Saúde sobre o manejo do parto e cuidados à mulher e concepto.

Em 2013, a Resolução nº 36 de 2013 institui ações para a segurança dos pacientes em serviços de saúde, estipulando a criação de Núcleo de Segurança do Paciente nos órgãos de saúde, devendo ser adotados os princípios de melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias de saúde, bem como a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde, prevenindo a utilização inadequada e desnecessária de procedimentos e promovendo a autonomia pela participação dos familiares e paciente na assistência prestada.

Ainda em 2013, a Resolução Normativa nº 338 de 2013 da Agência Nacional de Saúde Suplementar estipula os princípios da atenção à saúde na rede suplementar, entre eles o estímulo ao parto normal (artigo 3º, inciso III). Além disso, o Anexo III à Resolução Normativa traz as recomendações para a assistência ao trabalho de parto de autoria da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). O Anexo dispõe que “o incremento da utilização de procedimentos e rotinas cirúrgicas nem sempre foi acompanhado de evidências científicas claras de benefício à mulher e ao concepto”, recomendando as boas práticas e desaconselhando as intervenções de rotina.

---

<sup>66</sup> São princípios da Rede Cegonha, conforme seu artigo 2º: o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social e; a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

Em 2014, o Ministério da Saúde institui, por meio da Portaria nº 371 de 2014, as diretrizes para a atenção integral e humanizada ao recém-nascido no âmbito do Sistema Único de Saúde. Partindo das Portarias e Leis anteriores, considerando as recomendações da Organização Mundial da Saúde e as evidências científicas e os objetivos firmados pelo Brasil quanto aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, o Ministério reconhece a necessidade de melhorar e organizar a qualidade da atenção provida ao recém-nascido no momento do nascimento, visando a diminuição da morbimortalidade neonatal (2014, CAPUT).

No mesmo ano, para além do já efetivado reconhecimento da necessidade de proteção aos direitos sexuais e reprodutivos, a Organização Mundial da Saúde emite a Declaração “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”. A Declaração reconhece a violência obstétrica como um importante tema de saúde pública e direitos humanos e, partindo da Constituição Federal e dos Pactos Internacionais ratificados pelo Brasil em tema de direitos humanos – e, portanto, com valor de emenda constitucional –, os movimentos de defesa dos direitos das mulheres reconhecem a violência obstétrica como violação dos direitos humanos universais (ARTEMIS, 2015).

A prática corriqueira de procedimentos sem eficácia comprovada configura a violência obstétrica. Para além disso, a prática da episiotomia, que é o corte realizado no períneo para supostamente protegê-lo de lacerações espontâneas ocasionadas pela passagem do bebê pelo canal de parto, pode ser considerada como mutilação genital por ser uma prática ritualística, sem benefícios na sua realização e passível de ocasionar sequelas e traumas para a vida toda (DINIZ; CHACHAM, 2006).

O governo de Dilma Rousseff dá continuidade na tratativa de saúde enquanto tema de política externa (BARBOZA, 2014), embora muito se questione sobre o seguimento por Rousseff da política externa de seu antecessor. Dá-se prosseguimento à busca por maior autonomia como forma de inserção brasileira, tendendo ao universalismo e aproveitando os espaços multilaterais para a consolidação da posição brasileira no cenário internacional.

A ruptura mais evidenciada nos estudos sobre a política externa brasileira de Dilma com relação a seu antecessor é a sua defesa dos direitos humanos, modificando a postura brasileira na tratativa deste tema (OJEDA, 2013). Entretanto, ao mesmo tempo que o Brasil afirma-se internacionalmente mediante as posições de defesa dos direitos humanos, as mulheres brasileiras continuam sofrendo violações sistemáticas dos seus direitos reprodutivos e sexuais, em decorrência de uma atenção obstétrica defasada e da inconformidade entre as posições do país internacionalmente e as ações objetivas para a modificação da realidade

doméstica, como no caso da criminalização do aborto, reconhecidamente uma das maiores causas de morte materna e um dos grandes empecilhos no Brasil à realização do objetivo de redução deste tipo de morte (LEAL et al, 2012; FIOCRUZ, 2014a).

## 5 Considerações Finais

O contexto doméstico e internacional é determinante na reconfiguração da política externa brasileira no final do século XX e início do século XXI. Internamente, com a redemocratização e suas consequências políticas e econômicas, a busca na Política Externa Independente por um modelo autônomo de inserção internacional e a promulgação da Constituição Federal de 1988. Internacionalmente, com o fim da Guerra Fria e a reconfiguração das forças mundiais, a ascensão dos novos temas da agenda internacional, bem como a crescente interdependência e globalização, a liberalização econômica e a aceleração do fluxo de informações.

Apesar das diferentes características na condução da política externa brasileira por parte dos governos de Cardoso, Lula da Silva e Dilma Rousseff, o Brasil apresenta uma continuidade no que se refere à participação nos foros multilaterais nas últimas décadas e às suas tendências de busca pelo universalismo e autonomia decisória na política externa. A atuação na agenda da saúde é representativa para o ganho de autonomia na inserção do Brasil, já que o assunto é incluído tanto nos debates sobre temas sociais e condições para o desenvolvimento quanto sobre direitos humanos.

A mescla dos temas na nova agenda internacional, antes separados entre *high e low politics*, se reflete na vinculação da política externa à política pública, que passa a receber maior grau de influências externas e admitir interesses divergentes e muitas vezes conflituosos em suas instâncias de formulação e implementação. A ascensão de novos foros e novos temas na agenda internacional aparece no contexto das últimas décadas do século XX como uma oportunidade de atuação propositiva da diplomacia brasileira e, conseqüentemente, se relaciona à alternativa de inserção internacional do Brasil no contexto de reordenamento da ordem mundial.

A complexificação da agenda internacional no pós-Guerra Fria contribuiu para o desenvolvimento da aproximação entre as áreas de domínio da política externa e da política pública, visando compreender as modificações ocorridas no sistema internacional e oferecer uma resposta à teoria neorrealista das relações internacionais e sua concepção do Estado enquanto uma caixa preta incapaz de influenciar e de ser influenciada pelo sistema internacional.

Teorias como o jogo de dois níveis de Putnam (2010), que admite a mútua influência entre política externa e política pública como um pressuposto das relações internacionais e a de Helen Milner (NEWELL, 1997; RENGGER, 1998), que parte do trabalho de Putnam e contribui com a concepção da política externa enquanto política pública e reconhecendo as políticas interna, externa e internacional como um *continuum* do processo decisório, impossíveis de serem analisadas isoladamente. Mill vai além e diagnostica uma erosão de fronteiras, responsável pela substituição crescente das autoridades locais por forças globais (CARVALHO, 2004).

A política externa passa a ser percebida, cada vez mais, como uma política pública especial, dotada de diferentes tempos e exigências das políticas públicas domésticas, mas igualmente determinante na esfera interna dos Estados. Dois conceitos mais compreensivos surgem a partir dessa percepção, abarcando os processos transnacionais e a sociedade civil com maior poder na política externa, para além da figura tradicional do Estado nesse papel, são a política pública internacional e a governança global e, mais detalhadamente, a governança global em saúde. Essas compreensões admitem novos atores e novas instâncias de debate e influência para a política externa, além de considerar o poder de constrangimento internacional na ação doméstica de um Estado e o poder de um Estado de constranger a ordem internacional em determinado tema, refutando a teoria de isolamento entre ambas dimensões.

No Brasil, a aproximação entre política externa e política pública evidencia-se na década de 1980, principalmente após a redemocratização, tendo uma forte expressão na Constituição Federal promulgada em 1988. Incorporando elementos dos tratados internacionais firmados pelo Brasil em matéria de direitos humanos e orientando, em seu texto, os princípios da política externa e os objetivos fundamentais do país, a Constituição admite a política externa como política pública.

A institucionalização da política externa em saúde e a consolidação de uma diplomacia em saúde expressam a aproximação entre a política pública e a política externa, bem como o crescente destaque conferido ao tema tanto na esfera doméstica quanto internacional. Assim, a saúde adquire relevância e oferece ao Brasil uma oportunidade de ação propositiva no cenário internacional, visando lograr seu objetivo de inserção internacional e desenvolvimento nacional.

Assim, a aproximação entre a política externa e a política pública por meio da institucionalização da saúde remetem à perspectiva de inserção internacional brasileira, pautada pela atuação autônoma e prezando pela integração e o uso do multilateralismo para o

aumento da sua margem de ação no sistema internacional. A colocação internacional do Brasil com relativa autonomia depende da superação de desafios, conforme elencado por Guimarães (2001), dentre eles a eliminação das disparidades internas, o que conforma a necessidade brasileira de agir doméstica e internacionalmente em prol de uma alternativa viável de inserção.

A partir dessa noção, é possível visualizar com maior facilidade o diálogo entre as ações brasileiras nos foros multilaterais de saúde e a internalização destes compromissos por meio da elaboração de normas e diretrizes de ação para a saúde no país, buscando imprimir coerência e conformar suas ações domésticas e internacionais. A perspectiva de alcance da inserção e, conseqüentemente, do desenvolvimento nacional ocorre mediante o incremento da relevância internacional do país por meio da atuação nos foros multilaterais e conseqüente internalização das recomendações internacionais de saúde. Destacamos, neste trabalho, a representação brasileira no que se refere ao tema da assistência obstétrica e a internalização das pactuações acordadas em âmbito multilateral.

A atenção obstétrica é debatida internacionalmente por diversos vieses: enquanto ações de saúde, direitos humanos, direitos reprodutivos e sexuais, direitos da mulher e condições para o desenvolvimento e promoção da igualdade. A ativa atuação brasileira nos foros multilaterais durante os governos de Cardoso, Lula da Silva e Dilma Rousseff ocasiona, de fato, um incremento no número de debates internos destinados a qualificar a atenção obstétrica, expresso no acréscimo de diretrizes<sup>67</sup> emitidas pelo governo brasileiro com esta finalidade.

A revisão das práticas de saúde no Brasil, por meio da emissão de diretrizes nacionais para a melhoria da atenção obstétrica, reforça o caráter de complementaridade entre a política externa e a política pública, além de confirmar a crescente intersetorialização dos temas de saúde, que contemplam áreas do desenvolvimento, direitos humanos, entre outras. A aceitação de determinadas responsabilidades internacionais gera a necessidade de regular e muitas vezes reformar o cenário interno com vistas à obtenção dos objetivos traçados e à impressão de racionalidade e credibilidade às ações do Estado.

Apesar de não haver uma fórmula capaz de mensurar a inserção internacional de um Estado, compreende-se que o Brasil logra atingir um espaço privilegiado na esfera internacional por intermédio da sua ação em âmbito multilateral, com atuação consistente e

---

<sup>67</sup> Como diretrizes compreender-se-á o conjunto de Portarias, Leis e Resoluções emitidas pelo governo brasileiro.

expressiva no âmbito da saúde, solidificando sua presença internacional principalmente a partir do embate no caso da AIDS (2001). Portanto, a internalização das recomendações internacionais referentes ao atendimento obstétrico por meio de diretrizes dos órgãos governamentais brasileiros, principalmente o Ministério da Saúde, representa o interesse de maior inserção internacional do Brasil durante os governos de FHC, Lula e Dilma, confirmando a hipótese inicial deste trabalho.

É necessário questionar, embora o Brasil consiga firmar uma posição internacional mediante essa alternativa de inserção principalmente multilateral, a eficácia das diretrizes domésticas destinadas à melhoria da atenção obstétrica prestada no país. Apesar da farta legislação que busca reformular o serviço prestado no setor, o Brasil não apresenta resultados satisfatórios na redução da mortalidade materna e na melhoria da assistência obstétrica. A pesquisa *Nascer no Brasil* confirma a prevalência das intervenções desnecessárias, configuradas como violência obstétrica, na maioria dos partos realizados no país.

A persistência dos altos índices de cesariana e das mortes maternas decorrentes de causas evitáveis, além da criminalização do aborto exceto em casos específicos, demonstram uma incoerência entre as posturas adotadas internacionalmente pelo Brasil quanto aos direitos relacionados ao atendimento obstétrico e os direitos que estão efetivamente sendo assegurados pelo Estado em âmbito doméstico. A superação dessas incoerências é, segundo a percepção de Guimarães (2001), condição inerente para a autonomia brasileira e seu desenvolvimento.

Para além das questões diplomáticas, a subsistência das altas taxas de cesarianas, de mortes maternas evitáveis e de intervenções desnecessárias e contraindicadas na atenção obstétrica brasileira é um problema de saúde pública e certamente de finanças do Estado brasileiro. Considerando o custo a curto e longo prazo da utilização sistemática de práticas invasivas e desatualizadas, é possível perceber o ônus ao erário público destinado à saúde tanto com as intervenções imediatas quanto com os procedimentos necessários à reparação dos danos causados por essas intervenções.

Atualmente as mulheres são sistematicamente submetidas à violência no que Diniz e Chacham (2006) denominam “corte por cima, corte por baixo”, retratando que, na realidade obstétrica brasileira, todas as mulheres estão sujeitas à violência. As brancas e de melhor poder aquisitivo são submetidas ao corte por cima (cirurgia cesariana), enquanto as negras e pobres são submetidas ao corte por baixo (episiotomia). Assim, cria-se a cultura da cesariana enquanto elemento distintivo de poder aquisitivo e status social e mantêm-se os índices inaceitáveis desse tipo de cirurgia no Brasil.

Desta forma, é urgente reformar a assistência obstétrica no Brasil, oferecendo um serviço que equivalha ao disposto nas diversas regulamentações internas e que vise ao respeito dos direitos internacionalmente pactuados pelo Brasil, objetivando o desenvolvimento, a promoção da igualdade de gêneros, o exercício da maternidade livre e segura, bem como assegurando o respeito aos direitos humanos, reprodutivos e sexuais das mulheres.

## Referências

ALMEIDA, Celia. Saúde, política externa e cooperação sul-sul em saúde: elementos para a reflexão sobre o caso do Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030** – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/ Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. V. 1, p. 233-327.

ALVES, José Eustáquio Diniz. Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) aos 10 anos. **EcoDebate Cidadania e Meio Ambiente**, *online*, 16 set. 2010. Disponível em: <<http://www.ecodebate.com.br/2010/09/16/objetivos-do-desenvolvimento-do-milenio-odm-aos-10-anos-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/>>. Acesso em: 25/10/2015.

AQUINO, Estela M. L.. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Cad. Saúde Pública**. 2014, v. 30, sup. 1, p. S8-S10. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0008.pdf>>. Acesso em: 20/10/2015.

ARTEMIS. **Caderno de leis atenção à saúde da mulher: parto, puerpério, abortamento e aleitamento materno**. São Paulo: Artemis, 2015.

BARBOZA, Thayná. **A saúde na agenda da política externa brasileira nos governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010)**. 15 de agosto de 2014. 149 p. Dissertação – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 15 ago. 2014.

BARCELLOS, João Miguel Villas-Bôas. As nuances da autonomia na política externa brasileira: de Sarney a Lula. **4º Encontro Nacional da Associação Brasileira de Relações Internacionais**. Rio de Janeiro: ABRI, 2013.

BARROS, Sebastião do Rego. A execução da política externa brasileira: um balanço dos últimos 4 anos. **Revista Brasileira de Política Internacional**. 1998, vol.41, n.2, pp. 18-28.

BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo *et al.* Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cad. Saúde Pública**. 2014, v. 30, sup. 1, p. S208-S219. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0208.pdf>>. Acesso em: 21/10/2015.

**BRASIL. Constituição (1988)**. Constituição [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 26/4/2015.

\_\_\_\_\_. **Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento**. Brasília: IPEA, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **I Conferência Internacional de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Setor de Saúde: rumo ao alcance das metas de 2015**. Brasília: 2008

\_\_\_\_\_. Decreto nº 591, 1992. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/D0591.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0591.htm)>. Acesso em:  
12/10/2015.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 678, 1992. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D0678.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D0678.htm)>. Acesso em: 12/10/2015.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 3321, 1999. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D3321.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3321.htm)>. Acesso em: 12/10/2015.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 4316, 2002. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/D4316.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4316.htm)>. Acesso em: 15/10/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Ministério das Relações Exteriores. Protocolo de Intenções entre o Ministério das Relações Exteriores e Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BREUS, Thiago Lima. **Políticas públicas no estado constitucional**: problemática da concretização dos Direitos Fundamentais pela Administração Pública brasileira contemporânea. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2007.

BROWN, Chris; AINLEY, Kirsten. **Compreender as relações internacionais**. Tradução de Ana Sampaio. 1. ed. Lisboa: Gradiva, 2012.

BUCCI, Maia Paula Dallari. **Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2013. 1ª edição.

BUSS, Paulo Marchiori et al. Governança em saúde e ambiente para o desenvolvimento sustentável. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, n. 6, jun 2012, p. 1479-1491.

BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto. Brasil e saúde global. *In*: PINHEIRO, Leticia; MILANI, Carlos R.S. **Política externa brasileira**: as práticas da política e a política das práticas. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012. p. 241-265.

BUSS, Paulo M.; FERREIRA, José Roberto; HOIRISCH, Claudia. A saúde pública no Brasil e a cooperação internacional. **Revista Brasileira de Ciência, Tecnologia e Sociedade**, v. 2, n. 2, jul/dez 2011, p. 213-229.

CANÇADO TRINDADE, Antônio Augusto. Do direito econômico aos direitos econômicos, sociais e culturais. *In*: CAMARGO, Ricardo Antônio Lucas (Org.). **Desenvolvimento econômico e intervenção do Estado na ordem constitucional**: estudos jurídicos em homenagem ao Professor Washington Peluso Albino de Souza. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1995.

CARMELLO, Claudia. Por que o Brasil é campeão mundial de cesarianas?. **Super Interessante**, *online*, s.p., edição 259, dez 2008. Disponível em:  
<<http://super.abril.com.br/ciencia/por-que-o-brasil-e-campeao-mundial-de-cesarianas>>. Acesso em: 23/10/2015.

CARVALHO, Maria Izabel V. de. Resenha: the changing politics of foreign policy. **Contexto Internacional**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, jul/dez 2004, p 431-443.

CASON, Jeffrey W.; POWER, Timothy J. Presidentialization, Pluralization, and the Rollback of Itamaraty: Explaining Change in Brazilian Foreign Policy Making in the Cardoso-Lula Era. **International Political Science Review**, v. 30, n. 2, 2009, p. 117-140.

CASTRO, Thiago. Brasil: campeão mundial de cesarianas. **Notícias do Jardim de São Remo**, *online*, s.p., 2014. Disponível em: <<http://www2.eca.usp.br/njsaoremo/?p=4503>>. Acesso em: 23/10/2015.

CBDHPE – Comitê Brasileiro de Direitos Humanos e Política Externa. **Por uma política externa que respeite os direitos humanos**. CBDHPE: 2014.

CECATTI, José Guilherme. Debate sobre o artigo de Leal et al.: Crenças e credêncas sobre as atuais intervenções durante o trabalho de parto e parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2014, v. 30, sup. 1, p. S33-s35. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0033.pdf>>. Acesso em: 19/10/2015.

CEPIK, Marco; SOUSA, Romulo Paes de. A política externa brasileira e a cooperação internacional em saúde no começo do governo Lula. **Revista Século XXI**. Porto Alegre, v. 2, nº 1, p. 109-134, jan-jul 2011.

CERVO, Amado Luiz. Relações internacionais do Brasil: um balanço da era Cardoso. **Revista Brasileira de Política Internacional**. Brasília, 45(1), p. 5-35, 2002.

\_\_\_\_\_. **Inserção internacional**: formação dos conceitos brasileiros. São Paulo: Editora Saraiva. 2008.

CERVO, Amado Luiz; BUENO, Clodoaldo. **História da política exterior do Brasil**. 4. ed., 1ª reimpressão. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_; LESSA, Antônio Carlos. O declínio: inserção internacional do Brasil (2011-2014). **Revista Brasileira de Política Internacional**. V. 57, n. 2, p. 133-151, 2014.

CHAVES, Ricardo Lêdo. O nascimento como experiência radical de mudança. **Cad. Saúde Pública**. 2014, v. 30, sup. 1, p. S14-S16. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0014.pdf>>. Acesso em: 19/10/2015.

CLADEM. Mulheres usando o direito como um instrumento de mudança. *Online*, 2015. Disponível em: <<http://cladem.org/po/sobre-o-cladem>>. Acesso em: 25/10/2015.

COMISSÃO SOBRE GOVERNANÇA GLOBAL. **Nossa Comunidade Global**. Relatório da Comissão sobre Governança Global. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1996.

COMITÊ BRASILEIRO DE DIREITOS HUMANOS E POLÍTICA EXTERNA. Sobre o comitê. 2005. Disponível em: <<http://dhpoliticaexterna.org.br/>>. Acesso em: 10/10/2015.

COMPARATO, Fábio Konder. Ensaio sobre o juízo de constitucionalidade de políticas públicas. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, a. 35, n. 138, p 39-48, abr/jun 1998.

CORNETET, João Marcelo Conte. A política externa de Dilma Rousseff: contenção na continuidade. **Revista Conjuntura Austral**. V. 5, n. 24, p. 111-150, jun-jul 2014.

COSTA, Aurélio Antônio Ribeiro *et al.* Mortalidade materna na cidade do Recife. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**. 2002, vol.24, n.7, p. 455-462.

COUTO, Cláudio Gonçalves. Política constitucional, política competitiva e políticas públicas. *In:* BUCCI, Maria Paula Dallari. **Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 97-130.

DANESE, Sergio. **Diplomacia presidencial**. Rio de Janeiro: Top books, 1999.

DANTAS, Francisco Clementino de San Tiago. **Discurso de posse do Ministro das Relações Exteriores, Francisco Clementino de San Tiago Dantas**. *In:* FRANCO, Alvaro da Costa (Org.). **Documentos da política externa independente**. Rio de Janeiro: Centro de História e Documentação Diplomática; Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2007, p. 159-164.

DA SILVA, Antônio Augusto Moura *et al.* Morbidade neonatal *near miss* na pesquisa Nascido no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2014, v. 30, sup. 1, p. S182-S191. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0182.pdf>>. Acesso em: 21/10/2015.

DA SILVA, Carlos Eduardo Lins. Dilma se afasta do Itamaraty, e Brasil perde espaço no mundo. **Interesse Nacional**, online, ano 7, n. 26, jul-set 2014. Disponível em: <<http://interessenacional.uol.com.br/index.php/edicoes-revista/dilma-se-afasta-do-itamaraty-e-brasil-perde-espaco-no-mundo/>>. Acesso em: 29/10/2015.

DA SILVA, José Afonso. **Curso de direito constitucional positivo**. São Paulo: Malheiros, 2007. 29ª edição.

DA SILVA, Paulo Henrique. Política externa de Lula a Dilma: contenção, declínio ou ajuste?. **Relações Internacionais**, online, 09 jun 2015. Disponível em: <<http://relacoesinternacionais.com.br/2015/06/09/politica-externa-de-lula-a-dilma-contencao-declinio-ou-ajuste/>>. Acesso em: 28/10/2015.

DECLERCQ, Eugene. É a intervenção médica no parto inevitável no Brasil?. **Cad. Saúde Pública**. 2014, v. 30, sup. 1, p. S39-S40. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0039.pdf>>. Acesso em: 19/10/2015.

DIAS, Marcos Augusto Bastos. Incidência do *near miss* materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascido no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2014, v. 30, sup. 1, p. S169-S181. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0169.pdf>>. Acesso em: 21/10/2015.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10(3), 2005, p. 627-637. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>>. Acesso em: 10/10/2015.

DINIZ, Carmen Simone Grilo *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascido no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2014, v. 30, sup. 1, S140-S153. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0140.pdf>>. Acesso em: 21/10/2015.

DINIZ, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v. I(1), 2006, p. 80-91. Disponível em: <[http://www.mulheres.org.br/revistarhm/revista\\_rhm1/revista1/80-91.pdf](http://www.mulheres.org.br/revistarhm/revista_rhm1/revista1/80-91.pdf)>. Acesso em: 22/10/2015.

DIP, Andrea. Na hora de fazer não gritou. **Pública**, *online*, s.p., 25 mar 2013. Disponível em: <<http://apublica.org/2013/03/na-hora-de-fazer-nao-gritou/>>. Acesso em: 22/10/2015.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**. 2014, v. 30, sup. 1, p. S101-S116. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0101.pdf>>. Acesso em: 21/10/2015.

DOWNE, Soo. Reduzindo intervenções de rotina durante o trabalho de parto e parto: primeiro, não causar dano. **Cad. Saúde Pública**. 2014, v. 30, sup. 1, p. S37-S39. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0037.pdf>>. Acesso em: 19/10/2015.

DUARTE, Ana Cristina. **São atos de violência obstétrica**. 2013. Disponível em: <<http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/viol%C3%A9ncia-obst%C3%A9trica.pdf>>. Acesso em: 22/10/2015.

DYE, Thomas R. **Understanding public policy**. Boston: Pearson, 2011. 13ª edição. 346 p.

\_\_\_\_\_. Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas. In: HEIDEMANN, Francisco G.; SALM, José Francisco. **Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2010. 2ª edição. p. 99-132.

D’ORSI, Eleonora *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**. 2014, v. 30, sup. 1, p. S154-S168. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0154.pdf>>. Acesso em: 21/10/2015.

EASTON, David. **Uma teoria de análise política**. Rio de Janeiro: Zahar, 1968.

FAUNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cad. Saúde Pública**. 1991, vol.7, n.2, pp. 150-173.

FILHO, José dos Santos Carvalho. Políticas públicas e pretensões judiciais determinativas. In: FORTINI, Cristiana; ESTEVES, Júlio César dos Santos; DIAS, Maria Tereza Fonseca. **Políticas públicas, possibilidades e limites**. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2008.

FIOCRUZ. **Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas**. 2014a. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas-no-pais>>. Acesso em: 22/10/2015.

\_\_\_\_\_. **Nascer no Brasil: sumário executivo temático da pesquisa**. 2014b. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em: 18/10/2015.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. 2010, 301 p. Disponível em: <[http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa\\_.org\\_.br\\_sites\\_default\\_files\\_pesquisaintegra.pdf](http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf)>. Acesso em: 22/10/2015.

GOMES, Maria A. S. Mendes. Compromisso com a mudança. **Cad. Saúde Pública**. 2014, v. 30, sup. 1, p. S41-S42. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0041.pdf>>. Acesso em: 20/10/2015.

GONÇALVES, Alcindo. O conceito de governança. **CONPEDI**, Manaus, Anais, 2006. Disponível em: <[http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/manaus/direito\\_e\\_politica\\_alcindo\\_goncalves.pdf](http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/manaus/direito_e_politica_alcindo_goncalves.pdf)>. Acesso em: 08/10/2015.

GUIMARÃES, Samuel Pinheiro. **Desafios brasileiros na era dos gigantes**. 1 ed. Rio de Janeiro: Contraponto, 2005.

\_\_\_\_\_. Inserção internacional do Brasil. **Economia e sociedade**, Campinas, v. 17, dez 2001, p. 1-31.

HAY, Colin. Globalization and public policy. *In*: MORAN, Michael; REIN, Martin; GOODIN, Robert E. **The Oxford Handbook of Public Policy**. Oxford: Oxford University Press, 2006. p. 587-604.

HURRELL, Andrew. Sociedade internacional e governança global. **Lua nova**, n. 46, 1999, p. 55-75.

IPEA. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: relatório nacional de acompanhamento. Brasília: IPEA, 2014.

\_\_\_\_\_. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: relatório nacional de acompanhamento. Brasília: IPEA, 2005.

JAGUARIBE, Hélio. Mercosul e a nova ordem mundial. **Dossiê SEBRI**, vol. 1, ano 1, 2002.

\_\_\_\_\_. Autonomía periférica y hegemonía céntrica. **Estudios Internacionales**, v. 12, n. 46, 1979, p. 91-130.

LAFER, Celso. **A identidade internacional do Brasil e a política externa brasileira**: passado, presente e futuro. 2 ed. São Paulo: Perspectiva, 2009.

\_\_\_\_\_. **Política Externa Brasileira: Três Momentos**. Papers nº 4, Konrad Adenauer-Stiftung, São Paulo: 1993.

LAMPREIA, Luiz Felipe. A política externa do governo FHC: continuidade e renovação. **Revista Brasileira de Política Internacional**, vol. 41, no. 2, Brasília, p. 5-17, jul-dez 1998.

LANSKY, Sônia *et al.* Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**. 2014, v. 30, sup. 1, p. S192-S207. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>>. Acesso em: 21/10/2015.

LASSWELL, Harold D. **Politics, who gets what, when and how**. New York: Peter Smith, 1950. 264 p.

LEAL, Maria do Carmo (Coordenação). **Pesquisa Nascer no Brasil**: Inquérito nacional sobre parto e nascimento. 19 p. 2014. Disponível em:

<[http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_943835885.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_943835885.pdf)>. Acesso em: 21/10/2015.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Birth in Brazil: national survey into labour and birth.

**Reproductive Health**, 9:15, 2012. Disponível em: <<http://www.reproductive-health-journal.com/content/pdf/1742-4755-9-15.pdf>>. Acesso em: 22/10/2015.

\_\_\_\_\_. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**. 2014, v. 30, sup. 1, p. S17-S47. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>>. Acesso em: 20/10/2015.

LEMES, Conceição. Por que somos campeões em cesarianas?. **Pragmatismo Político**, *online*, s.p., 31 jul 2014. Disponível em: <<http://www.pragmatismopolitico.com.br/2014/07/por-que-somos-campeoes-em-cesarianas.html>>. Acesso em: 23/10/2015.

LIMA, Maria Regina Soares de; MILANI, Carlos R. S. **Reflexões sobre a política externa brasileira**. CEBRI Textos, 2014.

MATOS, Greice Carvalho *et al.* A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE Online**. Recife, 2013, 7(esp), p. 870-878.

MELLO E SOUZA, André de. Saúde pública, patentes e atores não estatais: a política externa do Brasil ante a epidemia de aids. In: PINHEIRO, Leticia; MILANI, Carlos R. S. **Política externa brasileira: as práticas da política e a política das práticas**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012. p. 204-265.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-americana de saúde, 2011.

MENDONÇA, Christopher Bahia. Poder legislativo e política externa: uma comparação entre Alemanha, Brasil e EUA. **4º Encontro Nacional da Associação Brasileira de Relações Internacionais**. Belo Horizonte: 2013.

MENEZES, Thiago Melamed de. O Brasil e o Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas: a participação social em ampliação. In: PINHEIRO, Leticia; MILANI, Carlos R. S. **Política externa brasileira: as práticas da política e a política das práticas**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012. p. 71-92.

MILANI, Carlos R.S. Atores e agendas no campo da política externa brasileira de direitos humanos. In: PINHEIRO, Leticia; MILANI, Carlos R. S. **Política externa brasileira: as práticas da política e a política das práticas**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012. p. 33-70.

MILANI, Carlos R. S.; PINHEIRO, Leticia. Política Externa brasileira: os desafios de sua caracterização como política pública. **Revista Contexto Internacional**, vol. 35, no. 1, p. 11-41, jan-jun 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3ª edição. Brasília: Editora MS, 2007.

\_\_\_\_\_. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. 2004.

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2014, v. 30, sup. 1, p. S128-S139. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0128.pdf>>. Acesso em: 21/10/2015.

**MRE (Ministério das Relações Exteriores)**. Saúde. Disponível em: <[http://www.itamaraty.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3669:saude&catid=186&lang=pt-BR&Itemid=432](http://www.itamaraty.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3669:saude&catid=186&lang=pt-BR&Itemid=432)>. Acesso em: 25/4/2015.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração do Milênio**. 2000. Disponível em: <<https://www.unric.org/html/portuguese/uninfo/DecdoMil.pdf>>. Acesso em: 04/4/2015.

NEWELL, Peter. Internacionalization and domestic politics. **International Affairs**, v. 73, n. 3, jul. 1997, p. 553.

OJEDA, Igor. Diplomacia brasileira sob Dilma e Patriota muda de estilo, mas mantém essência. **Opera Mundi**, *online*, São Paulo, 02 jan 2013. Disponível em: <<http://operamundi.uol.com.br/conteudo/reportagens/26165/diplomacia+brasileira+sob+dilma+e+patriota+muda+de+estilo+mas+mantem+essencia.shtml%20>>. Acesso em: 25/10/2015.

OLIVEIRA, Henrique Altemani de. **Política Externa Brasileira**. São Paulo: Saraiva, 2005.

OMS. **Reducción de la mortalidade materna: declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial**. Genebra: Organización mundial de la salud, 1999.

\_\_\_\_\_. **Estrategia mundial de salud de las mujeres y los niños**. Nova York: 2010.

\_\_\_\_\_. **Integrated management of pregnancy and childbirth: managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors**. 2000.

\_\_\_\_\_. **Integrated management of pregnancy and childbirth: pregnancy, childbirth, pospartum and neonatal care: a guide for essential practice**. Genebra: OMS, 2015.

\_\_\_\_\_. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**. 1996a.

\_\_\_\_\_. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Genebra: 2015. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf)>. Acesso em: 21/10/2015.

\_\_\_\_\_. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. Nova Iorque: 1946.

\_\_\_\_\_. **Atenção ao Parto Normal: um guia prático**. 1996b.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Pacto internacional sobre os direitos econômicos, sociais e culturais**. 1966. Disponível em: <[http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pacto\\_internacional.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pacto_internacional.pdf)>. Acesso em: 09/10/2015.

\_\_\_\_\_. **Carta das Nações Unidas**. 1945.

\_\_\_\_\_. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris: 1948.

\_\_\_\_\_. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. 1966.

\_\_\_\_\_. **Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança**. Nova York: 1990.

\_\_\_\_\_. **Conferência sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento**. Rio de Janeiro: 1992

\_\_\_\_\_. **II Conferência Mundial de Direitos Humanos**. Viena: 1993.

\_\_\_\_\_. **III Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento**. Cairo: 1994.

\_\_\_\_\_. **Declaração de Istambul sobre Assentamentos Humanos**. Istambul: 1996.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção americana de direitos humanos**. 1988. Disponível em:

<<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/sanjose.htm>>. Acesso em: 09/10/2015.

\_\_\_\_\_. **Protocolo adicional à convenção americana sobre direitos humanos em matéria de direitos econômicos, sociais e culturais**. Disponível em:

<[http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/e.Protocolo\\_de\\_San\\_Salvador.htm](http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/e.Protocolo_de_San_Salvador.htm)>. Acesso em: 08/10/2015.

\_\_\_\_\_. **Carta da Organização dos Estados Americanos**. 1948.

\_\_\_\_\_. **Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem**. Bogotá: 1948.

PAHO/OMS (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde). TC 58 - Fortalecimento Institucional da Assessoria de Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde – AISA. Disponível em:

<[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1902:tc-58-fortalecimento-institucional-assessoria-assuntos-internacionais-ministerio-saude-aisa&Itemid=610](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1902:tc-58-fortalecimento-institucional-assessoria-assuntos-internacionais-ministerio-saude-aisa&Itemid=610)>. Acesso: 24/4/2015.

PASQUARELLI, Bruno Vicente Lippe. Política Externa como Política Pública: uma análise da atuação diplomática brasileira durante o Governo Lula. **Revista Política Hoje**, Vol. 188 19, n. 1, 2010.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. A crise da América Latina: consenso de Washington ou crise fiscal?. Falta o resto da referência. Disponível em:

<<http://ppe.ipea.gov.br/index.php/ppe/article/view/883/820>>. Acesso em 25/9/2015.

PINHEIRO, Letícia. **Política Externa Brasileira (1889-2002)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2004.

POLÍTICA Pública Internacional. Universidad de Chile, Instituto de Estudios Internacionales. Disponível em: <<http://www.iei.uchile.cl/investigacion/lineas-de-investigacion/58618/politica-publica-internacional>>. Acesso em: 08/10/2015.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Objetivos do milênio**. 2015. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/odm.aspx>>. Acesso em: 11/10/2015.

PUIG, Juan Carlos. Integración y autonomía de América Latina en las postrimerías del siglo XX. **Integración Latinoamericana**, jan./fev. 1986, p. 40-62.

PUTNAM, Robert D. Diplomacia e política doméstica: a lógica dos jogos de dois níveis. **Revista Sociologia Política**, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 147-174, jun 2010.

QUADROS, Jânio. A Nova Política Externa do Brasil. In: **Revista Brasileira de Política Internacional**, Rio de Janeiro, ano IV, n° 16, dezembro de 1961, p. 150-156.

RAMANZINI JR., Haroldo. Uma análise da política externa do governo Lula da Silva. **Revista Debates**, vol. 4, n.2, p. 60-80, jul-dez 2010.

REIS, Lenice Gnocchi da Costa. Maternidade Segura. In: SOUSA, Paulo; MENDES, Walter. **Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

RENGGER, N. J.. Interests, institutions and information: domestic politics and international relations. **International Affairs**, v. 74, n.3, jul. 1998, p. 651.

RIBEIRO, Cláudio Oliveira. Em novos tempos, as mesmas práticas: formulação e execução da política externa brasileira. **Tempo da ciência**, v. 13, n. 25, 2006, p. 71-85.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Nascer no Brasil “em tempo”: uma questão de hierarquia das intervenções no parto?. **Cad. Saúde Pública**. 2014, v. 30, sup. 1, p. S35-S36. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0035.pdf>>. Acesso em: 19/10/2015.

RODRIGUES, Marta M. Assumpção. **Políticas Públicas**. São Paulo: Publifolha, 2010.

ROSENAU, James N. **Premises and promises of decision-making analysis**. s/d. p. 189-211. Disponível em: <<http://trove.nla.gov.au/work/10676920?selectedversion=NBD667998>>. Acesso em: 07/10/2015.

RIO DE JANEIRO. Secretaria da Saúde. OMS – Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/docman/humanizacao/7465-oms-boas-praticas-de-atencao-ao-parto-e-ao-nascimento/file.html>>. Acesso em: 26/5/2015.

SALOMÃO, Wiliander França. O Congresso Nacional resolve definitivamente sobre os tratados no Brasil?. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIV, n. 88, maio 2011. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=9441](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9441)>. Acesso em: 05/10/2015.

SALOMÓN, Mónica. A dimensão subnacional da política externa brasileira: determinantes, conteúdos e perspectivas. In: PINHEIRO, Leticia; MILANI, Carlos R. S. **Política externa brasileira: as práticas da política e a política das práticas**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012. p. 269-300.

SALOMÓN, Mónica; PINHEIRO, Letícia. Análise de política externa e política externa brasileira: trajetória, desafios e possibilidades de um campo de estudos. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v. 56 (1), 2013, p. 40-59.

SANCHEZ, Michelle R. et al. Política externa como política pública: uma análise pela regulamentação constitucional brasileira (1967-1988). **Revista de Sociologia Política**, Curitiba, v. 27, p. 125-143, nov. 2006.

SANTORO, Maurício. Democracia e política externa no Brasil. **Revista Estudos Políticos**, n. 4, p. 95-105, 2012/01.

SCOLESE, Eduardo. **Lula completa 470 dias de viagens ao exterior**. Folha de São Paulo, São Paulo, 04 de dezembro de 2010. Disponível em: <[http://www1.folha.uol.com.br/fsp/poder/po0412201009.htm#\\_=\\_](http://www1.folha.uol.com.br/fsp/poder/po0412201009.htm#_=_)>. Acesso em: 22/9/2015.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SERRUYA, Suzanne Jacob. A arte de não fazer o errado e fazer o certo!. **Cad. Saúde Pública**. 2014, v. 30, sup. 1, p. S36-S37. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0036.pdf>>. Acesso em: 19/10/2015.

SILVA, Elaini Cristina Gonzaga da; SPÉCIE, Priscila; VITALE, Denise. **Atual arranjo institucional da política externa brasileira**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA): 2010, No. 1489.

SOUSA, Valéria. **Violência obstétrica: nota técnica: considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento**. São Paulo: Artemis, 2015.

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 65-86.

SOUZA, João Paulo; PILEGGI-CASTRO, Cynthia. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cad. Saúde Pública**. 2014, v. 30, sup. 1, p. S11-S13. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0011.pdf>>. Acesso em: 18/10/2015.

SPROUT, Harold; SPROUT, Margaret. **Man-milieu relationship hypotheses in the context of international politics**. Center of International Studies, Princeton University. EUA: 1956.

SZWARCWALD, Celia Landmann. Estimção da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Cad. Saúde Pública**. 2014, v. 30, sup. 1, p. S71-S83. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0071.pdf>>. Acesso em: 20/10/2015.

THEODOULOU, Stella Z.; CAHN, Matthew A. **Public Policy: the essential readings**. New Jersey: Prentice Hall, 1995.

TORRES, Jacqueline Alves *et al.* Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cad. Saúde**

**Pública**. 2014, V. 30, sup. 1, p. S220-S231. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0220.pdf>>. Acesso em: 21/10/2015.

UN – UNITED NATIONS. **The Millennium Development Goals Report**. 2010. Disponível em: <<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202010%20En%20r15%20-low%20res%2020100615%20-.pdf>>. Acesso em: 25/10/2015.

UNA-SUS. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. *Online*, 2015. Disponível em: <<http://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas>>. Acesso em: 25/10/2015.

UNICEF. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. Unicef Brasil, *online*, 2015. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/resources\\_9540.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_9540.htm)>. Acesso em: 23/10/2015.

VALLE, Vanice Regina Lírio do. **Políticas públicas, direitos fundamentais e controle judicial**. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2009.

VENTURA, Deisy. **Direito e Saúde Global: O caso da pandemia de gripe A (H1N1)**. São Paulo: Outras Expressões; Dobra Editorial, 2013.

VIELLAS, Elaine Fernandes *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2014, V. 30, sup. 1, p. S85-S100. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf>>. Acesso em: 19/10/2015.

VIGEVANI, Tullo; CEPALUNI, Gabriel. A política externa de Lula da Silva: a estratégia da autonomia pela diversificação. **Revista Contexto Internacional**. Rio de Janeiro, v. 29, nº 2, p. 273-335, jul-dez 2007.

VIGEVANI, Tullo; OLIVEIRA, Marcelo F.; CITNRA, Rodrigo. Política externa no período FHC: a busca de autonomia pela integração. **Revista Tempo Social - USP**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 31-61, nov 2003.

VIOTTI, Maria Luiza Ribeiro. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher**: Pequim 1995. Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres.

VISENTINI, Paulo Fagundes. **A projeção internacional do Brasil: 1930-2012**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

VIZENTINI, Paulo Fagundes. **Relações Internacionais do Brasil: de Vargas a Lula**. 3. Ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2008.

\_\_\_\_\_. **O mundo pós-Guerra Fria: o desafio do (ao) “Oriente”**. Porto Alegre: Leitura XXI, 2005.

VORPAGEL, Márcia Gomes Barcellos *et al.* **Atenção qualificada ao parto: iniciativa global por uma maternidade segura**. Unicastelo, s/d. Disponível em: <<http://unicastelo.br/portal/atencao-qualificada-ao-parto-iniciativa-global-por-uma-maternidade-segura-2/>>. Acesso em: 25/10/2015.

WALTZ, Kenneth. **Theory of international relations**. New York: McGraw Hill, 1979.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trade in maternal mortality: 1990 to 2008** – Estimatives developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Geneva: WHO, 2010.

WORLD Bank. **Governance and development**. Washington: World Bank, 1992. Disponível em: <[http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/1999/09/17/000178830\\_98101911081228/Rendered/PDF/multi\\_page.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/1999/09/17/000178830_98101911081228/Rendered/PDF/multi_page.pdf)>. Acesso em: 05/10/2015.