

Marco Aurélio Antas Torronteguy

**O DIREITO HUMANO À SAÚDE NO DIREITO
INTERNACIONAL:**

Efetivação por meio da cooperação sanitária

Tese de Doutorado

Orientadora:

Professora Titular Sueli Gandolfi Dallari

Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo

São Paulo, SP

2010

Marco Aurélio Antas Torronteguy

**O DIREITO HUMANO À SAÚDE NO DIREITO INTERNACIONAL:
EFETIVAÇÃO POR MEIO DA COOPERAÇÃO SANITÁRIA**

Tese de Doutorado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Direito, na Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, na Área de Concentração de Direitos Humanos.

Orientadora: Professora Titular Sueli Gandolfi Dallari.

São Paulo, SP

2010

Torronteguy, Marco Aurélio Antas

O direito humano à saúde no direito internacional : efetivação por meio da cooperação sanitária / Marco Aurélio Antas Torronteguy . – São Paulo : M. A. A. Torronteguy, 2010.

xx, 355 f.

Tese (doutorado) – Faculdade de Direito da USP, 2010.

Orientadora: Prof^ª Sueli Gandolfi Dallari

Notas de rodapé

Inclui bibliografia.

1. Cooperação internacional 2. Direito internacional 3. Direito sanitário 4. Direito à saúde 5 Direitos humanos I. Título

CDU 34:614(100)(043)

*para Arieta e Teófilo,
meus pais*

*para Carolina
e Antônio Augusto
meus irmãos*

AGRADECIMENTOS

Quando terminava minha dissertação de mestrado, decidi deixar o sul, onde fui criado, para procurar o meu próprio sul. Já estava na hora. E foi em boa hora que, para a defesa, Ricardo Seitenfus, meu querido professor e orientador desde a iniciação científica, convidou a professora Sueli Gandolfi Dallari, que então conheceu meu trabalho e, depois, viria a ser minha orientadora na nova empreitada. Há uma década, Ricardo compartilha comigo seu conhecimento, sua amizade e sua sabedoria.

Em 2006, estive algumas vezes em São Paulo para a seleção e contei com o apoio afetuoso de Glasfira Antas, tia Teca, que não apenas me acolheu, como me deixou uma geladeira, um fogão, um aquecedor e uma máquina de lavar importantíssimos para minha nova vida, quando estava ela a começar sua vida de avó no Rio de Janeiro. Tia Teca, professora de inglês, foi de importância constante, inclusive para a revisão do *abstract*.

Lembro-me do dia em que foi publicado o resultado da seleção. Fui visitar a tia Carmem Astride Antas, em Santa Maria. Ela foi a primeira a saber e vibrou muito, já muito doente. E como deixou saudade.

Foi em um dia ensolarado do princípio de 2007 que meus amigos André de Freitas Lima Lopes e Marcus Maurer de Salles me levaram ao aeroporto, em Florianópolis, para que eu viesse confirmar a matrícula. Aqueles dias em Canasvieiras alimentaram meu espírito para o início da grande jornada.

São Paulo, cidade em que nasci e vivi até os quatro anos e, depois, dos sete aos nove, não me era estranha, mas sei que também para os estranhos costuma ser acolhedora e generosa. A vantagem de já ter vivido aqui é não chegar solitário. Alexandre Sanson é um grande amigo desde os tempos do Colégio São Luís e é uma pena que não tenhamos o tempo que gostaríamos para jogar conversa fora. A acolhida dos familiares também foi confortante, por isso agradeço a minha querida tia Zélia Antas e aos meus primos, Flavinho, Mano, Serena, Lizete, Marise e André. Desde minha chegada a São Paulo, conto com a inestimável ajuda da Aninha para deixar tudo em ordem.

No primeiro ano, durante as disciplinas, foi intenso o convívio com os colegas do Largo de São Francisco. Laura Souza Lima e Brito, desde as aulas e, logo depois, na monitoria no Programa de Aperfeiçoamento de Ensino, tem sido uma amiga atenciosa e ainda lhe devo um café. Luma Scaff nos brindou mais de uma vez com o legítimo pato ao molho de tucupi paraense, vindo diretamente do seu torrão natal. Em seu nome agradeço a descontraída camaradagem de todo os colegas.

Também sou grato a todos os meus professores. Professor Fábio Konder Comparato, no curso em que debatemos sua obra, compartilhou generosamente seu saber, sua luta e seu amor pelo direito. Mais tarde, no exame de qualificação, ele e o professor José Reinaldo de Lima Lopes contribuíram muitíssimo para o desenvolvimento da pesquisa. Ainda no primeiro ano, as aulas do professor Celso Lafer foram relevantes para a compreensão de conceitos das relações internacionais e do direito internacional utilizados nesta tese. Professora Elza Antônia Pereira Cunha Boiteux foi sempre muito atenciosa na supervisão da monitoria na disciplina de filosofia do direito. Para a compreensão crítica dos direitos sociais foram importantes os calorosos debates conduzidos em aula pela professora Eunice Aparecida de Jesus Prudente e pelo professor Marcus Orione Gonçalves Correia. Também sou grato aos professores Enrique Ricardo Lewandowski e Masato Ninomiya, em cujas aulas pude refletir sobre temas importantes para a pesquisa que iniciava.

Muito especialmente, agradeço a minha orientadora, professora Sueli Gandolfi Dallari. De maneira firme e doce ponderou meu idealismo extremo no começo dos trabalhos. Seu imenso conhecimento sobre o direito sanitário é compartilhado com

profundidade e simplicidade. A liberdade que me deu para desenvolver minhas ideias deixa uma lição magistral.

Na Faculdade de Saúde Pública, ainda em 2007, durante o curso de minha orientadora, conheci Maria Célia Delduque, que desde então tem sido uma grande amiga, com quem compartilho inquietudes sobre a construção do direito à saúde. Maria Célia, em Brasília, apresentou-me Rodrigo Pires de Campos, um caro amigo a quem agradeço pelas conversas que me ajudaram muito a compreender a cooperação internacional. Sou grato também a Deisy Ventura, que desde a época em que foi minha professora na Universidade Federal de Santa Maria tem contribuído muito para meu trabalho, ao dividir sua arguta percepção, afiadíssima, sobre o direito e o mundo. Agradeço-lhe, também, a oportunidade de acompanhar seu curso sobre direito comparado no Instituto de Relações Internacionais, no primeiro semestre de 2009. Também agradeço a Marcelo da Silva, pelas lições de francês.

É enorme minha gratidão a esta Universidade. Agradeço aos funcionários do Largo de São Francisco e da Faculdade de Saúde Pública. Sou imensamente grato ao pessoal das bibliotecas de ambas as escolas, notadamente os senhores Aurélio Ribeiro dos Santos, Ivan Pereira dos Santos, Maria da Paixão de Queiroz, Maíra de Souza e Silvia Jastwieski. No curso da pesquisa tive a grata oportunidade de atuar ao lado dos colegas do Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA), Rachelle Balbinot e Fernando Aith, com o auxílio inestimável de Eliane e Adelaide.

Pessoas muito queridas vieram de longe me visitar e (talvez não saibam) deram-me ânimo durante a jornada. Hugo e Nelson Carson; Marcus Salles; Lucas Taschetto; Nicanor, tia Terezinha, tia Mirinha, Tuca, Mairinha e Agberto. E meu queridíssimo tio Sérgio Valdez Antas, incomparável.

No momento mais difícil, Clarissa Franzoi Dri me alcançou poesia e prosa em uma caixinha de presentes, com a intuição que cabe apenas aos verdadeiros amigos. No pacote, veio o Neruda que empresta a epígrafe deste trabalho.

Sou grato, também, a Custódio Michailowsky, pela ciência e pela sabedoria que dedica a todos os que lhe procuram e que, generosamente, compartilhou comigo. E a

Susana Ribeiro, porque é preciso conhecer-se e isso se torna bem mais fácil quando se tem um interlocutor como ela.

O final sereno da redação da tese foi viabilizado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), que me concedeu bolsa de pesquisa.

Finalmente, preciso dizer que nada teria sido possível sem a fortaleza que encontro em minha família. Meus pais são meus maiores exemplos e meia dúzia de palavras não seriam suficientes para dizer o quanto os amo, por isso lhes dedico essa tese. Minha mãe, Arieta Antas Torronteguy, professora, revisou o texto. Meu pai, Teófilo Otoni Vasconcelos Torronteguy, historiador, apontou importantes aspectos históricos. Do mesmo modo, é com carinho que dedico meu esforço aos meus irmãos. Carolina, agora compreendo que caminhar o próprio caminho é uma decisão radical, que não pode admitir concessões – obrigado por me ensinares isso. Antônio Augusto, saibas que me é muito importante o teu exemplo, de seriedade sem peso – e é com essa leveza, que aprendi contigo, que assumo a alegria de ter sido escolhido, por ti e pela querida Ziâni, para ser padrinho da Helena.

E como nada se faz sem amor, tudo me remete a Danielle Lima de Castro. Para descrever o que é estar ao seu lado, teria que escrever versos.

A todos, muito obrigado!

O Autor

*Os amo, idealismo y realismo,
como agua y piedra
sois
parte del mundo,
luz y raíz del árbol de la vida.*

NERUDA, Pablo. La verdad. In: *Antología Esencial*. Buenos Aires: Losada, s.d., p. 277.

RESUMO

O direito humano à saúde no direito internacional:

Efetivação por meio da cooperação sanitária

A presente tese visa a investigar em que medida a cooperação internacional sanitária pode ser instrumento para a efetivação do direito humano à saúde nos países em desenvolvimento. Busca-se compreender o alcance jurídico da cooperação horizontal em matéria sanitária, a partir da interpretação das normas internacionais, à luz dos direitos humanos e da teoria das relações internacionais, através de um enfoque dialético das contradições que o tema abarca. O estudo documental se delimita nos atos bilaterais celebrados entre o Brasil e cada um dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) – Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe. A análise do conteúdo desses acordos indica que a cooperação internacional sanitária pode ser um instrumento para a efetivação do direito humano à saúde entre países periféricos, na medida em que for horizontalizada e democratizada. Isso implica atender menos a interesses de Estado por poder e influência internacionais e mais a valores comuns à humanidade, traduzidos na forma dos direitos humanos internacionalmente reconhecidos. Então, são apresentados elementos para o aperfeiçoamento da cooperação Sul-Sul, a fim de que ela cumpra com a função de garantir direitos que o poder público estatal, por seus próprios esforços, é incapaz de efetivar. Com isso pretende-se contribuir para a elaboração de um modelo Sul-Sul de cooperação, importante para diminuir a dependência externa dos países periféricos e para promover os direitos humanos. Enfim, propõe-se que a cooperação internacional seja compreendida e reconhecida como instrumento jurídico para a efetivação do direito humano à saúde.

Palavras-chave: Cooperação Internacional. Direito à Saúde. Direito Internacional. Direitos Humanos. Direito Sanitário.

ABSTRACT

The human right to health in International Law:

Achievement through health cooperation

The purpose of the present thesis is to investigate at which extent international health cooperation can be an instrument for the achievement of the human right to health in developing countries. The author seeks to understand the legal scope of horizontal cooperation regarding health, from the interpretation of international rules, in view of human rights and international relations theory, through a dialectical approach of the contradictions encompassed by the theme. The documental study is delimited in the bilateral agreements which have been celebrated between Brazil and each one of the African Countries of Portuguese Official Language (PALOP) – Angola, Cape Verde, Guinea-Bissau, Mozambique and São Tomé and Príncipe. The analysis of the agreement content indicates that international cooperation can be an instrument to achieve the right to health among peripheral countries as it is horizontal and democratic. This implies seeking less the State interests for international power and influence and more the values shared by the whole humanity, proclaimed in the internationally recognized human rights. Therefore some elements are presented in view of to perfect South-South cooperation, so it fulfills its function of ensuring rights that the governments, by their own efforts, are not able to fulfill. This work intends to contribute to make a South-South model of cooperation, important to diminish the external dependence of the peripheral countries and to promote human rights. Finally, we propose that international cooperation is understood and acknowledged as a legal instrument for the accomplishment of the human right to health.

Keywords: International Cooperation. Right to Health. International Law. Human Rights. Health Law.

RÉSUMÉ

Le droit humain à la santé dans le droit international :

Réalisation par la coopération sanitaire

Cette thèse prétend rechercher dans quelle mesure la coopération internationale sanitaire peut être un instrument pour faire effectif le droit humain à la santé dans les pays en voie de développement. On veut comprendre la portée juridique de la coopération horizontale en matière sanitaire, à partir de l'interprétation des normes internationales, à la lumière des droits de l'homme et de la théorie des relations internationales, par un regard dialectique des contradictions du thème. L'étude documentaire est délimitée aux accords bilatéraux signés entre le Brésil et chacun des Pays Africains de Langue Officielle Portugaise (PALOP) – Angola, Cap-Vert, Guinée-Bissau, Mozambique et Sao Tomé-et-Principe. L'analyse du contenu de ces accords montre que la coopération internationale sanitaire peut être un outil à réaliser le droit humain à la santé entre pays périphériques, au fur et à mesure qu'elle puisse être horizontalisée et démocratisée. Cela implique poursuivre moins les intérêts de l'État par pouvoir et influence internationaux et plus les valeurs communs à l'humanité, lesquels sont traduits par les droits de l'homme reconnus internationalement. Donc, on présente des éléments pour l'amélioration de la coopération Sud-Sud, à fin de qu'elle puisse réaliser sa fonction de garantir les droits lesquels le pouvoir public d'État, par ses propres efforts, il n'est pas capable de faire valoir. Alors, on veut faire une contribution pour l'élaboration d'un modèle Sud-Sud de coopération, important pour diminuer la dépendance extérieure des pays périphériques et pour promouvoir les droits de l'homme. Enfin, on propose que la coopération internationale soit comprise et reconnue comme instrument juridique pour faire effectif le droit humain à la santé.

Mots-clés: Coopération internationale. Droit à la santé. Droit international. Droits de l'homme. Droit sanitaire.

LISTA DE QUADROS

	<i>Folha</i>
QUADRO 1 – Paradigmas teóricos das relações internacionais	42
QUADRO 2 – Tipologia da Cooperação Internacional	57
QUADRO 3 – Resumo das tendências da cooperação internacional	69
QUADRO 4 – Compromissos internacionais dos PALOP	157
QUADRO 5 – Comparação entre as economias dos PALOP e do Brasil	165
QUADRO 6 – AOD nos PALOP e no BRASIL, em milhões de US\$	167
QUADRO 7 – Indicadores de saúde nos PALOP e no Brasil	168
QUADRO 8 – Modos da cooperação como tradução	174
QUADRO 9 – Resumo da cooperação sanitária Brasil-PALOP	234
QUADRO 10 – Temas da cooperação sanitária <i>stricto sensu</i> Brasil-PALOP	238
QUADRO 11 – Temas da cooperação Brasil-PALOP indiretamente sanitários	239
QUADRO 12 – O Brasil e os PALOP de acordo com a OCDE e o PNUD	280
QUADRO 13 – Principais áreas da cooperação internacional sanitária brasileira	281
QUADRO 14 – Cooperação Brasil-PALOP	283

LISTA DE GRÁFICOS

	<i>Folha</i>
GRÁFICO 1 – Atos bilaterais assinados ano a ano com o Brasil	235
GRÁFICO 2 – Atos bilaterais sobre saúde assinados ano a ano com o Brasil	237
GRÁFICO 3 – Atos bilaterais celebrados com o Brasil, com cláusula de avaliação, do total de 93 atos de cooperação sanitária em sentido amplo	242
GRÁFICO 4 – Atos bilaterais celebrados com o Brasil, com cláusula de periodicidade de avaliação, do total de 93 atos de cooperação sanitária em sentido amplo	243
GRÁFICO 5 – Atos bilaterais que preveem parcerias com ONGs, assinados ano a ano com o Brasil, do total de 93 atos de cooperação sanitária em sentido amplo	245

LISTA DE SIGLAS

ABC – Agência Brasileira de Cooperação

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AISA – Assessoria Internacional de Assuntos de Saúde do MS do Brasil

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AOD – Ajuda Oficial ao Desenvolvimento

ARFA – Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares de Cabo Verde

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento

BLH – Banco de Leite Humano

CAD – Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento da OCDE

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CID – Cooperação Internacional para o Desenvolvimento

CIJ – Corte Internacional de Justiça

CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

DAI – Divisão de Atos Internacionais do MRE

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECOSOC – Conselho Econômico e Social das Nações Unidas

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

EUA – Estados Unidos da América

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

ICASE – Instituto Cabo-Verdiano de Acção Social Escolar

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IFAL – Instituto de Formação da Administração Local de Angola

INMETRO – Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial

MERCOSUL – Mercado Comum do Sul

MRE – Ministério das Relações Exteriores do Brasil

MS – Ministério da Saúde do Brasil

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OEA – Organização dos Estados Americanos

OECE – Organização Europeia de Cooperação Econômica

OMC – Organização Mundial do Comércio

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

ONGAT – Organização Não Governamental de Alcance Transnacional

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

OUA – Organização de Unidade Africana

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PED – Países em Desenvolvimento

PIB – Produto Interno Bruto

PIDESC – Pacto Internacional sobre Direitos Sociais, Econômicos e Culturais

PMA – Países Menos Avançados

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

RNB – Renda Nacional Bruta

RSI – Regulamento Sanitário Internacional

SARS – Síndrome Respiratória Aguda Grave

SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SESI – Serviço Social da Indústria

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde do MS do Brasil

UA – União Africana

UNCTAD – Conferência das Nações Unidas para o Comércio e o Desenvolvimento.

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

WHA – Assembleia Mundial da Saúde, da OMS

WHOSIS – Sistema de Informação Estatística da OMS

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
 PRIMEIRA PARTE	
DA SOLIDARIEDADE À GARANTIA: A configuração jurídica de um dever de cooperação sanitária.....	5
Capítulo I	
COOPERAÇÃO E SOLIDARIEDADE	7
1. A SOLIDARIEDADE E OS DIREITOS HUMANOS	8
1.1. Um enquadramento teórico da solidariedade	12
1.1.1. A sistematização dos princípios éticos e a construção dos direitos humanos	13
1.1.2. A solidariedade como princípio ético.....	19
a. A solidariedade nacional	19
b. A solidariedade intergeracional	20
c. A solidariedade internacional	21
1.2. Os direitos sociais no quadro dos direitos humanos	23
1.2.1. Perspectiva universalista	25
1.2.2. Uma perspectiva brasileira	31
2. A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL NO QUADRO DAS RELAÇÕES INTERNACIONAIS	34
2.1. Entre valores e interesses	34
2.1.1. Três paradigmas teóricos	35
2.1.2. Função da cooperação internacional	43
a. Funções do direito internacional	45
b. Entre realismo e idealismo	47
2.2. Entre discurso e contradição.....	49
2.2.1. Um discurso heterogêneo e fragmentado	50
2.2.2. As contradições realistas de um discurso idealista	59
Capítulo II	
COOPERAÇÃO SANITÁRIA NO DIREITO INTERNACIONAL POSITIVO	76
1. A SAÚDE COMO DIREITO.....	77

1.1. O direito humano à saúde.....	81
1.1.1. O sistema universal de proteção dos direitos humanos	81
a. Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948).....	81
b. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (1966).....	85
c. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966) ..	87
d. Declaração de Viena (1993)	92
e. Outros tratados sobre direitos humanos	94
1.1.2. O sistema interamericano de proteção dos direitos humanos	100
a. Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem (1948)	103
b. Convenção Americana sobre Direitos Humanos (1969).....	104
c. Protocolo de San Salvador (1988).....	104
d. Outros tratados do sistema interamericano.....	106
1.1.3. O sistema africano de proteção dos direitos humanos	107
1.2. O direito sanitário	110
1.2.1. Um campo interdisciplinar	110
1.2.2. O papel das organizações internacionais	114
a. Nas organizações generalistas, um lugar indefinido	114
b. Nas organizações especializadas, ambiguidade.....	118
2. A COOPERAÇÃO COMO GARANTIA.....	126
2.1. A cooperação no direito das organizações internacionais.....	127
2.1.1. A cooperação nas Nações Unidas	127
2.1.2. A cooperação na OEA.....	129
2.1.3. A cooperação na OMS	132
a. A saúde nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio	135
b. A implementação do novo RSI.....	140
2.2. O reconhecimento de uma garantia internacional	142

SEGUNDA PARTE

A COOPERAÇÃO SANITÁRIA EM MOVIMENTO 151

Capítulo III

A COOPERAÇÃO DO BRASIL COM OS PAÍSES AFRICANOS DE LÍNGUA PORTUGUESA 153

1. NOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA, A MESMA TRADUÇÃO A SER FEITA	154
1.1. O direito escrito	154
1.1.1. Compromissos internacionais dos PALOP	155
1.1.2. O direito constitucional à saúde nos PALOP	157
1.2. O direito ausente	164

1.2.1. Desconexão entre saúde e direito à saúde	165
1.2.2. Cooperação como tradução	172
2. RASCUNHOS PARA A TRADUÇÃO: OS ACORDOS BILATERAIS COM O BRASIL	175
2.1. Cooperação sanitária do Brasil com Angola	179
2.2. Cooperação sanitária do Brasil com Cabo Verde	187
2.3. Cooperação sanitária do Brasil com Guiné-Bissau	199
2.4. Cooperação sanitária do Brasil com Moçambique	205
2.5. Cooperação sanitária do Brasil com São Tomé e Príncipe	221
Capítulo IV	
POR UM MODELO DE COOPERAÇÃO SOLIDÁRIA	231
1. LIÇÕES DO ACERVO BILATERAL	232
1.1. Importância da saúde na agenda da cooperação	233
1.1.1. Dados auspiciosos... ..	233
1.1.2. ...tendências desafiadoras	241
a. Avaliação/monitoramento da cooperação	241
b. Participação da sociedade civil organizada	244
1.2. Possibilidades para a saúde transformar a cooperação	247
1.2.1. Entre racionalidade formal e racionalidade material	248
a. Horizontalidade formal, verticalidade material	252
b. Verticalidade de meios, horizontalidade de fins	255
1.2.2. Entre diplomacia e democracia	262
a. Radicalizar a democracia	263
b. Democratizar a cooperação	267
2. DE PONTA CABEÇA PARA FICAR EM PÉ	276
2.1. <i>...porque en realidad nuestro norte es el Sur</i>	277
2.1.1. Sul: abstração geográfica, realidade social	277
2.1.2. Cooperação sanitária Sul-Sul	280
a. O esforço brasileiro	281
b. Síntese de um modelo de cooperação solidária	289
2.2. Saúde: direito de todo ser humano	291
2.2.1. O exemplo brasileiro	292
2.2.2. Um desafio internacional	295
CONCLUSÃO	298
BIBLIOGRAFIA	307

INTRODUÇÃO

*A enfermedades extremas, remedios heroicos,
excelentes y bien administrados.*¹

Em que medida a cooperação internacional sanitária pode ser instrumento para a efetivação do direito humano à saúde entre países periféricos? Este é o problema central da presente pesquisa, o qual se desdobra em duas questões. Na primeira parte da tese, se procura compreender como a cooperação sanitária está inserida no direito, vale dizer, pergunta-se em que medida se configura um dever de cooperação sanitária. Na segunda parte, se pretende analisar de que modo uma transformação da cooperação internacional, ou seja, um aperfeiçoamento da cooperação horizontal, pode determinar uma transformação no direito para dar maior efetividade ao direito à saúde em países periféricos. Portanto, a presente investigação incorpora uma visão funcionalista² da

¹ Aforismo nº7 – HIPÓCRATES. *Aforismos y Sentencias*. Buenos Aires: Editorial Tor, s./d., p. 19.

² Segundo Perseu Abramo, o estudo funcionalista trata do “exame das relações entre um fenômeno e outro mais amplo, no qual o primeiro está inserido, para conhecer o *papel* do primeiro, ou seja, para verificar quais variações do primeiro acarretam variações no segundo, e como se dão essas variações” – ABRAMO, Perseu. Pesquisa em ciências sociais. In: HIRANO, Sedi (Org.). *Pesquisa social: projeto e planejamento*. São Paulo: T. A. Queiroz, 1979, p. 35-36.

cooperação sanitária internacional. A hipótese trabalhada é de que a cooperação³ sanitária seja um privilegiado instrumento para a efetivação do direito humano à saúde em países periféricos.

Procura-se responder ao problema central a partir de uma intersecção entre direitos humanos, relações internacionais e direito internacional. Isso implica um estudo *estático* do tema. Por um lado, esse estudo inclui a compreensão do arsenal teórico e conceitual da cooperação internacional e do direito à saúde, o que sugere uma leitura da cooperação internacional como realização de um princípio ético estruturante dos direitos humanos – a solidariedade (Capítulo I). Por outro lado, é necessário conhecer o tecido jurídico já positivado na matéria, o qual indica ser a cooperação sanitária uma garantia para o direito à saúde (Capítulo II). Esses dois primeiros capítulos podem contribuir para uma compreensão descritiva do tema e para uma crítica da cooperação sanitária, mas de modo abstrato. Ocorre que o objetivo é desenhar um raciocínio teórico *aplicado*, isto é, preocupado com a transformação da realidade.

Isso exige um estudo *dinâmico* da cooperação sanitária, que implica verificar, concretamente, o seu desenho jurídico em uma dada realidade observada – a cooperação que o Brasil empreende bilateralmente com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) (Capítulo III). Então se passa da dinâmica do que existe para a do que pode vir a ser. A partir das contradições entre meios e fins, entre horizontalidade e verticalidade, entre interesses nacionais e valores comuns, é possível pensar prospectivamente em um modelo de cooperação que cumpra com os desígnios da solidariedade, mormente entre os países em desenvolvimento (Capítulo IV).

Com a dualidade *estática/dinâmica*, quer-se demarcar, didaticamente, dois passos da presente investigação científica. Primeiramente o estudo é centrado, por um lado, em elementos dos direitos humanos, do direito internacional e das relações internacionais e, por outro, do direito internacional positivo, para desenhar a cooperação internacional antes de confrontá-la com experiências reais de países em desenvolvimento. Fala-se, por isso, em um estudo *estático*. Depois, há o estudo de experiências de cooperação internacional

³ Para um estudo comportamental e abrangente do problema da *cooperação/egoísmo* nas relações interpessoais, interinstitucionais e internacionais, sob o enfoque da teoria dos jogos, ver: AXELROD, Robert. *The Evolution of Cooperation*. S. l.: Basic Books, 1984. Ver, também: Id. *The Complexity of Cooperation: Agent-Based Models of Competition and Collaboration*. Princeton: Princeton University Press, 1997.

entre o Brasil e os PALOP, e então dados da realidade permitem confrontar os elementos da primeira parte para propor um modelo de cooperação Sul-Sul realmente transformador. E é neste sentido que o estudo, aqui, é *dinâmico*.

Não se trata, fique claro, de uma cisão teoria/prática⁴, mas de dois movimentos que procuram explorar essa dualidade. Primeiro, porque a passagem da *ideia* (solidariedade, direitos e cooperação – Capítulo I) para o *texto* (direito positivo – Capítulo II) considera que este é uma manifestação prática do enfrentamento dado aos direitos humanos internacionalmente. Isso permite uma elaboração teórica que será fundamental para a segunda parte do trabalho: a ideia de que a cooperação sanitária deve ser tomada como uma garantia internacional ao direito à saúde. Segundo, porque o enfrentamento da prática Brasil-PALOP em matéria de cooperação internacional (dinâmica dos atos bilaterais – Capítulo III) é um laboratório para a definição teórica de um modelo Sul-Sul de cooperação (Capítulo IV), mas também é o resultado das ideias sobre cooperação horizontal até o momento preponderantes na atuação jurídica dos países envolvidos.

Deste modo, o enfrentamento do tema se dá com uma abordagem dialética, de maneira que, onde aparentemente ocorre exclusão recíproca, se percebe complementaridade⁵. Isso atravessa todas as partes do texto, refletindo-se no plano geral e nas suas subdivisões. Trata-se de perceber que aquilo que parece heterogêneo e contrário, na realidade pode estar relacionado, ou melhor, interrelacionado. Onde parece haver exclusão, procura-se manter a tensão.

A partir deste enfoque, a solidariedade é apresentada como dialética entre liberdade e igualdade. O plano internacional da solidariedade é percebido como tensão entre interesses nacionais (paradigma grociano) e valores universais (paradigma kantiano). No que tange às relações internacionais, a complementaridade dialética entre realismo e idealismo permite a compreensão do que existe sem abandonar a ideia de transformação da realidade. No que concerne aos direitos humanos, procura-se superar a visão dicotômica excludente entre direitos individuais e direitos sociais, mas sem abandonar a tensão entre a enunciação de direitos e a necessidade de garantias. O enfrentamento conceitual da

⁴ Tampouco se trata da distinção kelseniana entre *nomoestática* e *nomodinâmica*, que afirma a natureza nomodinâmica do direito positivo. Como visto, trata-se de uma distinção de outra ordem.

⁵ ABRAMO, Perseu. Op. cit., p. 87.

cooperação internacional procura pela correlação que há entre o discurso e suas contradições, explorando, por exemplo, a distinção entre ajuda e cooperação. No que concerne ao direito à saúde, explora-se a tensão entre o direito que está escrito e que, ao mesmo tempo, é ausente, ou seja, é aparentemente alheio à própria realidade para a qual ele foi estabelecido. A cooperação se oferece como alternativa para superar esse problema, então se percebe que não há dialética apenas entre o Norte desenvolvido e o Sul em desenvolvimento, mas também pode haver tensão Sul-Sul. Afinal, este tipo de relação também comporta elementos de horizontalidade/verticalidade e, para explorar esses elementos, faz-se uso das dualidades formal/material e meios/fins.

Esses são alguns exemplos de tensões dialéticas que se procura explorar. São situações nas quais os contrários estão em unidade intrínseca. Em suma, isso se explica no raciocínio de Sócrates narrado por Platão:

(...) de uma maneira geral, Sócrates insistia em fazer-lhes ver que o mesmo homem que sabe compor tragédias sabe também compor comédias, e que aquele que tem a arte do poeta trágico tem também a do poeta cómico.⁶

Do mesmo modo, aquele que coopera pode construir e pode destruir capacidades locais; pode promover, mas também pode obstaculizar o desenvolvimento; pode viabilizar independência do mesmo modo que pode perpetuar dependência; pode, enfim, transformar ou conservar.

⁶ PLATÃO. *O banquete*. Lisboa: Edições70, 2008, p. 100 (223 d).

PRIMEIRA PARTE

DA SOLIDARIEDADE À GARANTIA:

A CONFIGURAÇÃO JURÍDICA DE UM DEVER DE COOPERAÇÃO SANITÁRIA

*Uma certa dignidade
difícil. Não de atitude
ou gesto a premiar
nem de intuito cego
sem regras por que a ter
De nossos olhos
uma palheta irisa a fenda
que há nos céus sujos
da terra. Olhamos um ovo
um qualquer princípio de vida
assim hermético
em que mesmo a luz resvala
e só a imaginação, a melhor
compromete. Uma dignidade
de que ninguém nos fale alto.
Pressaga.⁷*

⁷ ALBA, Sebastião. Uma certa dignidade. In: APA, Livia; BARBEITOS, Arlindo; DÁSKALOS, Maria Alexandre (Orgs.). *Poesia africana de língua portuguesa: antologia*. Rio de Janeiro: Lacerda Editores, Academia Brasileira de Letras, 2003, p. 218.

Em que medida se configura um dever de cooperação sanitária? Responder a essa pergunta exige tomar a cooperação internacional sanitária estaticamente, o que implica analisar, por um lado, a sua arquitetura conceitual e, por outro, a sua localização no direito internacional positivo.

Na delimitação temática deste trabalho, a estrutura teórica é desenhada a partir dos direitos humanos e das relações internacionais, ao passo que a função jurídica é definida a partir da afirmação internacional do direito humano à saúde.

Assim, o primeiro capítulo pretende dar conta do marco teórico da pesquisa. Partindo da teoria dos direitos humanos, analisar-se-á a cooperação internacional como manifestação internacional do princípio ético da solidariedade. Esse fundamento contemporâneo é, então, confrontado com a teoria das relações internacionais. Após a compreensão de três categorias das relações internacionais – paradigmas hobbesiano-maquievélico, grociano e kantiano – é possível analisar criticamente o contraditório discurso da cooperação internacional.

O segundo capítulo, por sua vez, apresenta o direito positivo no qual a cooperação se desenha como um conceito jurídico. A análise do objeto de estudo – a cooperação sanitária – implica enfrentar o direito positivo referente aos seus dois elementos nucleares: a cooperação internacional e a saúde. Assim, pretende-se compreender em que medida o direito se ocupa tanto da saúde como da cooperação. Ver-se-á que a saúde, reconhecida como direito humano, exige que sejam repensados os mecanismos de efetivação do direito. Por seu turno, a cooperação, ainda que seja uma expressão de consenso no jogo diplomático, pode ser lida como uma nova garantia do direito humano à saúde, donde se extrai sua função garantidora de direitos.

Esses dois primeiros capítulos configuram um estudo *estático* da cooperação internacional, que é o objeto da primeira parte deste trabalho. Na segunda parte será proposto um estudo *dinâmico* do tema, com a análise da cooperação sanitária Sul-Sul realizada pelo Brasil, para, então, propor-se uma resposta ao problema da pesquisa, que é saber em que medida a cooperação internacional sanitária pode ser instrumento para a efetivação do direito humano à saúde no plano internacional entre países periféricos.

CAPÍTULO I

COOPERAÇÃO E SOLIDARIEDADE

*Mais, en fait, on pouvait dire à ce moment, au milieu du mois d'août, que la peste avait tout recouvert. Il n'y avait plus alors de destins individuels, mais une histoire collective qui était la peste et des sentiments partagés par tous.*⁸

Para perquirir em que medida a cooperação internacional é um instrumento jurídico para a efetivação do direito à saúde cumpre, inicialmente, definir os contornos teóricos que delimitam a abordagem da investigação. Este é o objetivo do presente capítulo. Para tanto, ele se divide em duas partes. Primeiro, busca-se na teoria dos direitos humanos uma compreensão do princípio da solidariedade (1), que permita compreender o conteúdo material do discurso da cooperação internacional. Essa compreensão é fundamental para o desenvolvimento da hipótese deste trabalho, de que a cooperação exerce a função de ser um meio para a efetivação de direitos – sendo que os direitos humanos são aqui compreendidos em dimensões complementares e de cunho universal.

⁸ CAMUS, Albert. *La peste*. Paris: Gallimard, 2008, p. 155.

Depois, procuram-se na teoria das relações internacionais as bases para uma proposição idealista (porque preocupada com a transformação da realidade), mas crítica (porque ocupada com a interpretação da realidade). Trata-se da análise do discurso e das contradições em torno da cooperação internacional, a partir de três paradigmas que permitem explicar a dinâmica das relações internacionais (2).

1. A SOLIDARIEDADE E OS DIREITOS HUMANOS

No início dos anos 1990, Norberto Bobbio sustentou que a afirmação de direitos humanos e sua declaração, ainda que formal, não bastam. Disse ele que o grande desafio seria o de efetivar esses direitos. O problema mais relevante teria deixado de ser *justificar* os direitos humanos e passado a ser *protegê-los*, ou seja, efetivá-los. Assim, o problema teria deixado de ser essencialmente filosófico e se tornado principalmente político⁹. José Reinaldo de Lima Lopes diverge da posição do italiano, afirmando que a tarefa de justificação dos direitos humanos é constante, assim como a sua reinterpretação, sendo tarefa do jurista realizar a justificação ativa dos direitos¹⁰.

A partir da constatação da realidade axiológica da humanidade, “os direitos humanos foram identificados com os valores mais importantes da convivência humana, aqueles sem os quais as sociedades acabam perecendo, fatalmente, por um processo irreversível de desagregação”¹¹. Assim, a tutela jurídica dos direitos humanos é a proteção institucionalizada dos valores mais caros à humanidade. Ou seja, os direitos humanos são representativos da *consciência ética coletiva*¹², de toda a humanidade. Admitir isso implica

⁹ BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992, p. 24.

¹⁰ LOPES, José Reinaldo de Lima. Direitos humanos e tratamento igualitário: questões de impunidade, dignidade e liberdade. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 15, n. 42, fev. 2000.

¹¹ COMPARATO, Fábio Konder. *A afirmação histórica dos direitos humanos*. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2004, p. 26.

¹² “É irrecusável, por conseguinte, encontrar um fundamento para vigência dos direitos humanos além da organização estatal. Esse fundamento, em última instância, só pode ser a consciência ética coletiva, a convicção, longa e largamente estabelecida na comunidade, de que a dignidade da condição humana exige o

aceitar a universalidade dos direitos humanos, sua irrevogabilidade e complementaridade solidária.

Diante de tamanha importância ética, o problema da efetivação dos direitos desdobra-se em duas perspectivas. A primeira é a da efetividade interna aos Estados. Os Estados têm o dever de promover e garantir o mínimo necessário à proteção da dignidade humana. Vale dizer, os Estados devem tutelar as liberdades civis e políticas, devem agir para promover os direitos sociais elementares (trabalho, saúde e educação) e devem proteger o ambiente para as futuras gerações.

Ocorre que o Estado, muitas vezes, ou se revela violador desses direitos, ou simplesmente incapaz de efetivá-los – o que também pode ser percebido como violação, só que por omissão. Por isso, há que se falar em uma segunda perspectiva da efetivação dos direitos humanos, internacional. Já existem algumas jurisdições internacionais de direitos humanos, mas sua competência é quase que exclusivamente devotada a apreciar violações de direitos humanos de primeira dimensão (grosso modo, os direitos civis e políticos). Quanto aos direitos de segunda dimensão (os direitos sociais) a jurisdição internacional é ainda incipiente.

Nos anos 1980, o professor Enrique Ricardo Lewandowski já notara que os direitos econômicos e sociais são menos protegidos pelo direito internacional do que os direitos individuais. Isso ocorre exatamente porque os direitos sociais necessitam do agir estatal e são, muitas vezes, considerados simples normas programáticas¹³. Entretanto, na literatura contemporânea sobre direitos sociais essa questão vem sendo superada, pois se percebe que a antiga dicotomia entre direitos individuais e direitos sociais incorria em uma generalização apressada, qual seja, a de crer que haveria uma gaveta para os direitos que exigiriam simples abstenção do Estado (direitos individuais) e outra gaveta para aqueles que demandariam o agir estatal (direitos sociais). Hoje já está claro que tanto os direitos individuais exigem, muitas vezes, o agir estatal, como, outras tantas, a abstenção do Estado

respeito a certos bens ou valores em qualquer circunstância, ainda que não reconhecidos no ordenamento estatal, ou em documentos normativos internacionais” – COMPARATO, op. cit., p. 59.

¹³ LEWANDOWSKI, Enrique Ricardo. *Proteção dos direitos humanos na ordem interna e internacional*. Rio de Janeiro: Forense, 1984, p. 177 e 178.

é necessária para a efetivação de direitos sociais¹⁴. Abramovich e Courtis sustentam que existem obrigações estatais comuns a ambas as categorias de direitos¹⁵.

Com efeito, o constitucionalismo atual rejeita a tese da eficácia limitada de normas que apenas declaram princípios programáticos, que seriam as normas programáticas. Aceitar tal ideia seria o mesmo que aceitar a possibilidade de reconhecimento de direitos sem garantias. Neste sentido, segundo Eros Roberto Grau, “ao aceitarmos, pacificamente, a existência de *direitos* sem *garantias*, alinhamo-nos, consciente ou inconscientemente, entre aqueles que concebem – inconsciente ou conscientemente, também – esteja a Constituição integrada por fórmulas vazias, desprovidas de valor jurídico”¹⁶. Este autor sustenta a aplicabilidade direta das normas ditas programáticas. Ele cita, ainda, outro tipo de norma, a norma-objetivo, que “não define nem conduta, nem organização”, mas sim “fins a serem alcançados, fixa objetivos”¹⁷. Exemplos desse tipo de norma são aquelas que aprovam políticas públicas, fixando metas. Com as *normas-objetivo*, “o Direito deixa de ser instrumento de conservação, podendo passar a cumprir papel ativo como agente de *transformação social*”¹⁸. Finalmente, Grau procura distinguir as normas-objetivo das programáticas. O critério para dizer se uma norma é de conduta, de organização ou de objetivo é o seu conteúdo, ao passo que o critério para definir se uma norma é programática é sua eficácia¹⁹. Essa distinção será importante, na segunda parte deste trabalho, quando se estiver interpretando os atos bilaterais de cooperação entre o Brasil e os países africanos de língua portuguesa.

Afinal, quando os acordos bilaterais – e seus ajustes complementares – contemplam *normas-objetivos*, eles trazem para o âmbito do Direito os projetos e programas de cooperação (com suas respectivas metas). Isso implica reconhecer a juridicização de políticas públicas no plano internacional e, por conseguinte, reconhecer a juridicidade da cooperação internacional.

¹⁴ ABRAMOVICH, Víctor; COURTIS, Christian. *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Madrid: Trotta, 2002, p. 21 et seq.

¹⁵ ABRAMOVICH; COURTIS. Op. cit., p. 20.

¹⁶ GRAU, Eros Roberto. *Direito, conceitos e normas jurídicas*. São Paulo: RT, 1988, p. 125-126.

¹⁷ GRAU. Op. cit., p. 132.

¹⁸ Ibid., p. 141.

¹⁹ Ibid., p. 150. Ademais, a nomenclatura *programática* é usada apenas para normas constitucionais, enquanto a nomenclatura *norma-objetivo* também tipifica normas infraconstitucionais – Ibid. p. 151.

Este, precisamente, é o cerne da presente tese – a cooperação é um instrumento do Direito para a efetivação dos direitos sociais. Não é apenas um instrumento de política internacional²⁰ ou de caridade. Sendo algo jurídico, a cooperação internacional tem uma função, qual seja, garantir direitos.

Recorde-se que existem vários níveis de proteção de direitos, o que inclui, obviamente, o direito à saúde. Os direitos podem ser protegidos em sua dimensão individual, em sua dimensão social e em sua dimensão transgeracional. Eles podem ser protegidos pelo Estado ou pelos particulares; por outros Estados ou mesmo por estrangeiros. Portanto, eles são tutelados interna ou internacionalmente. Podem, enfim, ser defendidos judicialmente, ou mesmo pela diplomacia.

A respeito dos diferentes níveis de proteção dos direitos sociais, Norberto Bobbio afirmou o seguinte:

Que fique claro, uma coisa é a pretensão, mesmo que justificada com os melhores argumentos, outra coisa é a sua satisfação. À medida que as pretensões aumentam, a sua proteção torna-se cada vez mais difícil. Os direitos sociais são mais difíceis de proteger do que os direitos de liberdade; a proteção internacional é mais difícil do que a proteção no interior do próprio Estado.²¹

Diante disso, a hipótese trabalhada na presente investigação é de que a cooperação internacional seja um instrumento para efetivação dos direitos humanos, especialmente os direitos sociais. Notadamente entre países pobres, a cooperação pode ser o único meio para a efetivação de direitos sociais que o Estado, sozinho, não tem condições de prover ao povo – seja por falta de recursos orçamentários, seja por falta de recursos humanos, seja por falta de tecnologia, seja porque, a despeito disso tudo, sejam direitos que exigem *a priori* um enfrentamento inter ou mesmo supranacional.

Diante desse quadro, propõe-se interpretar a cooperação internacional como prática do princípio ético da solidariedade, na sua dimensão internacional. Para tanto, adotar-se-á a sistematização dos princípios éticos proposta pelo professor Fábio Konder Comparato para explicar a cooperação no que ela tem, ou deveria ter, de essencial – a solidariedade (1.1). A seguir, serão abordados os direitos sociais no quadro teórico dos direitos humanos (1.2).

²⁰ A segunda parte deste Capítulo tratará do tema sob a ótica da teoria das relações internacionais – ver: Capítulo I, 2.1.

²¹ BOBBIO, Norberto. *Teoria geral da política: a filosofia política e as lições dos clássicos*. Rio de Janeiro: Campus, 2000, p. 483.

1.1. Um enquadramento teórico da solidariedade

Antes de analisar a solidariedade como cooperação internacional, é necessário estabelecer seu lugar como princípio ético. Princípios éticos são entendidos como os valores mais elevados que compõem a *consciência ética coletiva* da humanidade. Sob o ponto de vista jurídico, princípios são normas distintas das regras, mas não menos importantes. Essa distinção é feita, entre outros, por Robert Alexy²².

Para Alexy, *norma* é o significado de um *enunciado normativo*, ou seja, é o significado dos dispositivos das leis ou dos tratados. As normas podem ser *princípios* ou *regras*. Os princípios “são normas que ordenam que algo seja realizado na maior medida possível, dentro das possibilidades jurídicas e reais existentes”; portanto, implicam a otimização de um agir. Já as regras são normas que emitem uma ordem que pode ou ser cumprida, ou não o ser. Assim, se duas regras estiverem em conflito, ou se estabelece uma regra de exceção a uma delas, ou se declara a sua invalidade. Porém, se dois princípios colidirem, prevalecerá um deles, não porque haja a invalidade do outro, mas porque o prevalecente, naquele caso específico, tem maior peso perante a sociedade, ou seja, a questão aqui é valorativa e não propriamente de validade. Em casos distintos, sob diferentes circunstâncias, a colisão entre os mesmos princípios pode ter diversas soluções.

De acordo com este entendimento, é equivocado estabelecer uma classificação que distinga entre *normas* e *princípios*, de modo a considerar estes como algo *menos jurídico* que aquelas, e isso justamente porque os princípios estão contidos no conceito de norma. Por outro lado, deve-se, sim, distinguir entre *princípios* e *regras*, sendo que ambos são *normas*. Como *norma*, o *princípio* tem um efetivo lugar no direito, é aplicável e cogente. Essa noção proposta por Alexy²³ vai além da clássica visão de princípios como *analogia iuris*, acolhida por Norberto Bobbio²⁴, na tradição do positivismo jurídico.

²² Para os objetivos da presente investigação, adota-se a concepção deste autor, por ser instrumental para discutir a cooperação internacional à luz do valor da solidariedade.

²³ ALEXY, Robert. *Teoría de los derechos fundamentales*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1997, p. 51, 81-98.

²⁴ No contexto da teoria do ordenamento jurídico e do problema da sua completude diante da existência de lacunas, Bobbio afirma a importância dos princípios como formas de integração do ordenamento – BOBBIO, Norberto. *Teoria do ordenamento jurídico*. 10. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997, p. 160.

A referência ao conceito de princípio elaborado por Alexy não tem o fim de discutir a conceituação de princípio jurídico – digressão que se afastaria dos objetivos deste trabalho –, mas serve apenas para situar o que vem a seguir. A consequência da adoção desse conceito é considerar que os princípios são normas, portanto estão contidos no campo do dever-ser.

Dito isso, apresentar-se-á a sistematização dos princípios éticos proposta por Fábio Konder Comparato (1.1.1) e a seguir tratar-se-á do princípio da solidariedade especificamente (1.1.2).

1.1.1. A sistematização dos princípios éticos e a construção dos direitos humanos

Conforme leciona o professor Fábio Konder Comparato, os princípios éticos podem ser sistematizados em três níveis distintos. No círculo mais abrangente está a *dignidade* da pessoa, valor maior da convivência humana. A seguir, vêm os princípios da *verdade*, *justiça* e *amor*. A realização destes, enfim, exige outros quatro princípios, a saber, da *liberdade*, da *igualdade*, da *segurança* e da *solidariedade*. Todos esses princípios estão relacionados, pois “os valores superiores abrangem os inferiores, que existem como especificação daqueles”²⁵.

Na filosofia, na Antiguidade, o estoicismo sustentou a unidade moral do Homem e a dignidade humana. No período iluminista, Emmanuel Kant sustentou que o ser humano, por sua racionalidade, é um *fim* em si mesmo, sendo inadmissível considerá-lo *meio* para

O jusfilósofo italiano sustenta a existência de princípios *expressos* ou *não-expressos*; ambos no seu entender são importantes para a integração do ordenamento. Segundo ele, “ao lado dos princípios gerais expressos há os não expressos, ou seja, aqueles que se podem tirar por abstração de normas específicas ou pelo menos não muito gerais: são princípios, ou normas generalíssimas, formuladas pelo intérprete, que busca colher, comparando normas aparentemente diversas entre si, aquilo a que comumente se chama espírito do sistema” – BOBBIO, op. cit., p. 159. Percebe-se que Bobbio tem presente a noção de princípio como *analogia iuris* a ser promovida pelo intérprete que *compara* e busca normas *generalíssimas*. Já para Alexy, além da generalidade, há uma distinção de *qualidade* entre os *princípios* e as *regras*, mesmo que ambos sejam *normas*.

²⁵ COMPARATO, Fábio Konder. *Ética: direito, moral e religião no mundo moderno*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006, p. 509.

outro fim qualquer²⁶. A vida humana, portanto, não pode servir a interesse nenhum distante da sua preservação e dignidade.

Assim, a filosofia kantiana distingue as pessoas das coisas. Estas, sim, estão à disposição dos seres racionais para que eles concretizem os *fins* delineados por suas vontades racionais. As coisas, apenas elas, são *meios*. As pessoas (seres dotados de razão), ao contrário, são *fins* em si mesmas. Além de ser um *fim* em si próprio, o ser humano, por sua racionalidade, é dotado de *autonomia* para conduzir sua vida e tomar suas decisões²⁷.

A conjugação dessas ideias, ainda conforme Kant, exige que cada um aja de modo que suas ações sejam aplicáveis por todos, que ninguém aja de modo a prejudicar outrem e que cada um colabore com a busca da felicidade do outro. Portanto, Kant promove uma *oposição ética entre coisas e pessoas*. Essa oposição é também axiológica, pois parte do convencimento de que a vida e a dignidade humanas são valores mais elevados do que os outros aspectos da existência, por mais importantes ou imediatos que estes possam ser. Enfim, as coisas possuem valor relativo (preço), já a pessoa humana possui valor absoluto (dignidade)²⁸. Segundo José Reinaldo de Lima Lopes, essa premissa kantiana é fundamental para a teoria dos direitos humanos:

Com todas as enormes discussões que o ponto de vista kantiano pode suscitar, creio que, para a teoria dos direitos humanos, ele é até hoje fundamental. Sua implicação mais importante está numa antropologia da liberdade. A dignidade da pessoa está ligada à sua capacidade de agir humanamente, e agir de maneira humana é agir livremente, deliberando, escolhendo seus planos e seus fins.²⁹

Segundo o Professor Comparato, dignidade especifica-se, primeiramente, em *verdade, justiça e amor*. Brevemente, cumpre referir cada um desses princípios que o autor adjetiva de *cardeais*.

Quanto ao princípio ético da verdade, o professor Comparato³⁰ recupera a distinção entre a verdade grega e a semítica. A primeira é tributária do saber racional, filosófico. A segunda diz respeito à vida ética. A primeira influenciou e influencia o saber científico e a

²⁶ COMPARATO, Fábio Konder. *A afirmação histórica dos direitos humanos*. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2004, p. 20.

²⁷ COMPARATO. Op. cit., p. 21 a 24.

²⁸ COMPARATO. Op. cit., loc. cit.

²⁹ LOPES, José Reinaldo de Lima. Direitos humanos e tratamento igualitário: questões de impunidade, dignidade e liberdade. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 15, n. 42, fev. 2000.

³⁰ COMPARATO, Fábio Konder. *Ética: direito, moral e religião no mundo moderno*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006, p. 522 et seq.

mentalidade ocidental, que embora tenha contribuído para o bem estar da humanidade, também contribuiu para o mecanicismo e o individualismo contemporâneos. A segunda, contudo, propicia um juízo crítico da condição humana e, com isso, protege a dignidade da pessoa diante da possibilidade de vir a se tornar um *meio* a serviço de um fim qualquer. Não se trata de negar o sentido que os gregos deram à verdade, mas se trata de não permitir uma redução perversa do mais amplo significado do termo.

No que diz respeito ao princípio da justiça, o referido autor destaca sua dupla exigência, de que ações injustas deixem de ser praticadas e que ações justas sejam promovidas. Não basta dizer que “não devemos fazer aos outros o que não queremos que eles nos façam”³¹. É preciso postular por uma *justiça proporcional*, a qual “parte da desigualdade de fato entre os cidadãos, para estabelecer a igualdade de direito: os que possuem menos devem receber mais, quer dos outros, quer da coletividade”³². Do contrário, o vetusto adágio romano de *dar a cada um aquilo que é seu* assume a perversa tradução de dar aos ricos – cada vez mais – a riqueza e aos pobres, a pobreza.

O amor, por sua vez, ao distinguir-se da justiça, colabora para o seu constante aperfeiçoamento:

O amor é uma doação completa e sem reservas, não só das coisas que nos pertencem, mas da nossa própria pessoa. (...) Nessa perspectiva, o amor é o exato oposto da separação, própria da relação de justiça, entre o meu, o teu e o nosso. O *suum cuique tribuere* (dar a cada um o que é seu) da definição romana supõe, com efeito, o *meum retinere ac protegere*: guardar e defender o que é meu. Além disso, o dever de amar, ao contrário do de ser justo, não engendra direitos, isto é, exigências da parte de outrem. (...)

A grande função social do amor consiste, na verdade, em atuar como fator de permanente aperfeiçoamento da justiça. É o impulso constante no sentido de uma não-acomodação com as formas de justiça já existentes; a procura de uma ampliação ilimitada do princípio de dar a cada um o que a consciência ética sente como devido.³³

Essa percepção mais larga da verdade, como vida ética, da justiça, como distribuição proporcional às necessidades, e do amor, como doação para com o outro, contribuem para que as relações humanas se tornem mais solidárias. Essa visão mais abrangente de cada um desses três princípios cardeais permite, e ao mesmo tempo exige, o princípio da *solidariedade*. A cooperação internacional, pelo menos no que diz respeito às suas intenções, coaduna-se com esses valores, conforme será abordado mais adiante.

³¹ COMPARATO. Op. cit., p. 525.

³² COMPARATO. Op. cit., p. 527.

³³ COMPARATO. Op. cit., p. 533 e 534.

A dignidade da pessoa humana, compreendida através da verdade, da justiça e do amor, exige quatro outros postulados éticos, complementares aos primeiros, interdependentes e correlatos entre si. Tratam-se dos princípios da liberdade, da igualdade, da segurança e da solidariedade.

Na Antiguidade, a liberdade era percebida como uma virtude política do homem, tinha conotação pública e propiciava o direito/dever de o cidadão tomar parte na condução da *pólis*. Distintamente, a modernidade concebeu-a como um escudo a proteger o indivíduo contra o poder do Estado³⁴. Essa acepção moderna da liberdade é que foi emprestada à primeira dimensão dos direitos humanos, que consolidou os deveres de abstenção do Estado para a proteção da esfera privada do indivíduo.

Essa liberdade frente ao Estado coloca todos os homens em formal igualdade. Ocorre que a realidade social é de desigualdade econômica e cultural. E a desigualdade real, se não for enfrentada pelo Estado, reproduz a miséria de muitos em nome da liberdade de alguns – o que implica evidente desrespeito à dignidade humana, de que dá prova o capitalismo apátrida e o consumo de massa. Por outro lado, a igualdade perseguida sem nenhum respeito à esfera privada produz o seu oposto – produz desigualdade, como demonstraram as experiências totalitárias do socialismo real e a elitização dos dirigentes de um partido único.

Isso sugere, à primeira vista, uma aparente oposição entre liberdade e igualdade. Aparente. Afinal, sob a luz da ética, está-se diante de dois valores complementares que se exigem mutuamente. Recorde-se que os princípios éticos traduzem aspirações humanas inalcançáveis em sua plenitude, mas permanentemente buscadas.

Com efeito, os valores possuem as características da *realizabilidade*, que significa a possibilidade de efetivarem-se na prática, da *inexauribilidade*, no sentido de que são vetores para um constante aperfeiçoamento, e da *preferibilidade*, que permite o seu arranjo

³⁴ COMPARATO. Op. cit., p. 538.

hierárquico³⁵. Tais princípios são, por isso, *mandamentos de otimização*³⁶, estão no campo do dever-ser e são baliza para todo o ordenamento jurídico.

A recíproca dependência entre igualdade e liberdade pode ser focada de duas maneiras. Pelas lentes do liberalismo, a livre iniciativa produziria naturalmente a igualdade entre os homens ao estimular que cada um superasse a si mesmo e aos demais na arena da livre concorrência. A história, porém, tem provado o oposto. Tem provado que o mercado não é conduzido por uma mão *invisível*; ao contrário, ela é bem visível e brande um relho.

A outra forma de encarar a reciprocidade entre igualdade e liberdade percebe a primeira como uma condição para a existência da segunda, e não como sua natural consequência. Sob esse ponto de vista, a igualdade deve ser promovida pelo Estado, porque só pela igualdade se promove a liberdade. Aqui, está-se na seara das políticas públicas³⁷ para a promoção dos direitos sociais.

O Estado é responsável pela promoção da igualdade, mas também o é com relação à liberdade. Nesse sentido leciona o professor Comparato, quando afirma que “pela sua íntima relação com a igualdade, percebe-se que a liberdade, tal como esta, nunca é um dado natural, mas algo de construído pelo homem”³⁸. Aliás, a afirmação da *complementaridade solidária* entre os direitos humanos individuais e sociais dá testemunho de que sua construção é conjunta, através da democracia, sempre pela dignidade humana.

³⁵ LAFER, Celso. A importância do valor justiça na reflexão de Miguel Reale. In: LAFER, Celso; FERRAZ JR., Tércio Sampaio. *Direito, política, filosofia, poesia: estudos em homenagem ao Professor Miguel Reale no seu octogésimo aniversário*. São Paulo: Saraiva, 1992, p. 232-233.

³⁶ COMPARATO, Fábio Konder. *Ética: direito, moral e religião no mundo moderno*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006, p. 511.

³⁷ O conceito de política pública “désigne les interventions d’une autorité investie de puissance publique et de légitimité gouvernementale sur un domaine spécifique de la société ou du territoire (...) Ces interventions peuvent prendre trois formes principales : les politiques publiques véhiculent des contenus, se traduisent par des prestations et génèrent des effets” – BOUSSAGUET, Laurie ; JACQUOT, Sophie ; RAVINET, Pauline (Orgs.). *Dictionnaire des politiques publiques*. 2. ed. Paris: Presses de Science Po, 2006, p. 328.

³⁸ COMPARATO, Fábio Konder. *Ética: direito, moral e religião no mundo moderno*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006, p. 555. Na mesma página se lê: “Um estado crônico de desigualdade social não é superado a não ser mediante um programa de políticas públicas de longo prazo, que obedeçam ao princípio da justiça geométrica ou proporcional, de que falaram Platão e Aristóteles: ou seja, tratar desigualmente os desiguais, na exata medida de sua desigualdade. E isso só pode ser feito pelos que detêm o poder político, e dispõem dos meios necessários para impor suas decisões aos ricos e poderosos” – Ibidem, loc. cit.

Portanto, a aparente oposição entre igualdade e liberdade deve ceder à conjunção entre ambas. Ainda no quadro teórico de sistematização dos princípios éticos, proposto por Comparato, essa conjunção é possível graças a dois outros princípios – da segurança e da solidariedade.

Como visto, a liberdade traduz-se tanto no direito/dever de participar da vida política, como na proteção diante da força estatal. Ocorre que a liberdade também se traduz na necessidade de manter livres os homens, contra as próprias ações humanas³⁹. Assim, para preservar a liberdade é imperioso um compromisso ético com a segurança. Mas esta, se for reduzida à segurança do indivíduo, será incompleta. Há, também, uma dimensão social da segurança, que se refere à *seguridade social* e, no caso brasileiro, engloba a previdência social, a assistência social e a saúde.

Ademais, a igualdade só é autêntica quando o combate à *desigualdade social* respeita as *diferenças humanas*. Para que o agir do Estado, em prol da diminuição das desigualdades, mantenha firme o respeito às diferenças, novamente, o prumo é a segurança⁴⁰.

Ocorre que a segurança não deve ser tomada como uma finalidade em si mesma, pois se a segurança *individual*, ou a segurança *jurídica*, forem tomadas como fins em si mesmas, isso passa a justificar a suspensão de direitos e garantias fundamentais e ameaça, principalmente, a liberdade. O mesmo perigo se verifica caso a segurança *social* seja perseguida a qualquer custo. O contrapeso necessário, para impedir que a segurança derrube todo o edifício dos princípios éticos é a solidariedade, o que será tratado logo a seguir. Em suma, ainda na pena do mestre:

liberdade, igualdade e segurança encontram-se, pela sua própria essência, numa relação de implicação recíproca, e só podem existir e prosperar no quadro de um altruísmo solidário – e aí vai o quarto princípio –, por força do qual todos se respeitam e se ajudam, como partes integrantes de um mesmo organismo vivo, segundo os ditames da verdade, da justiça e do amor.⁴¹

³⁹ Recorde-se o desafio hercúleo proposto por Rousseau. A partir da constatação de que, embora nasça livre, o homem vive limitado em sua liberdade, o filósofo apresenta o desafio humano de, embora entregando a liberdade, tornar-se mais livre do que antes, na sociedade organizada em Estado – ROUSSEAU, Jean-Jacques. Do contrato social. In: *Do contrato social; Ensaio sobre a origem das línguas; Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens; Discurso sobre as ciências e as artes*. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978. p. 15-145.

⁴⁰ COMPARATO, Fábio Konder. *Ética: direito, moral e religião no mundo moderno*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006, p. 571 a 574.

⁴¹ COMPARATO. Op. cit., p. 537.

Neste mesmo sentido há que ser interpretado o artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948, o qual afirma que “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade”. Enfim, para que todos esses princípios, sistematizados por Comparato, se efetivem no plano político, é necessário o respeito a dois princípios da organização do poder do Estado. Ainda conforme o citado⁴² autor, trata-se de respeitar o princípio *republicano* e o princípio *democrático*.

1.1.2. A solidariedade como princípio ético

Solidariedade implica despir-se de preconceitos e interesses particulares, em prol de interesses coletivos que atinem a toda a sociedade, *in solidum*. Trata-se, por isso, da permanente busca pelo bem comum. É em busca do bem comum que se deve promover a igualdade, a liberdade e a segurança. Nesse sentido, Comparato leciona o seguinte, sobre a solidariedade.

Ela é o fecho de abóbada do sistema de princípios éticos, pois complementa e aperfeiçoa a liberdade, a igualdade e a segurança. Enquanto a liberdade e a igualdade põem as pessoas umas diante das outras, a solidariedade as reúne, todas, no seio de uma mesma comunidade. Na perspectiva da igualdade e da liberdade, cada um reivindica o que lhe é próprio. No plano da solidariedade, todos são convocados a defender o que lhes é comum. Quanto à segurança, ela só pode realizar-se em sua plenitude quando cada qual zela pelo bem de todos e a sociedade pelo bem de cada um dos seus membros.⁴³

Ainda conforme o mesmo autor, o princípio da solidariedade se realiza tanto nacionalmente (a) como internacionalmente (c), além de atuar intergeracionalmente (b).

a. A solidariedade nacional

Nacionalmente, a solidariedade se traduz nos direitos sociais e no modelo do Estado Social. As constituições do México de 1917 e de Weimar de 1919 inauguraram a, assim conhecida, segunda dimensão dos direitos humanos.

⁴² COMPARATO. Op. cit., p. 615 et seq.

⁴³ COMPARATO. Op. cit., p. 577.

Norberto Bobbio afirmou que os direitos humanos passaram por um processo de *progressiva extensão*. Primeiro, ampliaram-se os próprios direitos de liberdades, houve o reconhecimento dos direitos políticos e, finalmente, o surgimento dos direitos sociais. No seu dizer “a terceira e mais incisiva extensão é aquela que introduziu os direitos sociais, e assim transformou o Estado democrático e liberal em Estado democrático e social”⁴⁴. A percepção de que essa nova vaga de direitos transformou o próprio Estado significa o compromisso assumido por este de promover a solidariedade. Trata-se, sem dúvida, de uma necessária reação contra o individualismo da modernidade. Nesse sentido, o professor Comparato destaca que “o titular desses direitos não é o ser humano abstrato”, mas sim “o conjunto dos grupos sociais esmagados pela miséria, pela doença, pela fome e pela marginalização”⁴⁵.

O Estado capitalista, transformado em Estado de Bem-Estar, ou já está em crise, como nos países desenvolvidos, ou sequer saiu do papel, como nos países em desenvolvimento. Ao mesmo tempo em que fracassam as tentativas de realização da solidariedade nacional, o problema se desdobra em duas desafiadoras dimensões: a intergeracional e a internacional.

Essa reflexão sobre a solidariedade faz recordar a imagem de uma cidade que enfrenta a peste de portões cerrados, fazendo prisioneiros os próprios cidadãos e atando-os todos ao mesmo destino. Assim como na obra de Camus, referida na epígrafe deste capítulo, no mundo contemporâneo a humanidade toda pode vir a se perceber encerrada em um planeta doente.

b. A solidariedade intergeracional

Na perspectiva intergeracional, o princípio ético da solidariedade está ligado à percepção de que todos seres humanos somos solidários com relação ao futuro do planeta. Ricos ou pobres, cidadãos de países do Norte ou do Sul, todos já sentimos as consequências da degradação ambiental, por exemplo. Então, toda a humanidade – inclusive as gerações futuras – fica em igualdade de condições. Ser abastado, ser desta ou

⁴⁴ BOBBIO, Norberto. *Teoria geral da política: a filosofia política e as lições dos clássicos*. Rio de Janeiro: Campus, 2000, p. 482.

⁴⁵ COMPARATO, Fábio Konder. *Ética: direito, moral e religião no mundo moderno*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006, p. 579.

daquela etnia, ser deste ou daquele país, tudo isso faria pouca ou nenhuma diferença diante de um colapso ambiental global.

Nesse passo, a preocupação com o bem estar das futuras gerações é eticamente informada pelo princípio da solidariedade. François Ost, por exemplo, percebe o problema ambiental como um problema ético, cuja questão central se refere à relação que o ser humano mantém com a natureza. A solução apontada por Ost implica considerar a natureza um bem que, por um lado, deve ser preservado solidariamente pela humanidade, e por outro, há de ser solidariamente usufruído por ela, tanto pelas presentes como pelas futuras gerações⁴⁶.

Trata-se de promover a justiça social, expressão que ajuda a compreender o conteúdo ético do princípio da solidariedade. A perspectiva intergeracional deste princípio mostra que a diminuição das desigualdades sociais é um desafio maior do que se imagina, porque implica ser responsável pelo que acontecerá com os seres humanos que ainda não nasceram. O problema é que isso significa aumentar as obrigações do Estado que já não dá conta das tarefas que tem – pois ele passa a ter que assegurar o bem-estar das gerações futuras no exato momento em que se mostra incapaz de proteger as gerações presentes. Resta um terceiro desafio, que talvez seja a solução para os dois primeiros problemas – a dimensão internacional do princípio ético da solidariedade.

c. A solidariedade internacional

Internacionalmente, a solidariedade se desenvolve a partir da criação das Nações Unidas, no Pós-II Guerra Mundial. Essa dimensão do princípio da solidariedade fundamenta o ideal de cooperação internacional, para promover o desenvolvimento⁴⁷ e

⁴⁶ François Ost sustenta que a crise ecológica não está apenas na destruição dos recursos ambientais finitos sem a sua necessária reposição ao ambiente. Muito além disso, e bem mais profunda, a crise está na própria relação humana com a natureza. Em dúvida com relação ao que o *vincula* à natureza, bem como no que diz respeito aos seus *limites* diante dela, o ser humano ora a trata como mero *objeto*, ora como absurdo *sujeito* das suas relações jurídico-econômicas. Entre esses dois extremos antitéticos e reciprocamente equivocados, François Ost procura uma síntese, a que chama *natureza-projeto*: pela perspectiva da justiça o autor desenha um especial direito intergeracional. Ost então chega ao problema ético de saber “o que fazemos da natureza e o que ela faz de nós”. A resposta que o utilitarismo capitalista tem dado a essa questão é, literalmente, destruidora – OST, François. *A natureza à margem da lei: a ecologia à prova do direito*. Lisboa: Piaget, [1997].

⁴⁷ “É no sentido [do] processo de permanente otimização da vida em sociedade, que deve ser entendida a noção de desenvolvimento nacional ou mundial. Ele se orienta, sempre, em função de três objetivos

para efetivar direitos sociais que os Estados⁴⁸, sozinhos, são incapazes de garantir aos nacionais e estrangeiros em seus territórios. Nos próximos capítulos, o estudo da cooperação internacional, especialmente da cooperação sanitária, a reconhece como prática do princípio ético da solidariedade, para efetivação do direito humano à saúde.

A solidariedade no plano global impõe-se, entre outras razões, por força de uma significativa alteração sentida especialmente nesta passagem de século: o poder de destruição não está mais apenas com as grandes potências, mas está em toda parte. Neste sentido é significativo o seguinte trecho, de Carlos Lopes:

O que nos faz ter a sensação de vivemos um momento paradigmático é o fato de o poder enorme de destruição já não ser privilégio dos mais fortes. O terrorismo contemporâneo introduziu o medo nas sociedades ocidentais e universalizou a insegurança humana para os territórios protegidos: cidades, subúrbios de classe média, ou países ricos. Em vez da inspiração iluminista de uma sociedade mais integrada, ou das promessas do socialismo ou da socialdemocracia de uma sociedade mais igualitária, repartindo os serviços de um Estado-providência, estamos perante a civilização do medo. O medo como consequência direta da distribuição desigual e da concentração de riqueza sem precedentes.⁴⁹

De acordo com essa visão, as novas preocupações de segurança internacional (terrorismo) não estão dissociadas das iniquidades econômicas existentes no globo. Com efeito, a cooperação internacional é vista como um meio de apaziguar as sociedades desfavorecidas economicamente, o que refletiria maior segurança para os países ricos, financiadores da cooperação. Assim, a solidariedade internacional pode ter entre seus motivos o interesse *higiénico* dos países ricos de manter a pobreza em paz, sem colocar em risco a segurança no Norte. Esta inflexão crítica não pode ser generalizada, mas tampouco desconsiderada. Afinal, o novo século já assistiu a grandes episódios de violência que não se deram em contexto de guerras (o 11 de setembro em Nova Iorque e o 11 de março em Madrid), os quais redimensionaram a segurança internacional a partir do terrorismo, que escapa à lógica tradicional dos conflitos entre soberanias. As novas prioridades estabelecidas a partir destes eventos de certa forma limitaram a cooperação, assim como pautaram novas condicionalidades à ajuda externa. De todo modo, a experiência da

fundamentais: o crescimento econômico sustentável, a equalização das condições básicas de vida para todos e a participação efetiva do povo nas grandes decisões políticas”. COMPARATO, Fábio Konder. *Ética: direito, moral e religião no mundo moderno*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006, p. 621.

⁴⁸ A partir da afirmação dos direitos sociais, “a função primordial do Estado já não é apenas a edição de leis, ou seja, a fixação de balizas de conduta, como pensaram os autores clássicos, mas também, e sobretudo, a realização de políticas públicas ou programas de ação governamental, em todos ou níveis e setores”. COMPARATO. Op. cit., p. 676.

⁴⁹ LOPES, Carlos. *Cooperação e desenvolvimento humano: a agenda emergente para o novo milênio*. São Paulo: UNESP, 2005, p. 24.

insegurança global poderia fomentar a percepção da unidade da comunidade humana, refletindo-se em solidariedade, e não em mais conflito.

Em um mundo *aterrorizado*, é difícil sustentar um discurso de solidariedade e de cooperação, ao invés de recrudescer a desconfiança, a intolerância e a xenofobia. Não obstante isso, o aumento das desigualdades e a perpetuação do sofrimento humano pela ausência das mínimas condições de vida digna em um mundo em vertiginoso aperfeiçoamento tecnológico é algo que não se pode aceitar.

A frágil certeza de que existe um conteúdo para o substantivo *humanidade* dá motivo para uma proposição idealista diante de uma leitura realista da atualidade. É neste sentido que, mais adiante, o tema da cooperação internacional, à luz do princípio da solidariedade, será relacionado com os diferentes paradigmas das relações internacionais, que vão do realismo hobbesiano até o universalismo kantiano, passando pelo internacionalismo grociano. Antes disso, contudo, cumpre apresentar os direitos sociais no quadro dos direitos humanos, para perceber que a dimensão social dos direitos exige e, ao mesmo tempo, reconhece a solidariedade entre as pessoas e entre os povos.

1.2. Os direitos sociais no quadro dos direitos humanos

Ao analisar o fundamento dos direitos humanos, Norberto Bobbio afirma que não há como sustentar um fundamento único e absoluto, entre outras razões, porque os direitos humanos são uma construção histórica de importantes nuances. No seu entender “não existem direitos fundamentais por natureza. O que parece fundamental numa época histórica e numa determinada civilização não é fundamental em outras épocas e outras culturas”⁵⁰. Uma vez que são direitos historicamente relativos, os direitos humanos articulam valores que, se forem considerados de maneira absoluta, acabam por impedir a efetivação uns dos outros. Veja-se, por exemplo, que muitos defensores dos valores liberais relutaram em ceder espaço aos direitos sociais⁵¹. É nesse sentido que Bobbio

⁵⁰ BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992, p. 19.

⁵¹ Nas suas palavras: “historicamente, a ilusão do fundamento absoluto de alguns direitos estabelecidos foi um obstáculo à introdução de novos direitos, total ou parcialmente incompatíveis com aqueles. (...) a

afirma que os valores mais profundos traduzidos em direitos humanos são antinômicos. Isso exige que não se procure por um único e absoluto fundamento, mas que se perceba que a cada caso concreto há diversos fundamentos possíveis⁵². Para o pensador italiano, o fundamento do direito está nos valores, em diversos valores, e não em um único e absoluto valor.

Dito isso, para analisar o substrato axiológico da tutela jurídica dos direitos humanos é importante perceber que o conteúdo valorativo do Direito, e especialmente dos direitos humanos, é um produto histórico da evolução do pensamento filosófico. Mais precisamente, trata-se da evolução do pensamento filosófico ocidental.

A partir do momento em que o ser humano toma a si próprio como objeto de reflexão, estão abertas as portas para a filosofia e para a compreensão de que ele é um ser dotado de liberdade e razão. O fato de que cada pessoa possui esses atributos de ser livre e racional implica uma igualdade essencial. Essa ideia de uma *igualdade essencial* entre todos os seres humanos tem sido construída desde o período axial da Antiguidade⁵³ (séculos VIII a II a.C.). Foram necessários séculos para que o ser humano percebesse que essa igualdade essencial abrangia também os *bárbaros*, o *outro*, o *estrangeiro*. Igualmente, com o tempo começaram a cair as discriminações contra os menos abastados, as mulheres, os negros, os índios, os colonizados. Todavia, embora a humanidade tenha se convencido filosoficamente dessa igualdade, isso não se traduz, automaticamente, na ausência de discriminações. Ao contrário, a implementação do direito à igualdade, e dos demais direitos humanos, é um imenso e permanente desafio. Afinal, se existe a igualdade de essência da pessoa, então se pode pensar em direitos comuns a todos os humanos, direitos universais.

Na teoria dos direitos humanos, a pulsão pela igualdade inaugura o capítulo dos direitos sociais. A seguir, tais direitos serão enfrentados sob uma dupla perspectiva: primeiro, a universalista e abrangente visão dos direitos humanos (1.2.1); depois, um enfoque brasileiro (1.2.2).

oposição quase secular contra a introdução dos direitos sociais foi feita em nome do fundamento absoluto dos direitos de liberdade. O fundamento absoluto não é apenas uma ilusão; em alguns casos, é também um pretexto para defender posições conservadoras”. BOBBIO. Op. cit., p. 22.

⁵² BOBBIO. Op. cit., p. 24.

⁵³ COMPARATO, Fábio Konder. *A afirmação histórica dos direitos humanos*. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2007, p. 8-12.

1.2.1. Perspectiva universalista

Tema essencialmente histórico, os Direitos Humanos se construíram em diferentes *gerações*, ou *dimensões*⁵⁴. É possível identificar, seguramente, três⁵⁵ dimensões que surgiram sucessivamente, mas que não se substituem, não mitigam as anteriores, tampouco são separáveis. Ao contrário, as três dimensões dos direitos fundamentais convivem de modo interdependente e suas distinções impõem aos Estados, e aos intérpretes das constituições, um mesmo e imenso desafio, o desafio do *humanismo*.

A primeira dimensão se insere no contexto do iluminismo e das revoluções burguesas do século XVIII. Ela corresponde, *tout court*, à reivindicação pelas liberdades públicas e pelos direitos políticos, com uma diminuição da interferência do Estado na esfera privada no indivíduo.

À segunda dimensão, por sua vez, correspondem as reivindicações proletárias por intervenção estatal para a realização dos direitos sociais e por legislações protetivas aos pobres e hipossuficientes. Esta dimensão, que tem raízes no século XIX, se efetivou notadamente a partir da segunda década do século XX, tendo como marcos inaugurais as constituições do México (1917) e de Weimar (1919). Os direitos econômicos e sociais se traduzem no agir estatal, através de programas de ação governamental e de políticas públicas.

Finalmente, à terceira dimensão de direitos humanos corresponde o contexto da globalização e o enfrentamento de desafios globais, que implicam direitos intergeracionais sem titulares definidos, como o direito ao meio ambiente sadio e equilibrado, a autodeterminação dos povos e o direito à paz, entre outros. Essa dimensão reordena, no

⁵⁴ O termo *geração*, utilizado por Bobbio, tem sido substituído pelo termo *dimensão*. Tem-se preferido o termo *dimensão* porque o uso do termo *geração* poderia sugerir, equivocadamente, a sucessão entre os direitos ou a supremacia de alguns sobre os demais, o que não ocorre. Ver: BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992, p. 5-10. Ver, ainda: CANOTILHO, José Joaquim Gomes. Op. cit., p. 308-381; SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001, p. 49; BONAVIDES, Paulo. *Curso de direito constitucional*. 9. ed. São Paulo: Malheiros, 2000, p. 525.

⁵⁵ Alguns autores referem uma quarta dimensão. No entender de Paulo Bonavides, estes direitos seriam afirmados em função da “globalização política na esfera da normatividade jurídica” e poder-se-iam citar os direitos à democracia, à informação e ao pluralismo. BONAVIDES, Paulo. *Curso de direito constitucional*. 9. ed. São Paulo: Malheiros, 2000, p. 524.

tempo, a compreensão dos direitos/deveres e até dos sujeitos desses direitos/deveres, os quais sequer são nascidos.

Bobbio leciona que “o nascimento, e agora também o crescimento, dos direitos do homem são estreitamente ligados à transformação da sociedade, como a relação entre a proliferação dos direitos do homem e o desenvolvimento social o mostra claramente”⁵⁶. Tanto as transformações sociais, como as inovações técnicas, criam novas exigências sociais que dão origem a novos direitos⁵⁷. Aliás, “a conexão entre mudança social e mudança na teoria e na prática dos direitos fundamentais sempre existiu; o nascimento dos direitos sociais apenas tornou essa conexão mais evidente, tão evidente que agora já não pode ser negligenciada”⁵⁸.

No plano internacional⁵⁹, a Declaração Universal de 1948 reuniu os direitos humanos de primeira e segunda dimensões. Entretanto, os Pactos de 1966 aparentemente apartaram os direitos civis e políticos dos direitos econômicos, sociais e culturais. O tratado voltado aos direitos de primeira dimensão previu um sistema de monitoramento mais elaborado que o pacto sobre direitos econômicos, sociais e culturais. Este outro tratado, voltado aos direitos de segunda dimensão, compromete os Estados apenas a uma *progressiva* efetivação dos direitos que estabelece, na medida das possibilidades destes países. Diversamente, o tratado sobre direitos civis e políticos refere a auto-aplicabilidade dos direitos, que repercute no direito de petição.

No Pacto sobre direitos civis e políticos os Estados se comprometem a *garantir* os direitos ali estabelecidos, ao passo que no Pacto sobre direitos econômicos, sociais e culturais os Estados se comprometem a *adotar medidas* para efetivar *progressivamente* os direitos que este tratado estabelece⁶⁰. Hoje, contudo, a interpretação doutrinária é no

⁵⁶ BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992, p. 73.

⁵⁷ BOBBIO. Op. cit., p. 76.

⁵⁸ BOBBIO. Op. cit., p. 77.

⁵⁹ Ver, a seguir, Capítulo II, 1.1.1, que abordará os mais importantes documentos internacionais de direitos humanos ora vigentes, inclusive a Declaração de 1948 e os Pactos de 1966.

⁶⁰ Basta comparar o art. 2º de um e outro instrumento. Segundo leciona Flávia Piovesan: “enquanto os direitos civis e políticos são auto-aplicáveis, na concepção do Pacto os direitos sociais, econômicos e culturais são programáticos. São direitos que demandam aplicação progressiva, já que não podem ser implementados sem que exista um mínimo de recursos econômicos disponível, um mínimo *standard* técnico-econômico, um mínimo de cooperação econômica internacional; especialmente, não podem ser implementados sem que representem efetivamente uma prioridade na agenda política nacional. Para o Pacto, a implementação progressiva dos direitos sociais, econômicos e culturais reflete o reconhecimento de que a

sentido de superar essa pretensa primazia dos direitos de primeira dimensão. Neste sentido, segundo Flávia Piovesan:

Acredita-se que a idéia da não-acionabilidade dos direitos sociais é meramente ideológica e não científica. É uma pré-concepção que reforça a equivocada noção de que uma classe de direitos (os direitos civis e políticos) merece inteiro reconhecimento e respeito, enquanto outra classe (os direitos sociais, econômicos e culturais), ao revés, não merece qualquer reconhecimento.⁶¹

A mesma autora afirma, ainda, que:

sob a ótica internacional, está definitivamente superada a concepção de que os direitos sociais, econômicos e culturais não são direitos legais. Os direitos sociais, econômicos e culturais são autênticos e verdadeiros direitos fundamentais. Integram não apenas a Declaração Universal e o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, como ainda inúmeros outros tratados internacionais.⁶²

Em 1993, em Viena, na Conferência Mundial de Direitos Humanos, afirmou-se na esfera internacional a complementaridade solidária entre as dimensões de direitos humanos. A afirmação dessa complementaridade superou a aparente dicotomia entre direitos individuais e sociais, equívoco que fora apresentado ao mundo pela Guerra Fria. Hoje, não se pode negar uma geração de direitos em prestígio de outra. A Declaração de Viena consagrou a *universalidade* dos direitos humanos. Consagrou, ainda, a interdependência entre *democracia, desenvolvimento e direitos humanos*⁶³.

A esquematização das três dimensões pressupõe que os direitos humanos são uma conquista ética de toda humanidade que não exclui as etapas anteriores, mas as redimensiona, proibido o retrocesso. Assim, um mesmo direito pode ter sua dimensão individual, sua dimensão social (de solidariedade dentro de uma mesma sociedade) e sua dimensão de solidariedade intergeracional e global. Aliás, a dicotomia entre direitos individuais e direitos sociais está em xeque, particularmente desde a obra de Abramovich e Courtis. Segundo os autores, a classificação é ordenatória e, no limite, arbitrária⁶⁴, por exemplo quando se discute o direito de greve ou o direito de associação sindical, bem

realização integral e completa desses direitos, em geral, não se faz possível em um curto período de tempo” – PIOVESAN, Flávia. *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. 7ª ed. São Paulo: Saraiva, 2006, p. 169-170.

⁶¹ PIOVESAN. Op. cit., p. 174.

⁶² PIOVESAN. Op. cit., p. 172.

⁶³ Cfr. LINDGREN ALVES, José Augusto. *Os direitos humanos como tema global*. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003, p. 137-144.

⁶⁴ ABRAMOVICH, Víctor; COURTIS, Christian. *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Madrid: Trotta, 2002, p. 27.

como a transformação que o direito do consumidor operou no direito dos contratos e, consequentemente, na interpretação da liberdade de contratar.

A propriedade é um perfeito exemplo de um direito que possui as três dimensões. Na sua dimensão individual, herdada do iluminismo e do liberalismo modernos, a propriedade é direito que o indivíduo tem *erga omnes*, contra o Estado, inclusive. Na dimensão social, a propriedade só pode ser exercida se for respeitada sua função social, o que permite radical alteração nos julgados das ações possessórias, por exemplo. Na sua dimensão global e intergeracional, a propriedade é entendida como patrimônio comum de toda humanidade, o que ocorre com o alto mar e com o espaço cósmico. Note-se que as três dimensões do direito de propriedade são reconhecidas pelo direito positivo⁶⁵ e estabelecem uma relação de complementaridade, não de oposição.

Portanto, parece mais correto falar não em direitos de distintas dimensões, mas sim falar em dimensões de um mesmo direito. Por exemplo, não existem três direitos de propriedade, um de primeira, outro de segunda, e outro ainda de terceira dimensão. Existem, sim, três dimensões indissociáveis e complementares de um mesmo direito de propriedade. Aliás, a utilização dos ordinais (primeira, segunda e terceira) para qualificar as dimensões tampouco parece apropriada. Para não sugerir equivocada hierarquia, que não existe, é de todo dispensável a enumeração. Basta referir a dimensão individual, a dimensão social ou a dimensão intergeracional/global de determinado direito. Inclusive, é precisamente para evitar o equívoco da hierarquização de direitos que a doutrina tem abandonado o uso do termo *geração* e tem preferido o vocábulo *dimensão* de direitos.

Deste modo, a classificação das dimensões de direitos deixou de ser *estruturante* e se tornou *funcional*. A consequência disso é, forçosamente, o reconhecimento da exigibilidade dos direitos sociais, econômicos e culturais. Porém, a afirmação do contrário ainda ocorre quando se assume uma postura conservadora e estritamente positivista.

⁶⁵ No direito brasileiro a propriedade é direito fundamental no *caput* do art. 5º da Constituição Federal, que reconhece tanto sua dimensão individual (inc. XXII) como sua dimensão social (inc. XXIII). A terceira dimensão do direito de propriedade também está contida no ordenamento jurídico pátrio, por meio da Convenção de Montego Bay sobre direito do mar, de 1982, e do Tratado sobre princípios reguladores das atividades dos Estados na exploração e uso do espaço cósmico, inclusive a Lua e demais corpos celestes, de 1967.

A presente tese tem como premissa a interpretação dos direitos humanos para além da conservadora partição estruturalista das dimensões. Não é a estrutura que distingue os direitos individuais dos sociais, mas é a sua função. Assim, a categoria de direitos humanos é una, e esses direitos ora assumem a função de proteger o indivíduo, ora a de tutelar a sociedade, ora a de resguardar as futuras gerações.

É ao Estado que cabe, em primeiro lugar, realizar a função social dos direitos, pois o Estado é o grande consenso que existe, em dada sociedade, sobre os desígnios dela mesma. Ao abandonar a autotutela e acatar a heteronomia por meio do Estado, o indivíduo, agora cidadão, fica com a esperança formulada por Rousseau – de ser mais livre do que antes de entregar sua liberdade ao Estado por meio do contrato social – e com o dever socrático de respeitar as leis. O Estado, por sua vez, tem o direito de representar os cidadãos, não mais súditos, e o dever de fazer respeitar o direito vigente para todos, inclusive para o próprio Estado. É precisamente neste último aspecto que a compreensão funcional leva vantagem sobre a percepção estruturalista: o Estado fica proibido de negligenciar no cumprimento dos direitos sociais sob aquela falsa ideia de que direitos sociais seriam menos *direito* do que os individuais.

Embora essa afirmação pareça utópica – especialmente se essas linhas forem lidas pelas lentes do liberalismo econômico – em realidade não é. O direito, desde essa perspectiva funcional, não é utópico, mas está localizado tanto no tempo como no espaço. Tome-se como exemplo o caso dos países em desenvolvimento, que são objeto do presente estudo.

Com marco na constituição mexicana de 1917, o breve século XX transformou o Estado, adjetivando-o *social*⁶⁶. Isso significou superar a antiga percepção liberal do Estado, segundo a qual o Estado não deveria intervir na sociedade, para reconhecer que, sem essa

⁶⁶ O Estado de Bem-Estar Social, em uma leitura rigorosa, é uma experiência de alguns países desenvolvidos durante o século XX, especialmente no período 1948-1973. Não se trata de um modelo universal de Estado que tenha existido plenamente no globo terrestre. Muitos países em desenvolvimento adotaram elementos desse modelo, mas sua dependência econômica e suas iniquidades endêmicas não autorizam afirmar que o Estado de Bem-Estar Social tenha sido uma realidade do Sul. Para uma leitura da proteção social no centro e na periferia, abordando especialmente o caso brasileiro, ver: POCHMANN, Marcio. Proteção social na periferia do capitalismo: considerações sobre o Brasil. *São Paulo em perspectiva*, vol. 18, n° 2. São Paulo: abr.-jun. 2004, p. 3-16.

intervenção, as desigualdades se tornam cada vez maiores⁶⁷. A isso se acrescenta a abrangência do constitucionalismo no Estado de Direito e a internacionalização dos direitos humanos, sintetizados na exigência democrática de positivizar constitucionalmente os direitos e garantias⁶⁸. O resultado disso é o reconhecimento formal, pelas constituições, do dever do Estado em matéria de direitos sociais, entre os quais se acha o direito à saúde. Esse dever se traduz em serviços a serem oferecidos pelo poder público⁶⁹, como os serviços de saúde.

Isso também ocorreu nos países periféricos, os quais, ato contínuo à *débâcle* do mundo colonial, inauguraram o mundo subdesenvolvido, caíram no terceiro mundo durante a Guerra Fria e depois trocaram de roupa para atender à alcunha de países em desenvolvimento. Ocorre que a mistura entre constituição do Estado e direitos sociais é crua. A saúde como um dever do Estado Social, bem como cada um dos demais direitos sociais, tem sido cozida, nesses países, pala chama da iniquidade⁷⁰. Então é servido um prato indigesto: o Estado oferece serviços sociais de baixa qualidade, revelando sua incapacidade de, sozinho, efetivar os direitos que constitucionalizou. Esses direitos, como o direito à saúde, só é plenamente acessível àqueles que possuem maior renda.

Normalmente o povo engole esse prato indigesto, não sem franzir a testa, pela simples razão de que é impossível rejeitá-lo. Afinal, por pior que sejam os serviços de saúde em determinado país, o povo não terá como prescindir deles, exceto se puder pagar por algo melhor, o que poderá implicar deslocar-se para outro país – realidade que seguramente não prestigia a imensa maioria dos seres humanos. Então, uma vez que se pare para refletir sobre isso tudo, à reflexão sucede ou o conformismo (que é conservador,

⁶⁷ Na lição do professor Dallari: “a concepção individualista da liberdade, impedindo o Estado de proteger os menos afortunados foi a causa de uma crescente injustiça social, pois, concedendo-se a todos o *direito* de ser livre, não se assegurava a ninguém o *poder* de ser livre” – DALLARI, Dalmo de Abreu. *Elementos de teoria geral do Estado*. 20ª ed. São Paulo: Saraiva, 1998, p. 277.

⁶⁸ Afirmando que só é *de Direito* o Estado que for, em igual medida, *Democrático e Social*, Canotilho afirma que “a constitucionalização dos direitos revela a *fundamentalidade* dos direitos e reafirma a sua *positividade* no sentido de os direitos serem posições juridicamente garantidas e não meras proclamações filosóficas, servindo ainda para *legitimar* a própria ordem constitucional como ordem de liberdade e de justiça” – CANOTILHO, J. J. Gomes. *Estado de Direito*. Lisboa: Gradiva, 1999, p. 56.

⁶⁹ É neste sentido que parte da literatura se refere ao Estado Social como o *Estado de Serviço* – Cfr.

DALLARI, Dalmo de Abreu. *Elementos de teoria geral do Estado*. 20ª ed. São Paulo: Saraiva, 1998, p. 279.

⁷⁰ O século XX é o século das grandes guerras e das grandes injustiças sociais. Eric Hobsbawm sustenta que, especialmente nas décadas de 1970-1980, as desigualdades sócio-econômicas aumentaram enormemente, flagelo que foi muito mais intenso nos países em desenvolvimento – HOBBSAWN, Eric. *Era dos extremos: breve século XX: 1914-1991*. São Paulo: Cia. das Letras, 1995, p. 397.

pois não altera o *status quo*) ou a indignação – que traz em germe a mudança. A segunda opção é que orienta a hipótese deste estudo.

Nos países em que o subdesenvolvimento impede ou dificulta a efetivação do direito social à saúde, a cooperação internacional poder ser um instrumento para fazer cumprir o direito. Antes de perguntar que modelo de cooperação seria capaz de cumprir com essa função (item 2), é relevante passar os olhos pela localização dos direitos sociais no Brasil (1.2.2).

Enfim, retomando o raciocínio que se traçava algumas linhas atrás, a afirmação da função social dos direitos não diz respeito a um direito *utópico*, mas se refere a um direito *tópico*: localizado aqui e agora, nos países periféricos, onde é urgente realizá-lo.

1.2.2. Uma perspectiva brasileira

Na história recente do Brasil podem ser distinguidos três momentos da reivindicação dos direitos humanos. O primeiro período é enquadrado entre o golpe militar e o ano de 1975, quando se procurou defender a integridade física dos presos, notadamente daqueles que foram torturados, violentados e assassinados pelo Estado brasileiro por meio dos agentes encarregados da repressão política. O segundo, delimitado entre 1975 e 1979, incorpora a reivindicação pelos direitos de cidadania política, o que abrangeu a campanha pela anistia e pelo fim da censura. Finalmente, a partir de 1979 os direitos humanos são identificados com as demandas sociais das classes marginalizadas – vale dizer, trata-se da reivindicação de direitos econômicos e sociais como o trabalho, a saúde, a educação e a moradia⁷¹.

Para uma leitura crítica dessa evolução histórica é importante compreender as relações de classe. Com efeito, as classes mais abastadas, que no primeiro período apoiaram fortemente a luta contra a tortura de presos políticos, diminuíram muito seu apoio às reivindicações dos grupos sociais marginalizados, a partir dos anos 1980⁷². E mesmo com a melhora no seu desempenho econômico o Brasil não logrou promover justiça social:

⁷¹ LOPES, José Reinaldo de Lima. *Direitos sociais: teoria e prática*. São Paulo: Método, 2006, p. 35-36.

⁷² LOPES. Op. cit., p. 39. Com efeito, como observa Pochmann: “a classe média não apenas terminou por abandonar a educação fundamental e a saúde pública, para buscar nas ofertas privadas de proteção social,

Esta é precisamente a experiência do Brasil que, por quase cinco décadas no século passado, foi um dos países que mais rápido conseguiram expandir sua economia no mundo, sem obter, todavia, resultados consideráveis no âmbito social.⁷³

Assim, no contexto brasileiro, boa parte da reivindicação pelos direitos humanos não diz respeito à “positivação de situações novas”, mas sim à efetivação do direito que está vigendo⁷⁴. As iniquidades sócio-econômicas explicam isso: o grande desafio é garantir também aos pobres a dignidade. Por isso, a dimensão social dos direitos humanos – direitos humanos econômicos, sociais e culturais – é de imensa importância na ordem jurídica brasileira. Neste sentido, Lopes leciona que “as garantias dos direitos fundamentais não estão na lei, mas no modo como se aplica a lei, pois tem relevância teórica não apenas saber o que está escrito, mas principalmente como vêm sendo tomadas as decisões a respeito da matéria”⁷⁵. Deste modo, os direitos humanos potencializam o papel de o direito ser um instrumento para a transformação – e não para a conservação – da realidade.

Esse caráter transformador, aliás, é basilar na ordem jurídica brasileira. Neste sentido, é sempre importante recordar os *objetivos fundamentais* da República:

- I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;
- II - garantir o desenvolvimento nacional;
- III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;
- IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.⁷⁶

Esses objetivos implicam radical transformação da sociedade que é a mais desigual do planeta⁷⁷. Essa transformação pressupõe comprometimento com o princípio ético da solidariedade. Portanto, o art. 3º constitucional é estruturante da atuação estatal em todos os poderes – Executivo, Legislativo e Judiciário – e em todos os planos – interno e internacional – para realizar os desígnios do princípio ético da solidariedade. Deste modo,

como também deixou de ser parceira na defesa da universalização do sistema de proteção social” – POCHMANN, Marcio. Proteção social na periferia do capitalismo: considerações sobre o Brasil. *São Paulo em perspectiva*, vol. 18, nº 2. São Paulo: abr.-jun. 2004, p. 11.

⁷³ POCHMANN. Op. cit., p. 7.

⁷⁴ LOPES, José Reinaldo de Lima. *Direitos sociais: teoria e prática*. São Paulo: Método, 2006, p. 46.

⁷⁵ LOPES. Op. cit., p. 49.

⁷⁶ Art. 3º da Constituição Federal.

⁷⁷ No Brasil, “em 2003, por exemplo, quase 10% do Produto Interno Bruto foi transferido como pagamento de juros ao mercado financeiro, atualmente dominado por apenas cerca de 15 mil famílias” – POCHMANN, Marcio. Proteção social na periferia do capitalismo: considerações sobre o Brasil. *São Paulo em perspectiva*, vol. 18, nº 2. São Paulo: abr.-jun. 2004, p. 9.

este dispositivo constitucional é o norte para a efetivação dos direitos sociais constantes do bloco de constitucionalidade⁷⁸ do ordenamento jurídico brasileiro, especialmente para a concretização do art. 6º da Constituição Federal⁷⁹.

Ocorre que o Brasil não está comprometido apenas com a realização de direitos internamente. Também no plano internacional o país se compromete a contribuir para a efetivação de direitos, seja para aumentar a efetividade dos direitos internamente, seja para o fazer alhures. É nesse sentido que o art. 4º do texto constitucional brasileiro enuncia, entre os princípios que regem suas relações internacionais, a “cooperação entre os povos para o progresso da humanidade”.

Fica claro, pois, que os direitos sociais são direitos fundamentais, reconhecidos interna e internacionalmente. O tema específico do direito à saúde será mais bem desenvolvido no Capítulo II. Por ora, é importante afirmar que a efetivação deste direito é uma tarefa de toda a sociedade e, em primeiro lugar, do Estado. Incumbe ao Estado não somente prover serviços de saúde, mas também, de modo muito mais abrangente, diminuir as desigualdades sócio-econômicas.

Finalmente, a afirmação, entre os direitos humanos, dos direitos sociais – ou seja, a afirmação da dimensão social dos direitos humanos – confirma a importância do princípio da solidariedade como *fecho de abóbada* dos princípios éticos, conforme a lição de Comparato, anteriormente referida. A seguir, será abordada a contribuição da teoria das relações internacionais para uma construção idealista do direito internacional, que dará fundamento para interpretar a cooperação internacional como manifestação do princípio ético da solidariedade. Como tal, a cooperação é um privilegiado instrumento para a efetivação de direitos, especialmente os direitos sociais. Portanto, a união de esforços,

⁷⁸ A concepção de *bloco de constitucionalidade* alarga a compreensão do que sejam normas constitucionais: não apenas aquelas constantes no texto da própria constituição, mas também outras, que decorram dos princípios e, principalmente, dos direitos humanos – o que inclui como materialmente constitucionais os direitos reconhecidos em tratados internacionais. Enfim, essa concepção teórica afirma que o parâmetro constitucional é a *ordem constitucional global* – Entre outros, ver: CANOTILHO, J. J. Gomes. *Direito constitucional e teoria da constituição*. 4. ed. Coimbra: Almedina, 2001, p. 889 et seq.

⁷⁹ Segundo o art. 6º: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. A moradia foi incluída neste dispositivo pela Emenda Constitucional nº 26, de 2000. Atualmente, tramita na Câmara dos Deputados um Projeto de Emenda Constitucional para ali acrescentar o direito à alimentação (PEC nº 47/2003).

notadamente entre países periféricos, como é o caso do Brasil, pode ser um caminho para a diminuição da injustiça social.

2. A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL NO QUADRO DAS RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Como se realiza internacionalmente o princípio ético da solidariedade? A hipótese com a qual se trabalha é de que uma resposta possível a esta pergunta se encontra na cooperação internacional. Impõe-se, então, descrever os seus contornos conceituais (2.2), ou seja, analisar o que está no *discurso* da cooperação – o que também exigirá o esforço crítico de análise das *contradições* desse discurso.

Antes, porém, é necessário esclarecer os fundamentos que, na teoria das relações internacionais, permitem a apropriação do conceito de solidariedade para o estudo da cooperação internacional. Propõe-se uma abordagem que permita, com elementos da teoria das relações internacionais, problematizar o enfrentamento internacional dos direitos humanos (2.1).

2.1. Entre valores e interesses

Como visto, a dignidade humana, em sua formulação kantiana, fundamenta a construção teórica dos direitos humanos em consonância com os princípios éticos sistematizados por Comparato. A partir desse marco teórico, a dimensão social dos direitos humanos foi lida como realização do princípio da solidariedade. Ocorre que essa arquitetura de ideias encontra realidades áridas, nas quais os direitos muitas vezes são apenas palavras bonitas.

As palavras, assim como têm o poder de esconder a realidade, também têm o poder de esclarecê-la. Considerando essa dialética, cumpre distinguir duas palavras que, se confundidas, podem ocultar o verdadeiro sentido da cooperação internacional; mas que, bem distinguidas, permitirão refletir sobre a sua função: acomodar *interesses* ou realizar *valores*.

Trata-se de compreender a função da cooperação internacional enquanto conteúdo jurídico (2.1.2). Para tanto, parte-se de três paradigmas teóricos. Tratam-se dos paradigmas kantiano (solidariedade cosmopolita) e grociano (solidariedade calcada em interesses), abordados em contraste com o paradigma hobbesiano-maquiavélico das relações entre Estados (2.1.1).

2.1.1. Três paradigmas teóricos

Martin Wight, Hedley Bull e, no Brasil, Celso Lafer lecionam que são três os paradigmas de convivência internacional⁸⁰. Eles repercutem na tutela internacional dos direitos humanos e permitem visualizar diferentes concepções acerca da cooperação. Deste modo, o propósito do estudo desses modelos teóricos é estabelecer balizas para, no terceiro e quarto capítulos deste trabalho, interpretar a cooperação Sul-Sul praticada pelo Brasil.

O primeiro paradigma é o *hobbesiano-maquiavélico*, o qual traduz o estado de natureza nas relações interestatais. Aqui os Estados se reconhecem em permanente estado beligerante, não no sentido de que haja uma ininterrupta guerra *de fato*⁸¹, mas no sentido de que eles estão constantemente alerta para usar a força como instrumento de política externa, sempre que a violência parecer ser um meio eficiente de obtenção de determinado resultado. Hobbes compara metaforicamente os príncipes a antigos gladiadores, continuamente preparados para o combate⁸². Com Maquiavel, o problema da conquista e

⁸⁰ Este é apenas um dos enfoques possíveis a partir da teoria das relações internacionais. Foi este o olhar teórico escolhido por demonstrar-se apto a permitir a reflexão proposta neste trabalho, uma vez que contribui para o enfrentamento da hipótese investigada.

⁸¹ “Pois a guerra não consiste apenas na batalha ou no ato de lutar, mas naquele lapso de tempo durante o qual a vontade de travar batalha é suficientemente conhecida” – HOBBS, Thomas. *Leviatã*. São Paulo: Martins Fontes, 2008, p. 109.

⁸² No capítulo XIII de *Leviatã*, Hobbes afirma: “em todos os tempos os reis e as pessoas dotadas de autoridade soberana, por causa da sua independência, vivem em constante rivalidade e na condição e atitude dos gladiadores, com as armas assestadas, cada um de olhos fixos nos outros; isto é, os seus fortes, guarnições e canhões guardando as fronteiras dos seus reinos, e constantemente com espiões no território dos seus vizinhos, o que constitui uma atitude de guerra” – HOBBS. Op. cit., p. 110-111.

manutenção do poder⁸³ é o *leitmotiv* das relações exteriores dos Estados. A junção desses autores permite que seja esboçada a categoria hobbesiano-maquievélica das relações internacionais.

Segundo a tradição hobbesiana, as únicas regras ou princípios que podem limitar ou circunscrever a conduta dos estados no seu inter-relacionamento são as regras de prudência e conveniência. Assim, os tratados só são respeitados se forem convenientes.⁸⁴

Neste contexto podem existir alianças, mas é difícil falar em cooperação. Afinal, deste primeiro paradigma decorre “a plenitude sem limites da soberania dos Estados e a convicção de que a única lei do sistema internacional é a da sobrevivência”⁸⁵. Ademais, há uma marcante distinção entre a política interna ao Estado, baseada na *ordem*, e a *anárquica* política internacional⁸⁶. Enfim, esse paradigma engendra concepções realistas das relações internacionais.

Ocorre que a soberania absoluta é a própria negação do direito internacional. Assim, à visão hobbesiana opõe-se o paradigma *grociano* das relações internacionais. Aqui a soberania de cada país já não é total, mas limitada pela soberania dos demais⁸⁷, em uma igualdade formal. Isso permite algum consenso entre os Estados, a partir da “convicção de que instituições jurídicas e preceitos morais são caminhos para a paz e para a ordem internacional”⁸⁸. Nas palavras do próprio Grócio:

não há nação tão forte que, às vezes, não possa ter necessidade de auxílio das outras, seja com relação ao comércio, seja até para rechaçar os esforços de várias nações estrangeiras unidas contra ela.⁸⁹

Sob o enfoque grociano desenvolve-se um modelo de *cooperação* importante para a manutenção da paz, mas ainda bastante limitado pela vontade estatal e pelos interesses nacionais. Este modelo Lafer designa como “cooperação interessada”⁹⁰.

⁸³ MACHIAVELLI, Niccolò. *O príncipe*: com as notas de Napoleão Bonaparte. 3ª ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2003.

⁸⁴ BULL, Hedley. *A sociedade anárquica*. Brasília: UnB, IPRI, São Paulo: Imprensa Oficial, 2002, p. 33.

⁸⁵ LAFER, Celso. *Comércio, desarmamento, direitos humanos*. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006, p. 147.

⁸⁶ LAFER, Celso. O problema da guerra e os caminhos da paz na reflexão de Norberto Bobbio. In: CARDIM, Carlos Henrique. *Bobbio no Brasil: um retrato intelectual*. Brasília: Ed. UnB, 2001, p. 58.

⁸⁷ Entre Hobbes e Grotius, pode-se dizer, com Raymond Aron, que “toute collectivité se trouve au milieu d’ennemis, d’amis, de neutres ou d’indifférents” – ARON, Raymond. *Paix et guerre entre les nations*. 3ª ed. Paris : Calmann-Lévy, 1962, p. 22.

⁸⁸ LAFER, Celso. O problema da guerra e os caminhos da paz na reflexão de Norberto Bobbio. In: CARDIM, Carlos Henrique. *Bobbio no Brasil: um retrato intelectual*. Brasília: Ed. UnB, 2001, p. 58.

⁸⁹ GROTIUS, Hugo. *O direito da guerra e da paz*. Vol. I. Ijuí: Unijuí, 2004, p. 46.

⁹⁰ LAFER, Celso. *Comércio, desarmamento, direitos humanos*. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006, p. 147-148.

Finalmente, o terceiro paradigma filosófico das relações internacionais é o *kantiano*, cuja característica central é a imposição racional da solidariedade no agir estatal, como consequência do imperativo categórico imposto a todos os seres humanos. Deste modo, na tradição kantiana as relações internacionais são percebidas antes como vínculos entre todos os seres humanos do que como conflitos entre os Estados⁹¹. Assim, a proposição kantiana pretende alcançar a paz perpétua porque, para muito além de transformar os Estados, idealiza a transformação da humanidade.

Aqui é possível pensar uma oposição à cooperação grociana, dita *interessada*, afirmando que a cooperação kantiana seria *desinteressada*. Esse entendimento se desenha, atualmente, na teoria da diplomacia solidária⁹². No entanto, uma leitura contemporânea mais precisa do paradigma kantiano sugere afirmar antes o *interesse comum* do que a atuação *desinteressada* dos Estados. Afinal, a partir da imposição racional do agir moral, a perspectiva universalista (kantiana) percebe os conflitos entre os Estados como problemas superficiais e transitórios. Em última instância, todos os povos compartilham dos mesmos interesses⁹³, que encontram na ideia do imperativo categórico o seu ponto de convergência.

De todo modo, este enfoque vai além da visão grociana, pois agrega ao direito internacional um conteúdo humanista indeclinável. Uma consequência disso é que, embora ambas as perspectivas sejam opostas ao paradigma hobbesiano-maquievélico, a visão universalista fundada em Kant leva o idealismo ao extremo, a partir do momento em que não se conforma com a domesticação dos Estados (enfoque internacionalista grociano), exigindo que o próprio ser humano se transforme⁹⁴.

⁹¹ BULL, Hedley. *A sociedade anárquica*. Brasília: UnB, IPRI, São Paulo: Imprensa Oficial, 2002, p. 33.

⁹² “A diplomacia solidária pode ser definida como sendo a concepção e a aplicação de uma ação coletiva internacional, sob os auspícios do Conselho de Segurança das Nações Unidas, feita por terceiros Estados intervenientes num conflito interno ou internacional, desprovidos de motivações decorrentes de seu interesse nacional e movidos unicamente por um dever de consciência. O desinteresse material e/ou estratégico constitui a marca registrada deste modelo de ação externa do Estado-sujeito”. SEITENFUS, Ricardo. *Manual das organizações internacionais*. 4. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005, p. 174. Este autor sustenta a juridicidade da diplomacia solidária na moral kantiana, referindo o *direito cosmopolítico* e o imperativo moral sustentados por Kant. Ibidem, p. 175-176.

⁹³ BULL, Hedley. *A sociedade anárquica*. Brasília: UnB, IPRI, São Paulo: Imprensa Oficial, 2002, p. 34.

⁹⁴ “Kant analisa o sistema internacional a partir de uma perspectiva universalista, mediante a ideia da paz que leva às últimas consequências o valor estóico cristão da unidade da humanidade” – LAFER, Celso. O problema da guerra e os caminhos da paz na reflexão de Norberto Bobbio. In: CARDIM, Carlos Henrique. *Bobbio no Brasil: um retrato intelectual*. Brasília: Ed. UnB, 2001, p. 58.

Ainda que a leitura kantiana imponha um caráter fortemente idealista – e justamente por isso – ela é de grande atualidade. Com efeito, ela exerce muita influência no campo dos *temas globais* como a paz e os direitos humanos⁹⁵. Ademais, alguns temas internacionais da contemporaneidade são essencialmente kantianos, como o caráter pacífico da república, compreendido como democracia; as instituições jurídicas internacionais, que se tornaram realidade com o surgimento das organizações internacionais; o cosmopolitismo, que fundamenta a construção teórica dos direitos humanos; e, também, o princípio da publicidade, hoje incorporado na ideia de opinião pública⁹⁶. Igualmente, a cooperação internacional nos dias de hoje em boa medida visa ao cumprimento dos *objetivos de desenvolvimento do milênio*, os quais traduzem um consenso internacional em torno de uma comunidade de interesses. Portanto, ainda que seja possível afirmar que este paradigma sugere uma cooperação *desinteressada*, parece mais apropriado dizer que ele implica uma cooperação fundada em *interesses comuns* a toda a humanidade.

Para Kant, a hospitalidade universal é um direito, não um ato de filantropia. Trata-se de ter direito à face da terra, ou seja, ter direito, mesmo sendo estrangeiro, a não ser tratado como inimigo – este é o conteúdo do *terceiro artigo definitivo para a paz perpétua*⁹⁷. Ainda para o filósofo:

Esta idéia racional de uma comunidade pacífica perpétua de todos os povos da Terra (mesmo quando não sejam amigos), entre os quais podem ser estabelecidas relações, não é um princípio filantrópico (moral), mas um princípio de *direito*. A natureza encerrou todos os homens juntos, por meio da forma redonda que deu ao seu domicílio comum (*globus terraqueus*), num espaço determinado.⁹⁸

A negação do preceito kantiano de hospitalidade universal pode ser exemplificada na perseguição aos judeus durante o nazismo, que lhes retirou a condição jurídica de ter direitos⁹⁹, bem como no problema dos refugiados¹⁰⁰ no contexto do Estado totalitário. A resposta a essa histórica violação do mandamento kantiano está no artigo 6º da Declaração

⁹⁵ LAFER, Celso. *Comércio, desarmamento, direitos humanos*. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006, p. 148-149.

⁹⁶ NOUR, Soraya. *À paz perpétua de Kant*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

⁹⁷ KANT, Emmanuel. *Projet de Paix Perpétuelle*. Paris: Librairie Philosophique J. Vrin, 1999.

⁹⁸ KANT, Emmanuel. *Doutrina do direito*. 2. ed. São Paulo: Ícone, 1993, p. 201.

⁹⁹ “The calamity of the rightless is not that they are deprived of life, liberty, and the pursuit of happiness, or of equality before the law and freedom of opinion – formulas which were designed to solve problems *within* given communities – but that they no longer belong to any community whatsoever. Their plight is not that they are not equal before the law, but that no law exists for them” – ARENDT, Hannah. *The Origins of Totalitarianism*. Nova Iorque: Harcourt, s.d., p. 295-296.

¹⁰⁰ “The new refugees were persecuted not because of what they had done or thought, but because of what they unchangeably were – born into the wrong kind of race or the wrong kind of class or drafted by the wrong kind of government” – ARENDT, Hannah. Op. cit., p. 294.

Universal de 1948, que afirma que “toda pessoa tem o direito de ser, em todos os lugares, reconhecida como pessoa perante a lei”. Esse reconhecimento legal, no entanto, só se torna efetivo se houver consciência de que os direitos humanos não são jamais um *dado*, mas sempre um *construído*.

Diante de tudo isso, se é certo que existe uma oposição entre os paradigmas kantiano e grociano no que se refere ao *interesse* em jogo na relação entre os Estados – interesse estatal *versus* interesse de toda humanidade –, é igualmente certo que a oposição entre o paradigma kantiano e o hobbesiano é muito mais radical. Afinal, ao passo que Hobbes reconhece o permanente estado de guerra, Kant propõe o desaparecimento dos exércitos permanentes e a proibição do extermínio, pois do contrário só haverá paz perpétua no *cemitério do gênero humano*¹⁰¹.

Percebendo esses extremos, Hedley Bull coloca a tradição grociana entre o realismo de Hobbes e o universalismo de Kant, afirmando que “a política internacional nem expressa um completo conflito de interesses entre os estados nem uma absoluta identidade de interesses”¹⁰². E esclarece:

Ao contrário dos hobbesianos, os grocianos afirmam que os estados devem obedecer não só as regras de prudência e conveniência mas também aos imperativos de lei e moralidade. No entanto, contrariando os universalistas, entendem que esses imperativos não pretendem a derrubada do sistema de estados, a ser substituído por uma comunidade universal dos homens, mas sim a aceitação das exigências da coexistência e cooperação dentro de uma sociedade de estados.¹⁰³

Assumindo uma postura grociana, Hedley Bull afirma que, conquanto seja *precária* e *imperfeita*, existe uma ordem na sociedade internacional moderna¹⁰⁴. Ele, embora reconheça a anarquia da sociedade internacional, nega que as relações internacionais representem o estado de natureza hobbesiano¹⁰⁵, ao contrário de outros autores¹⁰⁶. Para

¹⁰¹ Conforme o terceiro e o sexto artigos preliminares para a paz perpétua propostos por Kant.

¹⁰² BULL, Hedley. *A sociedade anárquica*. Brasília: UnB, IPRI, São Paulo: Imprensa Oficial, 2002, p. 35.

¹⁰³ BULL. Op. cit., loc. cit.

¹⁰⁴ BULL. Op. cit., p. 64.

¹⁰⁵ Embora haja o permanente estado de guerra, de todos contra todos, isso não impede, nas relações internacionais, que haja o comércio, tampouco implica a inexistência de regras legais ou morais. Uma vez que o estado de natureza, em Hobbes, exige que se cumpram todos esses requisitos, Hedley Bull sustenta que existe uma sociedade internacional fundada no direito, embora ela seja instável e anárquica – no sentido de que inexistente um governo mundial. Portanto, é equivocado fazer uma analogia da ordem interna (relação entre indivíduos) com a ordem internacional (relação entre Estados), de modo que sem governo não há ordem interna, mas o mesmo não é verdade no que diz respeito às relações entre Estados. – BULL. Op. cit., p. 57-62.

Bull é possível simultaneamente afirmar a anarquia internacional e negar o estado de natureza porque ele entende que a ausência de governo não implica, no plano internacional, a ausência de ordem¹⁰⁷. Isso porque o que vincula os Estados não é a hierarquia de um superestado que não existe, mas é a própria dinâmica de cooperação-conflito, a qual produz interdependência e uma ordem – ainda que precária. Ainda conforme Bull, essa dinâmica pode formar um *sistema*¹⁰⁸ de Estados, quando o “impacto recíproco nas suas decisões” autorizar que se afirme que esses Estados são “partes de um todo”¹⁰⁹. E se, nesse sistema, os Estados compartilharem valores e interesses comuns¹¹⁰, haverá, segundo esse autor, uma *sociedade* internacional¹¹¹. Bull, então, sustenta que a sociedade internacional seja uma realidade, a partir do momento em que os Estados “se consideram vinculados a determinadas regras no seu inter-relacionamento, tais como a de respeitar a independência de cada um, honrar os acordos e limitar o uso recíproco da força”¹¹². Enfim, ainda que reconheça o papel protagonista do Estado, Bull reconhece que, para além do *sistema de estados* existe um *sistema político mundial*¹¹³ no qual é crescente o papel das organizações internacionais e das organizações não governamentais.

É interessante notar que, ao afirmar a existência da sociedade internacional, Bull não tem dúvidas de que os Estados tenham *interesses* em comum, como o da sua preservação e independência, mas não está tão seguro acerca da existência de *valores*

¹⁰⁶ Raymond Aron, por exemplo, utiliza a expressão *estado de natureza* para descrever as relações internacionais – ARON, Raymond. *Paix et guerre entre les nations*. 3ª ed. Paris : Calmann-Lévy, 1962, p. 596.

¹⁰⁷ “Por ‘ordem internacional’ quero referir-me a um padrão de atividade que sustenta os objetivos elementares ou primários da sociedade dos estados, ou sociedade internacional” – BULL, Hedley. *A sociedade anárquica*. Brasília: UnB, IPRI, São Paulo: Imprensa Oficial, 2002, p. 13.

¹⁰⁸ Diferentemente de Bull, Aron oferece um conceito de sistema internacional mais próximo do paradigma hobbesiano-maquivélico, ao afirmar que ele é “l’ensemble constitué par des unités politiques qui entretiennent les unes avec les autres des relations régulières et qui sont toutes susceptibles d’être impliquées dans une guerre générale” – ARON, Raymond. *Paix et guerre entre les nations*. 3ª ed. Paris : Calmann-Lévy, 1962, p. 103.

¹⁰⁹ BULL, Hedley. *A sociedade anárquica*. Brasília: UnB, IPRI, São Paulo: Imprensa Oficial, 2002, p. 15.

¹¹⁰ Raymond Aron distingue entre sistemas *homogêneos* (nos quais os Estados compartilham concepções políticas, valores e interesses) e *heterogêneos* (marcados pelo respeito a valores contraditórios). Assim, a homogeneidade do sistema implica maior previsibilidade e estabilidade; consequentemente, se favorece a limitação da violência. – ARON, Raymond. *Paix et guerre entre les nations*. 3ª ed. Paris : Calmann-Lévy, 1962, p. 108-109.

¹¹¹ Diferentemente, o realismo de Raymond Aron prefere tratar, primordialmente, com o conceito de *sistema internacional*, percebido como um conjunto de relações interestatais, no qual os Estados mais fortes exercem um oligopólio. Esse conjunto guarda uma ambiguidade, pois do mesmo modo que impõe regras aos Estados, tolera o uso da força. Para Aron, a noção de *sociedade transnacional* é mais ampla, envolvendo não apenas as relações interestatais, mas também as relações comerciais, as migrações e as comunicações em escala mundial. – ARON. Op. cit., p. 104, 113 e 595.

¹¹² BULL, Hedley. *A sociedade anárquica*. Brasília: UnB, IPRI, São Paulo: Imprensa Oficial, 2002, p. 19.

¹¹³ BULL. Op. cit., p. 310.

comuns¹¹⁴. Precisamente aqui reside uma importante diferença entre o paradigma grociano, adotado por ele, e o paradigma kantiano.

Na tradição kantiana, o interesse comum é o interesse de *todos*. E o interesse só pode ser de todos se houver um *valor* compartilhado. Trata-se do valor do ser humano que, para Kant, é absoluto (dignidade humana), em oposição ao valor relativo das coisas. Assim, a paz é um objetivo comum a ser perseguido, porque o caráter absoluto do valor do ser humano não permite que a pessoa seja um meio para uma finalidade qualquer. A pessoa é, em Kant, um fim em si mesmo. Enfim, os interesses comuns, no enfoque kantiano, significam uma comunhão de *fins*. Os fins são comuns porque há *valores* compartilhados, os quais são inegociáveis.

Na tradição grociana, o interesse comum é o interesse de *cada um*, não necessariamente o interesse de *todos*. Ou seja, aqui o Direito não está condicionado pela premissa da dignidade humana em sua concepção absoluta, que nega qualquer utilitarismo. Assim, a paz é um objetivo comum porque garante a cada país a possibilidade de perseguir seus próprios interesses. Inclusive, Grotius reconhece a utilidade da guerra quando ela for necessária, e não como um dado natural das relações internacionais, como querem os hobbesianos. Enfim, os interesses comuns, no enfoque grociano, significam uma comunhão de *meios*, não uma comunhão de *fins*. Deste modo, o enfoque grociano explica a acomodação de *interesses*, sempre negociáveis, e não a comunhão de *valores*.

De modo geral, os três paradigmas (hobbesiano-maquiavélico, grociano e kantiano), correspondem ou ao realismo ou ao idealismo nas abordagens teóricas das relações internacionais, sendo que o paradigma kantiano tende ao idealismo de cunho universalista. Retomando a primeira seção deste capítulo, pode-se afirmar que o princípio ético da solidariedade encontra campo fértil no idealismo das relações internacionais. Não é assim com o realismo hobbesiano-maquiavélico:

Para a sabedoria clássica, a *pólis* ou *urbs* formava uma comunidade (*koinonia*), na qual todos os cidadãos achavam-se ligados por laços de solidariedade. Maquiavel, ao contrário, sustentou que a esfera da política constituía um mundo a parte, eticamente separado da vida ordinária, e que o destino excepcional do príncipe nada tinha a ver com a triste condição do vulgo vil sem nome.¹¹⁵

¹¹⁴ No entanto, o grociano Bull ao final reconhece que seu estudo sobre a *ordem* deveria ser complementado por um estudo sobre a *justiça* nas relações internacionais... – BULL. Op. cit., p. 358.

¹¹⁵ COMPARATO, Fábio Konder. *Ética: direito, moral e religião no mundo moderno*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006, p. 587.

Compreender esses três modelos teóricos é importante para atribuir-lhes diferentes papéis. O paradigma hobbesiano-maquievélico desempenha a função analítica de mostrar a crueza da realidade dos conflitos. O grociano também permite analisar a realidade, à medida que observa o jogo entre os interesses estatais no concerto internacional, mas também possibilita alguma transformação da realidade, pois propugna pela domesticação dos Estados e pela possibilidade de cooperação. O kantiano, por fim, tem função essencialmente prospectiva, de transformação da realidade, para que os interesses estatais cedam diante do valor da dignidade humana na construção de uma sociedade global fundada em direitos humanos. De maneira a sintetizar o estudo dos distintos paradigmas, apresenta-se o seguinte quadro.

QUADRO 1 – Paradigmas teóricos das relações internacionais¹¹⁶

	PARADIGMA HOBBSIANO- MAQUIAVÉLICO	PARADIGMA GROCIANO	PARADIGMA KANTIANO
Modelo teórico	Realista	Internacionalista	Idealista/ Universalista
Relação interestatal preponderante	Aliança	Cooperação baseada em interesses de Estado	Cooperação baseada em valores comuns a toda a humanidade
Percepção da soberania	Absoluta	Moderada	Limitada (cosmopolitismo)
Enfoque político preponderante	Interesse estatal	Concerto internacional	Sociedade global
Enfoque jurídico preponderante	Direito interno (anarquia internacional)	Direito internacional (soberania)	Direitos humanos (dignidade humana)
Função	Analítica (compreensão da realidade)	Mista	Prospectiva (transformação da realidade)

Todas essas considerações permitem concluir que dois modelos de cooperação internacional são possíveis – um modelo tributário da tradição grociana, outro da tradição kantiana. Os modelos teóricos são importantes para interpretar a realidade, o que será feito na segunda parte da tese. Por ora, eles permitem perguntar qual pode ser a função da cooperação internacional, se ela for considerada um elemento do direito internacional e não apenas da política internacional.

¹¹⁶ Elaborado a partir dos autores referidos nesta seção 2.1.1.

2.1.2. *Função da cooperação internacional*

A cooperação incorpora-se ao direito internacional de modo idealista. Diante de problemas globais, diante da desigualdade, da degradação do ambiente, do subdesenvolvimento e dos conflitos armados, a cooperação – especialmente na modalidade de cooperação horizontal, isto é, Sul-Sul – tem o papel de traduzir o princípio ético da solidariedade.

Neste contexto pode-se perguntar se, e em que medida, a cooperação internacional é um elemento do direito internacional – ou mesmo se haveria um dever de cooperação internacional horizontal entre os Estados periféricos. Prontamente já se pode vislumbrar uma primeira dificuldade, na possibilidade de que a afirmação de um *dever* venha a *justificar* ações de intervenção ilícita, mormente se forem consideradas as assimetrias existentes entre os próprios países em desenvolvimento.

Analisar a cooperação a partir da afirmação da sua necessidade desenha o quadro dialético: certos Estados dependem de cooperação internacional constantemente, por serem menos desenvolvidos; entretanto, justamente por serem fracos, a cooperação imposta pode se traduzir em intervenção ilícita, que viole o direito internacional – e aqui estar-se-ia no terreno do paradigma grociano. De todo modo, é importante construir um modelo de cooperação Sul-Sul apto a contribuir para o desenvolvimento e superar a dependência frente aos países ricos.

Essa primeira dificuldade pode ser enfrentada pelo paradigma kantiano. Afinal, ele contribui para a humanização das relações jurídicas entre os Estados, convencendo-os de que a promoção da dignidade humana, para suas populações, realiza a paz e contribui para o desenvolvimento integral e socialmente justo.

Ocorre que isso, de certa forma, implica aproximar direito e moral, o que traz outra ordem de problemas. Por um lado, a aproximação entre o direito e a moral sugere um enfraquecimento do direito enquanto conjunto de normas positivadas e, eventualmente, sancionadoras. Porém, um olhar positivista estrito não permite perceber que, dialeticamente, ao se relativizar a ideia de direito como imposição se está ampliando imensamente as possibilidades do direito, o seu alcance e, quiçá, sua eficácia social.

Nesse passo discute-se no direito internacional, por exemplo, o alcance e a contribuição do *soft law*¹¹⁷, em suas distintas acepções¹¹⁸, para a regulação dos novos temas globais, como o ambiente e a saúde. Até mesmo a percepção do que vem a ser um *dever* para o direito internacional situa-se em um movimento dialético de afirmação/negação de responsabilidades. No âmbito das práticas políticas internacionais, essa abordagem pode trazer contribuições.

Pode-se perguntar qual seria a força de um suposto dever de cooperação, isto é, se ele é verdadeiramente cogente, ou se é um direito suave, um *droit mou*, um *droit souple*, um *soft law*. Guido Soares, embora critique o uso retórico dessas expressões, reconhece sua atualidade, constatando que os textos jurídicos produzidos pelas organizações internacionais via de regra são considerados pela doutrina como *soft law*, ou seja, “um conjunto de normas não obrigatórias para os Estados”¹¹⁹. Não obstante sua fragilidade, o *soft law* possui uma importância política que não pode ser negligenciada.

¹¹⁷ A *soft law* não pode ser considerada uma fonte formal autônoma do direito internacional. Sua natureza *sui generis*, sua flexibilidade, permitem que se aproxime de outras fontes, estas sim formalmente reconhecidas. Não obstante isso, quer se considere que o *soft law* é fonte material do direito internacional, quer se considere que é uma nova maneira de produzir este direito, há que se reconhecer que se trata de uma nova forma de ver o direito. Oliveira refere que “a *soft law* não pretende ser necessariamente reconhecida como norma e fonte tradicionais do direito” e acrescenta que “essa necessidade de inovar no campo normativo, jurídico ou não, veio a atender a uma necessidade de se materializar uma intenção sem os rigores jurídicos inerentes ao Direito Internacional” (p. 49). Assim, este *direito suave* pode ser visto “como uma alternativa para avançar em temas difíceis” (p. 131), como é o caso dos direitos humanos e da própria cooperação internacional. Se, por um lado, não se têm a cogência que é própria do direito positivo, por outro se tem uma alternativa possível diante de temas que não encontram guarida na mentalidade dos Estados – e não se esqueça que o direito entre os Estados depende muito da sua vontade. Enfim, o trabalho de Oliveira convida a uma reflexão sobre a função do direito internacional, e em especial deste *direito suave*, na dura tarefa de civilizar as relações entre os Estados. – OLIVEIRA, Rafael Santos de. *O papel da soft law na efetivação do direito ambiental internacional*. Dissertação (Mestrado). Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2005, passim.

¹¹⁸ Segundo Nasser, há duas formas de conceber o *soft law*. Por um lado, pode-se chamar de “*soft law* material ou substancial” as normas que “possuam uma ou várias das seguintes características: disposições genéricas de modo a criar princípios e não propriamente obrigações jurídicas; linguagem ambígua ou incerta impossibilitando a identificação precisa de seu alcance; conteúdo não exigível, como simples exortações e recomendações; ausência de responsabilização e de mecanismos de coercibilidade (tribunais)”. Por outro, pode-se o conceber como “mecanismos *soft*” de produção de direito internacional; aqui, incluem-se os “instrumentos concertados que não são, *a priori*, obrigatórios”, como as resoluções da Assembleia Geral da ONU, por exemplo. – NASSER, Salem Hikmat. Desenvolvimento, costume internacional e *soft law*. In: AMARAL JÚNIOR, Alberto do (Org.). *Direito internacional do desenvolvimento*. Barueri: Manole, 2005, p. 214-215.

¹¹⁹ SOARES, Guido. *Direito internacional do meio ambiente: emergência, obrigações e responsabilidades*. São Paulo: Atlas, 2001, p. 196.

Assim, uma alternativa para responder à pergunta sobre a função da cooperação internacional como conteúdo do direito internacional seria dizer que ela representa algum tipo de *soft law*. No entanto, isso dificilmente permitirá inovar a realidade. Concluir que há um dever suave de cooperar é assumir uma postura conservadora e até mesmo conformista. O desafio, então, é encontrar uma resposta que, sem abandonar o idealismo kantiano, não o reduza ao plano das intenções, ou seja, não o coloque na periferia do direito.

O que se propõe é que a função da cooperação seja buscada na intersecção entre o direito internacional e os direitos humanos. Trata-se de reconhecer a cooperação como garantia de direitos no plano internacional. Partindo do acervo teórico sobre as funções essenciais do direito internacional (a), chega-se ao debate sobre realismo e idealismo (b) – entre essas duas forças teóricas a cooperação inova uma clássica função nos direitos humanos.

a. Funções do direito internacional

Prosper Weil¹²⁰ refere que o direito internacional possui duas *funções civilizatórias*¹²¹ primordiais: a *coexistência* (função reguladora) e a *cooperação* (função solidarista). A elas Weil acrescenta a função *territorial* (função espacial, de afirmação da soberania). No conjunto, elas formam as três funções essenciais do direito internacional, as quais imprimem uma carga teleológica ao direito internacional, de maneira que uma norma internacional só será legítima se atender a essa tripla finalidade¹²².

Hedley Bull também reconhece no direito internacional *funções* de coexistência e de cooperação¹²³, correlatas às *regras* de ambos os tipos¹²⁴. Especialmente desde o

¹²⁰ WEIL, Prosper. Le droit international en quête de son identité : Cours général de droit international public. In : *Recueil des Cours de la Académie de Droit International de La Haye*, tome 237 (1992-VI), p. 9-370.

¹²¹ Conforme “la chambre de la Cour internationale dans l’affaire de la *Délimitation de la frontière maritime dans la région du Golfe du Maine* : le droit international ‘comprend un ensemble restreint de normes propres à assurer la *coexistence* et la *coopération* vitale des membres de la communauté internationale’ ” – CIJ Recueil 1984, p. 299, §111, apud : WEIL. Op. Cit., p. 34.

¹²² “Le système normatif international n’est en définitive – et n’a jamais été autre chose – qu’un instrument au service de la triple finalité que je viens d’évoquer. L’instrument est bon s’il satisfait à cette finalité ; il est défectueux s’il n’y parvient pas. Pour cela, il ne suffit pas que le contenu de règles qu’il élabore à chaque moment soit approprié aux besoins du moment. Il faut aussi que ces normes possèdent une qualité technique qui les rende adaptées à leurs fonctions” – WEIL. Op. Cit., p. 38.

¹²³ BULL, H. *A sociedade anárquica*. Brasília: UnB, IPRI, São Paulo: Imprensa Oficial, 2002, p. 162-163.

¹²⁴ BULL. Op. Cit., p. 83-85.

surgimento das Nações Unidas, o direito internacional parece assumir, pouco a pouco, mais elementos de um direito da cooperação, o que não significa que renuncie à condição de direito da coexistência. Em favor da função cooperativa estão as teorias solidaristas do direito internacional, as quais “sustentam que o direito internacional válido deriva também das regras em relação às quais o conjunto da sociedade internacional alcançou solidariedade ou consenso, ainda que alguns estados não lhes tenham dado o seu assentimento”¹²⁵. Isso implica reconhecer que não apenas o *consentimento* expressado diretamente pelo Estado, mas também o *consenso* que ele integra ao participar de instâncias multilaterais é fonte do direito internacional. Um exemplo de consequência dessa posição é o reconhecimento do valor jurídico das resoluções da Assembleia Geral, mesmo com relação àqueles Estados que não lhes tenham manifestado expreso consentimento.

Como dito, a função solidarista (de cooperação) se desenvolveu, sobretudo, a partir do final da II Guerra Mundial e da constituição das Nações Unidas. Sua importância é crescente, graças aos avanços tecnológicos da ciência contemporânea e ao fortalecimento das organizações internacionais como atores e sujeitos do direito internacional. No dizer de Weil:

Même si le droit de la coopération n’a pas remplacé le droit de la coexistence, comme certains l’avaient présagé, la fonction solidariste du droit international demeure, aujourd’hui comme hier – aujourd’hui plus encore qu’hier – la sœur jumelle de la fonction de coexistence.¹²⁶

Por isso, na tarefa de concretização dos Direitos Humanos, a *cooperação* é um elemento de imensa relevância, sobretudo após a II Guerra Mundial. Neste sentido, traduz-se como instrumento do direito internacional para a consecução de seus objetivos, mormente o desenvolvimento sustentável, a elevação do nível de vida e de saúde dos povos, a democracia e, enfim, a paz. Isso é perceptível tanto no sistema da Organização das Nações Unidas, como da Organização dos Estados Americanos¹²⁷.

Note-se que a função solidarista (de cooperação) pode ser interpretada tanto pela tradição grociana como pela tradição kantiana. No primeiro caso, pode-se citar novamente

¹²⁵ BULL. Op. Cit., p. 171.

¹²⁶ WEIL, Prosper. Le droit international en quête de son identité : Cours général de droit international public. In : *Recueil des Cours de la Académie de Droit International de La Haye*, tome 237 (1992-VI), loc.cit.

¹²⁷ Ver o Capítulo II, 2.1.

Hedley Bull, para quem “a doutrina grociana ou solidarista procura construir um mundo mais ordenado, restringindo ou abolindo o recurso à guerra pelos estados”¹²⁸. No segundo caso, pode-se retornar a Fábio Comparato, que percebe a solidariedade como princípio ético fundamental para o respeito à dignidade humana.

Enfim, há uma função no direito internacional que é a de promover a cooperação entre os países e os povos – mas uma coisa é dizer que o direito internacional tem a função de permitir a cooperação e outra, bem diferente, é perguntar qual é a função da própria cooperação dentro do direito internacional. A resposta a esta pergunta emerge do encontro entre realismo e idealismo.

b. Entre realismo e idealismo

A perspectiva realista interpreta as relações internacionais¹²⁹ como resultado da disputa de *poder* e da perseguição de *interesses nacionais*. Assim, ela se traduz em uma teoria dos *meios*¹³⁰ – não dos *fins* – do agir dos Estados. Isso, contudo, não implica necessariamente a permissão para toda sorte de ação. Neste sentido, é importante recordar a percepção do realismo em Raymond Aron, a qual sugere uma conciliação entre força e direito.

Aron rejeita tanto o *cinismo* – que tudo reduz à vontade de poder – como a *ilusão idealista* – que ignora a força como ingrediente da ordem internacional¹³¹. Neste sentido, ele critica a ingenuidade do *idealismo legal*, pelo qual a existência de regras abstratas sem suporte institucional seria o bastante para garantir a paz¹³².

Qui s’imaginait garantir la paix en déclarant la guerre contraire aux lois ressemblait à un médecin qui s’imaginerait guérir les maladies en les déclarant contraires aux aspirations de l’humanité.¹³³

¹²⁸ BULL, H. *A sociedade anárquica*. Brasília: UnB, IPRI, São Paulo: Imprensa Oficial, 2002, p. 269.

¹²⁹ Pelas lentes do realismo, as relações internacionais são “relations entre unités politiques dont chacune revendique le droit de se faire justice elle-même et d’être seule maîtresse de la décision de combattre ou de ne pas combattre” – ARON, Raymond. *Paix et guerre entre les nations*. 3ª ed. Paris : Calmann-Lévy, 1962, p. 20.

¹³⁰ “La théorie des relations internationales part de la pluralité des centre autonomes de décision, donc du risque de guerre et, de ce risque, elle déduit la nécessité du calcul des moyens” – ARON. Op. cit., p. 28.

¹³¹ ARON. Op. cit., p. 569.

¹³² ARON. Op. cit., p. 570.

¹³³ ARON. Op. cit., p. 571.

Pode-se, apressadamente, imaginar que o realismo do internacionalista seria a antítese da moral kantiana. No entanto, o realismo de Aron não se sustenta apenas em argumentos pragmáticos, mas igualmente em argumentos morais. Ele faz notar, por exemplo, que o idealismo pode cair no fanatismo, quando quiser a vitória dos “bons” e a punição dos “maus”, enquadrando a tudo e a todos nos extremos bom/mau e pacífico/belicoso. Assim, mesmo o enfoque moral não pode se deixar levar pela ilusão idealista. A saída prudente encontrada pelo autor é a afirmação do dever de todo Estado de, ao agir legitimamente segundo seus próprios interesses, também considerar os interesses dos outros Estados¹³⁴ – trata-se de estabelecer uma *moral da sabedoria*, como meio termo entre a *moral do combate* e a *moral da lei*¹³⁵.

(...) le prétendu idéalisme (...) au bien dissimule une volonté de puissance, encore plus dangereuse parce qu'elle est inconsciente d'elle-même, ou bien aboutit à des désastres parce qu'elle est incompatible avec l'essence de la politique entre Etats. (...) les hommes d'Etat *doivent* être soucieux de l'intérêt de la collectivité dont ils ont la charge, mais ils ne *doivent pas* ignorer l'intérêt des autres collectivités. Or le *réalisme* – la reconnaissance des égoïsmes nationaux – est plus propice à la prise de conscience, par chacun, des intérêts et des idées des autres que l'idéalisme ou le culte de principes abstraits.¹³⁶

Peut-être l'école réaliste a-t-elle marqué une réaction nécessaire contre la conception naïve d'un ordre international qui se maintiendrait par lui-même, sans autre fondement que le respect de la loi, contre l'idée fausse qu'il suffit d'appliquer les principes (droit des peuples à disposer d'eux-mêmes) pour régler pacifiquement les conflits.¹³⁷

Portanto, realismo e idealismo não são contraditórios, mas complementares¹³⁸. Neste sentido, é reveladora a lição de Celso Lafer, quando afirma que “se o realismo é um ponto de partida de qualquer análise, jamais poderá ser um ponto de chegada, uma vez que significaria, como atitude, sucumbir diante do peso dos fatos e dos condicionamentos”¹³⁹. Assim, realismo e idealismo não se excluem, mas se complementam, para permitir uma construção teórica que seja filha e, ao mesmo tempo, geradora da prática.

No encontro da realidade das relações interestatais com o ideal de realização dos direitos humanos, a cooperação internacional tem a função de garantir direitos por meio da solidariedade. Essa afirmação toma corpo na medida em que se conhece os elementos do

¹³⁴ ARON. Op. cit., p. 572.

¹³⁵ ARON. Op. cit., p. 596.

¹³⁶ ARON. Op. cit., p. 581.

¹³⁷ ARON. Op. cit., p. 586.

¹³⁸ ARON. Op. cit., p. 16.

¹³⁹ LAFER, Celso. O problema da guerra e os caminhos da paz na reflexão de Norberto Bobbio. In: CARDIM, Carlos Henrique. *Bobbio no Brasil: um retrato intelectual*. Brasília: Ed. UnB, 2001, p. 72.

discurso em torno da cooperação (próxima seção, item 2.2), o direito positivo acerca do tema (Capítulo II, seção 2) e a realidade observada por esta pesquisa (Capítulo III).

Deste modo, na próxima seção parte-se para uma abordagem realista, com o enfrentamento do discurso da cooperação internacional. Isso permitirá compreender tanto as suas características de ser heterogêneo e fragmentado, como as suas inevitáveis contradições.

2.2. Entre discurso e contradição

As relações internacionais¹⁴⁰ se desenvolvem na dialética entre *conflito* e *cooperação*, sendo que “o conflito pressupõe incompatibilidade de interesses e a cooperação, pelo contrário, a coordenação de interesses a partir da percepção de problemas comuns”¹⁴¹. É nesta dinâmica de *filia* e *fobia* que os atores das relações internacionais interagem incessantemente.

O conflito ainda é a triste tônica de um mundo belicoso. Malgrado a inocorrência de uma terceira guerra mundial, nos cinquenta anos que seguiram a II Grande Guerra ocorreram mais de duzentos conflitos armados que vitimaram mais de 50 milhões de seres humanos, entre mortos e refugiados¹⁴².

O que explica que os Estados cooperem entre si? A solidariedade? A moral? Uma resposta do mundo à miséria e ao sofrimento humanos? A existência de interesses mútuos? A procura por poder e influência? A necessidade? A existência de problemas ou interesses comuns? A insuficiência objetiva do Estado para resolver problemas domésticos? A percepção de que cooperar evita o conflito, evita a guerra?

¹⁴⁰ Um conceito para as relações internacionais pode ser “o conjunto de contatos que se estabelecem através das fronteiras nacionais entre grupos socialmente organizados” – SEITENFUS, Ricardo. *Relações internacionais*. Barueri: Manole, 2004, p. 2.

¹⁴¹ AYLLÓN, Bruno. La cooperación internacional para el desarrollo: fundamentos y justificaciones en la perspectiva de la teoría de las relaciones internacionales. *Carta internacional*, vol. 2, n° 2, out. 2007, p. 33.

¹⁴² SEITENFUS, Ricardo. *Relações internacionais*. Barueri: Manole, 2004, p. XXIV.

Em meio a tantas indagações, o presente trabalho pretende perguntar pela cooperação, e em especial pela cooperação sanitária, como uma forma de efetivação do direito humano à saúde em países periféricos, de maneira a propor o reconhecimento da cooperação como um direito e como um dever no plano internacional.

Este primeiro capítulo partiu da percepção do princípio ético da solidariedade como elemento relevante da principiologia do direito desde uma perspectiva humanista, que reconhece a primazia dos direitos humanos como síntese dos valores éticos da humanidade¹⁴³. A seguir, analisou-se a afirmação dos direitos sociais, compreendidos no quadro dos direitos humanos, a partir da esquematização das distintas *dimensões* dos direitos. A partir desses pressupostos propôs-se a análise da cooperação internacional, primeiro no que concerne à teoria das relações internacionais. Então a cooperação se apresenta como possibilidade de realização do princípio da solidariedade no plano internacional, seja baseada em valores comuns (paradigma kantiano), seja fundada em interesses estatais (paradigma grociano), de modo a contribuir para a efetivação de direitos sociais, entre os quais está incluído o direito à saúde – objeto do estudo.

Cumpre, pois, compreender o que pode *dizer* o arcabouço conceitual da cooperação internacional (2.2.1), bem como analisar em que medida esse discurso de solidariedade na prática pode se *contradizer* (2.2.2).

2.2.1. Um discurso heterogêneo e fragmentado

A palavra *cooperação* traduz a ideia de trabalhar junto, colaborar¹⁴⁴. No início dos anos 1960, a cooperação já integrava os dicionários especializados de direito internacional, explicada de maneira geral como “ação de trabalhar conjuntamente com os outros”¹⁴⁵. De modo específico, o termo *cooperação internacional* já fazia parte do vocabulário técnico

¹⁴³ Cfr., principalmente, COMPARATO, Fábio Konder. *Ética: direito, moral e religião no mundo moderno*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

¹⁴⁴ Em língua portuguesa, cooperação é o “ato ou efeito de cooperar”, verbo este que significa “atuar, juntamente com outros, para um mesmo fim; contribuir com trabalho, esforços, auxílio; colaborar” – HOUAISS, Antônio et al. *Dicionário Eletrônico Houaiss de língua portuguesa*: versão 1.0. Dezembro de 2001. CD-ROM.

¹⁴⁵ *Dictionnaire de la terminologie du droit international* : publié sous le patronage de l’Union Académique Internationale. Paris : Sirey, 1960, p. 172.

internacionalista, significando “a ação coordenada de dois ou mais Estados tendo em vista atingir resultados por eles considerados desejáveis”¹⁴⁶.

Diferentemente, o *Dicionário* do diplomata brasileiro Rubens Ferreira de Mello, de 1962, apenas indiretamente refere a *cooperação*, sem um verbete específico para o termo. No entanto, em sua obra Mello compila a íntegra da Carta da ONU, a qual no art. 56 refere a cooperação, bem como a Carta da OEA, que faz referência no art. 26, além de trazer várias entradas sobre tratados de cooperação.

Mais recentemente, nos anos 1980, deve-se referir o *Dicionário de política internacional*, de Iákovlev e outros, de cunho socialista, o qual foi redigido quando ainda existia a antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). Para Iákovlev a cooperação é dividida entre aquela que envolvia os países do bloco capitalista, encabeçado pelos Estados Unidos, e aquela outra que existia entre os estados do bloco comunista, capitaneado pela URSS¹⁴⁷. Este dicionário refere a cooperação como “forma das relações económicas internacionais que inclui iniciativas conjuntas na área científica e técnica, construção de diversas empresas, intercâmbio de patentes etc.”¹⁴⁸. E conclui afirmando a “urgência em estabelecer cooperação científico-técnica através de organizações internacionais à escala global e regional como forma de resolver problemas de meio ambiente, promover o aproveitamento racional dos recursos naturais, encorajar a exploração espacial etc.”¹⁴⁹. Nesta obra, seus autores, abertamente soviéticos, sustentam que as tentativas de cooperação envolvendo os blocos antagônicos não teriam frutificado por força da má-vontade exclusivamente norte-americana. Esse posicionamento deve ser lido com reservas, pois é sabido que nenhuma das grandes potências cooperava com a arqui-rival. Ainda que deva ser, por isso, lido com reservas, o texto de Iákovlev é importante porque demonstra o quão difícil é falar em cooperação no período da Guerra Fria. O mais preciso para este período da história das relações internacionais é falar em *alinhamento*, e não exatamente em *cooperação*.

¹⁴⁶ *Dictionnaire de la terminologie du droit international*. Op. cit., p. 173.

¹⁴⁷ IÁKOVLEV, A. N.; ZAMIÁTIN, L. M. (Coord.). *Diccionario de política internacional*. Lisboa: Avante!, 1988, p. 114

¹⁴⁸ IÁKOVLEV; ZAMIÁTIN (Coord.). Op. cit., loc. cit.

¹⁴⁹ IÁKOVLEV; ZAMIÁTIN (Coord.). Op. cit., loc. cit.

Portanto, com um olhar crítico é que deve ser vista a cooperação durante o período da Guerra Fria. Com efeito, Michel Vernières explica que o próprio nascimento da política de cooperação está atrelado ao período de descolonização e à Guerra Fria. Os processos de independência representaram uma perda de poder das antigas metrópoles, de maneira que a cooperação representou uma forma de manter sua influência sobre as ex-colônias. Igualmente, foi em busca do alargamento da influência sobre o mundo bipolarizado que EUA e URSS promoveram políticas de cooperação internacional. Porém, Vernières assevera que a cooperação no mundo bipolarizado atendeu menos ao ideal de desenvolvimento e mais aos objetivos políticos das grandes potências, e critica o fato de essa cooperação ter sido atrelada ao apoio a ditaduras em diversas partes do mundo.¹⁵⁰

O colapso do bloco soviético representou uma alteração *radical* na cooperação internacional¹⁵¹. Contemporaneamente, a cooperação se diversifica, seja porque o Norte não mais está simplificado em dois pólos, seja porque o Sul não é um todo homogêneo, mas apresenta uma gama variada de Estados, com diferentes condições geográficas e em distintas situações econômicas. É neste contexto globalizado que o presente trabalho aborda a cooperação internacional.

Na seara das relações internacionais, compreende-se a cooperação internacional como “a modalidade de cooperação que se realiza entre atores do sistema internacional”¹⁵². Podem-se referir cinco elementos que a compõem:

1. La percepción de que dos o más intereses coinciden y pueden ser alcanzados por ambas partes simultáneamente.
2. La expectativa de una de las partes de que la actuación seguida por la otra parte, o las otras partes si la cooperación fuese multilateral, en orden a lograr sus propios objetivos, le ayuda a realizar sus intereses y valores.
3. La existencia de un acuerdo (expreso o tácito) sobre los aspectos esenciales de las transacciones o de las actividades a realizar.
4. La aplicación de reglas y pautas (protocolos de actuación) que dominarán las futuras transacciones.
5. El desarrollo de las transacciones o actividades para el cumplimiento del acuerdo.¹⁵³

¹⁵⁰ VERNIÈRES, Michel. *Norte y sur: renovar la cooperación*. Bilbao: Mensajero, 1998, p. 9-14.

¹⁵¹ “La desaparición del imperio soviético en este fin del siglo XX ha cambiado radicalmente los datos del problema en materia de cooperación. (...) un mundo diferente exige una cooperación también diferente”. VERNIÈRES. Op. cit., p. 10.

¹⁵² AYLLÓN, Bruno. La cooperación internacional para el desarrollo: fundamentos y justificaciones en la perspectiva de la teoría de las relaciones internacionales. *Carta internacional*, vol. 2, n° 2, out. 2007, p. 33.

¹⁵³ HOLSTI *apud* AYLLÓN. Op. cit., p. 33.

Deste modo, a partir de interesses comuns, os Estados procuram ajustar suas expectativas, realizando um acordo sobre as atividades a serem realizadas, o que exige a aplicação de regras e a definição de uma agenda para, enfim, realizarem-se as ações de cooperação propriamente ditas. Estas características se referem à cooperação em geral, ou seja, àquela cooperação havida entre países sem se perguntar pelas suas diferenças sócio-econômicas.

Diante disso, é importante precisar um tipo de cooperação que visa a contribuir para o desenvolvimento dos países que ainda não chegaram lá. Trata-se da cooperação internacional para o desenvolvimento (CID), cuja definição pode ser a seguinte:

el conjunto de acciones que realizan gobiernos y sus organismos administrativos, así como entidades de la sociedad civil de un determinado país o conjunto de países, orientadas a mejorar las condiciones de vida e impulsar los procesos de desarrollo en países en situación de vulnerabilidad social, económica o política y que, además, no tienen suficiente capacidad para mejorar su situación por si solos.¹⁵⁴

Esse conceito pressupõe a inépcia dos Estados para, sozinhos, melhorarem as condições de vida das pessoas que habitam em seu território. Neste sentido, a cooperação internacional para o desenvolvimento presume a possibilidade de transformar as economias estagnadas ou pré-industrializadas – ou seja, *subdesenvolvidas* – em economias *desenvolvidas*¹⁵⁵. Isso parte, pois, do reconhecimento da *necessidade* de união de esforços.

Em 1949, o *Ponto Quatro* do discurso do presidente norte-americano Truman lançou para o mundo a ideia de que é necessária a assistência técnica de um país a outro, especialmente para auxiliar no desenvolvimento dos países com menor poder tecnológico¹⁵⁶. O programa norte-americano de ajuda ao desenvolvimento implicou, em 1950, a adoção pelo Congresso daquele país da *Lei para o desenvolvimento internacional* (*Act for International Development*). Neste período, a política do *Point Four Programme* estimulou as relações bilaterais norte-americanas de cooperação para o desenvolvimento.

Antes disso, em 1947, George Marshall, então secretário de Estado dos Estados Unidos, em discurso na Universidade de Harvard, apresentou a ideia de reconciliar e reconstruir a Europa por meio da ajuda norte-americana – política que ficou conhecida

¹⁵⁴ AYLLÓN. Op. cit., p. 36.

¹⁵⁵ OCDE. *Vingt-cinq ans de coopération pour le développement*: un examen. OCDE: 1985, p. 11-12.

¹⁵⁶ OCDE. Op. cit., p. 46.

como Plano Marshall¹⁵⁷. Foi no quadro do Plano Marshall que se criou, em 1948, a Organização Europeia de Cooperação Econômica (OECE), que em 1960 foi reformulada pela criação da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Com o sucesso da reconstrução econômica europeia, a cooperação voltou-se para os países *subdesenvolvidos*, no contexto da descolonização africana e asiática – em 1957, Gana havia sido o primeiro país da África subsaariana a se tornar independente.

Retomando o fundamento da *necessidade* de união de esforços, é importante distinguir a cooperação internacional da ajuda externa. Com efeito, cooperar e ajudar não significam a mesma coisa, ao menos na literalidade da nomenclatura. De modo bastante geral, a ajuda traduz-se como uma via de mão única, ao passo que a cooperação pode ser representada por uma via de mão dupla. *Ajudar* é fornecer, prover, prestar auxílio; do outro lado, o verbo vai para a voz passiva: *ser ajudado*. Diferentemente, *cooperar* é, como visto, trabalhar em conjunto; do outro lado, o verbo permanece inalterado: *cooperar*.

Feita essa distinção, é importante referir uma forma especial de ajuda, que foi reconhecida como Ajuda Oficial para o Desenvolvimento (AOD). Trata-se de um conceito estabelecido no marco institucional do Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (CAD/OCDE). A AOD envolve ações de países desenvolvidos em favor de países em desenvolvimento, com um componente de doação¹⁵⁸.

Si la ayuda es de carácter exclusivamente público, bilateral o multilateral, de un país desarrollado a un país en vías de desarrollo, y se cumplen una serie de criterios técnicos, se denomina “Ayuda Oficial al Desarrollo” (AOD). Es el Comité de Ayuda al Desarrollo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (CAD/OCDE), el organismo encargado de establecer estos criterios, de formular las orientaciones técnicas y de compilar los datos estadísticos referentes a los flujos de ayuda y de capital para los países en vías de desarrollo.¹⁵⁹

A AOD em 2005 superou cem bilhões de dólares norte-americanos, procedentes dos países ricos, valor correspondente a 0,33% do PIB destas economias¹⁶⁰, sendo que de

¹⁵⁷ OCDE. Op. cit., p. 77.

¹⁵⁸ Cfr. PENA, Hugo. O que é ajuda externa? In: *Captura Críptica*: direito, política e atualidade. Revista Discente do Curso de Pós-Graduação em Direito. Florianópolis, UFSC, v. 2, n. 1, jan.-jun. 2009, p. 395-402. Disponível em: <<http://www.ccj.ufsc.br/capturacriptica/pena%28n1v2%29.pdf>>. Acesso em 18 set. 2009.

¹⁵⁹ AYLLÓN. Op. cit., p. 37.

¹⁶⁰ Alguns anos antes, Sanahuja apresentava dados menos favoráveis: gasto anual dos países ricos com AOD na ordem de sessenta bilhões de dólares, equivalendo a 0,23% do PIB desses Estados. O mesmo autor informava que nos anos 1990 atingiram-se os menores índices de AOD, equivalente a 0,22% do PIB dos

2000 a 2005 o volume de recursos para AOD aumentou, em média, 11% ao ano¹⁶¹. Parece muito, mas não é. Referindo os números da AOD, Sanahuja critica a pouca eficácia desse instrumento, devida em boa medida à discricionariedade com que ele é conduzido. Além disso, o mesmo autor refere que os investimentos estrangeiros, os lucros das exportações e os créditos dados por bancos privados movimentam mais recursos do que a AOD¹⁶².

Além disso, Sanahuja aponta que a AOD é apenas uma parte do que pode, e deve, ser feito pelos países desenvolvidos para socializar o desenvolvimento:

La ayuda al desarrollo constituye sólo un capítulo dentro del conjunto de políticas que los países avanzados adoptan y que tienen efectos sobre los países en desarrollo. De hecho, algunas de ellas, como las políticas comercial, agrícola o pesquera, las relacionadas con la inversión extranjera, la política de emigración y asilo, o de seguridad y defensa, pueden afectar a los países en desarrollo en mayor medida que la propia ayuda. El esfuerzo realizado por los donantes para otorgar más ayuda y mejorar su calidad puede ser fútil si otras políticas operan en sentido contrario.¹⁶³

Ou seja, AOD é um mecanismo Norte-Sul, de auxílio dos países ricos para os países em desenvolvimento, estabelecido no âmbito de uma organização internacional, a OCDE. Malgrado suas nobres intenções, a AOD é muito menos do que poderia ser e representa montantes menos expressivos do que aqueles de outras atividades estatais que contribuem para a conservação das diferenças entre o Norte e o Sul.

Diante disso, percebe-se que à pluralidade conceitual do tema proposto correspondem contradições que não podem ser negligenciadas – o que será abordado no tópico a seguir. Por ora essas referências da literatura especializada em cooperação internacional são trazidas à tona para precisar os conceitos de cooperação e de ajuda.

Mientras que ‘ayuda exterior’ se refiere a un tipo de asistencia que puede no tener por objetivo último el desarrollo del país beneficiario – por ejemplo las formas de ayuda militar o económica que buscan el interés del donante –, el término ‘cooperación para el desarrollo’, al menos nominalmente, significa que la meta explícita de esa modalidad de ayuda es el desarrollo entendido como una

doadores, ao passo que uma média bem maior, em torno de 0,33% do PIB, representa o volume anual da AOD no período 1969-1998. Os índices mais altos de doação para a AOD se verificam nos países nórdicos, onde as cifras já alcançaram 0,7% do PIB. – SANAHUJA, José Antonio. Entre Washington y Westfalia: desarrollo y cohesión social en la globalización. *Papeles de cuestiones internacionales*, n° 87, 2004, p. 38-39.

¹⁶¹ SANAHUJA, José Antonio. ¿Más y mejor ayuda?: la Declaración de París y las tendencias en la cooperación al desarrollo. In: MESA, Manuela. *Paz y conflictos en el siglo XXI: tendencias globales*. Anuario 2007-2008. Madrid, Barcelona: CEIPAZ, Icaria, 2007, p. 83.

¹⁶² SANAHUJA, José Antonio. Multilateralismo y desarrollo en la cooperación española. In: *La realidad de la Ayuda 2005-2006*. Barcelona: Intermón Oxfam: 2006, p. 117.

¹⁶³ SANAHUJA, José Antonio. ¿Más y mejor ayuda?: la Declaración de París y las tendencias en la cooperación al desarrollo. In: MESA, Manuela. *Paz y conflictos en el siglo XXI: tendencias globales*. Anuario 2007-2008. Madrid, Barcelona: CEIPAZ, Icaria, 2007, p. 80.

iniciativa pactada de común acuerdo entre donante y receptor. Es decir, una relación paritaria, horizontal, de asociación que no remite a una relación desigual, vertical y de subordinación como la que está implícita en el término ‘asistencia para el desarrollo’.¹⁶⁴

A escolha pelo termo *cooperação*, ao invés de *ajuda* ou *assistência*, é uma escolha ideológica¹⁶⁵. Visa a reconhecer ao menos a intenção de diminuir as iniquidades entre os países. Visa a propor uma nova gramática para as relações pacíficas entre os Estados – por oposição às relações de conflito. Visa, enfim, a constituir uma cultura de solidariedade, não de submissão – embora em oposição a esse idealismo esteja todo o peso da história, sobretudo do passado colonial e das relações de alinhamento que pautaram a distribuição do poder no período da Guerra Fria.

É importante precisar, ainda, um especial tipo de ajuda, que não tem a finalidade de contribuir para o desenvolvimento, mas apenas de prestar imediato socorro. Trata-se da ajuda, ou assistência, humanitária.

A assistência humanitária¹⁶⁶ diz respeito a situações agudas que exigem resposta imediata da comunidade internacional, como, por exemplo, o deslocamento de pessoas em decorrência de conflitos armados ou desastres ambientais. Na década de 1990 houve seu reconhecimento como direito, tanto sob o ponto de vista dos Estados que a praticam ou recebem (direito *de* assistência humanitária) como desde a perspectiva das pessoas que dela necessitam (direito *à* assistência humanitária). São princípios norteadores da assistência humanitária o livre acesso às vítimas, a imparcialidade diante do conflito e o respeito aos direitos humanos¹⁶⁷.

Uma vez analisados importantes conceitos da cooperação internacional, cumpre compor sua tipologia. Esta tarefa não tem a intenção de esgotar a análise do tema, mas tão somente visa a apresentar esquemática e didaticamente um aspecto descritivo da temática

¹⁶⁴ AYLLÓN, Bruno. La cooperación internacional para el desarrollo: fundamentos y justificaciones en la perspectiva de la teoría de las relaciones internacionales. *Carta internacional*, vol. 2, n° 2, out. 2007, p. 36.

¹⁶⁵ Também se trata de um eufemismo para respeitar “a dignidade das jovens nações e a igualdade soberana dos Estados” – BOUVERESSE, Jacques. *Droit et politiques du développement et de la coopération*. Paris: PUF, 1990, p. 243.

¹⁶⁶ Ver: AMARAL JR., Alberto do. *O direito de assistência humanitária*. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

¹⁶⁷ JUBILUT, Liliana Lyra. A reforma humanitária da ONU e a necessidade de uma abordagem baseada em direitos para a assistência humanitária internacional. *Carta internacional*, vol. 3, n° 1, fev. 2008, p. 38-41.

abordada. Para tanto, o quadro a seguir apresenta os principais tipos de cooperação internacional.

QUADRO 2 – Tipologia da Cooperação Internacional¹⁶⁸:

Critério	Classificação		
Participação dos Estados	Bilateral	Multilateral	Triangular
Origem dos recursos	Pública	Particular	Mista
Natureza	Política	Econômica	Técnica
Temática	Geral	Setorial	Inter-setorial
Forma	Informal	Formal	Institucional

Quanto à participação dos Estados, a cooperação pode ser bilateral, quando envolver apenas dois Estados; pode ser multilateral, quando envolver vários Estados; ou pode ser triangular, situação especial na qual há um doador, um recebedor e um terceiro que executa as ações de cooperação no país recebedor. A fonte de financiamento implica a distinção entre cooperação pública, quando os recursos são governamentais; privada, quando os recursos são não-governamentais; ou mista, quando há recursos de ambas as fontes. A natureza da cooperação pode a distinguir entre cooperação política, na qual, por exemplo, se fortalecem as instituições democráticas, ou há intercâmbio de experiências eleitorais; cooperação econômica, que visa a aumentar a renda do país recebedor ou a oportunizar ganhos a ambos os envolvidos; ou cooperação técnica¹⁶⁹ que envolve capacitação, troca ou transferência de conhecimento ou tecnologia. Note-se que a cooperação econômica pode ser financeira ou não-financeira, conforme haja, ou não, empréstimos de um país a outro. Note-se, também, que pode haver cooperação mista, com diferentes elementos de ordem política, econômica e técnica. No que se refere à temática da cooperação, ou seja, ao seu objeto, pode se tratar de cooperação geral, sem um escopo delimitado (normalmente o início dos laços de cooperação), mas também pode tratar-se de cooperação setorial (por exemplo, em matéria de saúde pública) ou inter-setorial (envolvendo mais de um setor da administração e das políticas públicas, por exemplo: ambiental e sanitária). Finalmente, quanto à forma, a cooperação pode ser informal, quando não houver documento ou acordo que a constitua ou regule, mas também pode ser, e normalmente é, formal. A formalização da cooperação dá-se por meio de acordos de

¹⁶⁸ Elaborado pelo autor a partir de toda a bibliografia referida nesta seção.

¹⁶⁹ A cooperação técnica compreende em torno de um quarto da AOD. – LOPES, Carlos. *Cooperação e desenvolvimento humano: a agenda emergente para o novo milênio*. São Paulo: UNESP, 2005, p. 61.

cooperação celebrados entre os Estados ou entre Estados e organizações. Um tipo especial de formalização da cooperação internacional é a sua institucionalização, ou seja, a sua constituição e regulamentação por organismos internacionais multilaterais.

O Brasil participa ativamente da cooperação internacional. A cooperação é vista como uma dimensão fundamental das relações internacionais brasileiras. No país, o órgão governamental responsável pela negociação e memória de acordos de cooperação técnica é a Agência Brasileira de Cooperação (ABC). Cumpre referir o discurso do Estado brasileiro em matéria de cooperação. Veja-se o entendimento sobre cooperação técnica:

O Brasil entende a cooperação técnica internacional como uma opção estratégica de parceria, que representa um instrumento capaz de produzir impactos positivos sobre populações, alterar e elevar níveis de vida, modificar realidades, promover o crescimento sustentável e contribuir para o desenvolvimento social.¹⁷⁰

Ainda no entendimento brasileiro:

A cooperação técnica internacional constitui importante instrumento de desenvolvimento, auxiliando um país a promover mudanças estruturais nos seus sistemas produtivos, como forma de superar restrições que tolhem seu natural crescimento. Os programas implementados sob sua égide permitem transferir conhecimentos, experiências de sucesso e sofisticados equipamentos, contribuindo assim para capacitar recursos humanos e fortalecer instituições do país receptor, a possibilitar-lhe salto qualitativo de caráter duradouro.¹⁷¹

O Estado brasileiro distingue, ainda, entre *cooperação horizontal* (Sul-Sul) e *cooperação recebida do exterior*:

A cooperação técnica no Brasil é desenvolvida segundo duas vertentes: a cooperação horizontal e a cooperação recebida do exterior.

A cooperação horizontal refere-se à cooperação técnica implementada pelo Brasil com outros países em desenvolvimento, por meio da qual é promovido o adensamento de suas relações e o estreitamento dos seus laços políticos e econômicos.

A cooperação recebida do exterior abrange as cooperações técnicas bilateral e multilateral, e busca a internalização de conhecimentos técnicos disponibilizados por organismos internacionais (cooperação multilateral) e por países mais desenvolvidos (cooperação bilateral), dentro da ótica de aceleração do processo de desenvolvimento nacional.¹⁷²

Há, ainda, uma terceira precisão terminológica, quanto à *cooperação triangular*:

Triangulação é a modalidade de Cooperação Técnica na qual dois países implementam ações conjuntas com o objetivo de prover capacitação profissional, fortalecimento institucional e intercâmbio técnico para um terceiro. O Brasil, à medida que alcança gradações mais altas nos fóruns internacionais, aparece como nação central para este tipo de política de cooperação. O país possui um

¹⁷⁰ ABC. ABC. Disponível em: http://www.abc.gov.br/abc/abc_ctpd.asp. Acesso em: 22 abr. 2007.

¹⁷¹ ABC. *Cooperação técnica*. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/ct/ct.asp>. Acesso em: 22 abr. 2007.

¹⁷² ABC. *Cooperação técnica*. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/ct/ct.asp>. Acesso em: 22 abr. 2007.

número expressivo de instituições de excelência em diversas áreas do conhecimento, mantém com os demais países em desenvolvimento laços culturais de amizade e apresenta um histórico de superação dos problemas comuns às nações do chamado “terceiro” mundo.¹⁷³

A cooperação internacional pode se desenvolver bilateral ou multilateralmente:

A cooperação técnica multilateral é aquela desenvolvida entre o Brasil e organismos internacionais com mandato para atuar em programas e projetos de desenvolvimento social, econômico e ambiental.¹⁷⁴

Verifica-se que a nomenclatura assumida pelo Brasil prefere o termo *cooperação* ao termo *ajuda*, com enfoque em relações horizontais, especialmente com outros países em desenvolvimento ou em relações triangulares. Essa é uma escolha ideológica, como se verá no momento de analisar os acordos bilaterais de cooperação do Brasil com os países africanos de língua portuguesa¹⁷⁵. Visto o panorama conceitual da cooperação, tanto em geral como no contexto brasileiro, passa-se a analisar as contradições que esse discurso oculta.

2.2.2. As contradições realistas de um discurso idealista

O sistema internacional de cooperação internacional para o desenvolvimento (CID) possui as seguintes características¹⁷⁶: é *discricionário*, pois os Estados não são coagidos a oferecer recursos para cooperar com o desenvolvimento; é *plural*, pois há muitos atores da cooperação, que atuam de maneiras distintas; é *especializado*, havendo atores cooperantes que são dedicados a temas específicos; é *descentralizado*, em função da inexistência de um poder central que regule a cooperação no plano internacional.

Um tema importante da cooperação, especialmente da cooperação técnica¹⁷⁷, é a construção ou o desenvolvimento de capacidades. Embora o termo *construção de capacidades* (*capacity building*) tenha sido utilizado nas iniciativas de cooperação, o termo *desenvolvimento* de capacidades é considerado mais adequado para traduzir o que efetivamente se pretende com a cooperação técnica, que é fortalecer as capacidades que já

¹⁷³ ABC. ABC. Disponível em: http://www.abc.gov.br/abc/abc_ctpd_triangular.asp. Acesso em: 22 abr. 2007.

¹⁷⁴ ABC. ABC. Disponível em: http://www.abc.gov.br/abc/abc_ctrm.asp. Acesso em: 22 abr. 2007.

¹⁷⁵ Capítulos III e IV, *infra*.

¹⁷⁶ AYLLÓN, Bruno. La cooperación internacional para el desarrollo: fundamentos y justificaciones en la perspectiva de la teoría de las relaciones internacionales. *Carta internacional*, vol. 2, n° 2, out. 2007, p. 38.

¹⁷⁷ Sobre cooperação para transferência de tecnologia, ver: BOUVERESSE, Jacques. *Droit et politiques du développement et de la coopération*. Paris: PUF, 1990, p. 278-292.

existem nos países em desenvolvimento¹⁷⁸. Pode-se compreender capacidade, de maneira geral, como “a habilidade de desempenhar funções, resolver problemas e definir e atingir objetivos”¹⁷⁹, tratando-se de algo essencial para o desenvolvimento.

Com efeito, o desenvolvimento de capacidades¹⁸⁰ em países em desenvolvimento não é um fim em si mesmo, mas um meio. O fim é o próprio desenvolvimento do país. Esse desenvolvimento é qualificado, trata-se do *desenvolvimento humano sustentável*, uma concepção desenvolvimentista focada na dignidade da pessoa humana e no respeito ao meio ambiente. Enfim, visa ao “desenvolvimento *de* pessoas, *por* pessoas e *para* pessoas”¹⁸¹.

Não obstante isso, o esforço internacional pelo desenvolvimento de capacidades recebe duras críticas, pelas limitações à cooperação que ele próprio engendra. Por exemplo, critica-se o fato de que governos cooperantes muitas vezes investem em objetivos de curto prazo que não são centrais para o desenvolvimento sócio-econômico do país receptor – ou seja, muitas iniciativas desenvolvem capacidades que acabam não trazendo impacto importante no desenvolvimento do próprio país em questão. Além disso, não raro a capacidade desenvolvida, com o passar do tempo, é perdida, sem ter contribuído significativamente para o desenvolvimento. Outra crítica reside no fato de que a cooperação técnica para desenvolvimento de capacidades comumente foca na capacitação individual, que muitas vezes não redunde em ganhos para a sociedade. Também se critica o fato de que, muitas vezes, iniciativas de cooperação técnica restringem-se ao desenvolvimento de capacidades no seio do funcionalismo público governamental, sem a necessária correspondência na sociedade civil ou no setor privado. Uma importante crítica se refere ao controle e à coordenação dos projetos de cooperação, que ficam a cargo do

¹⁷⁸ LOPES, Carlos. *Cooperação e desenvolvimento humano: a agenda emergente para o novo milênio*. São Paulo: UNESP, 2005, p. 45.

¹⁷⁹ LOPES. Op. cit., p. 86. De acordo com o PNUD, “Capacity is the ability of actors (individuals, groups, organizations, institutions, countries) to perform specified functions (or pursue specified objectives) effectively, efficiently and sustainably” – PNUD. *Capacity development for sustainable human development: conceptual and operational signposts*. Nova Iorque: 1995. Disponível em: <<http://mirror.undp.org/magnet/cdrb/CAPDEV.htm>>. Acesso em 30 set. 2008.

¹⁸⁰ O PNUD adota o seguinte conceito de desenvolvimento de capacidades: “Capacity development refers to the efforts by actors themselves or others to enhance their ability to achieve their objectives or perform their functions more effectively, efficiently and sustainably” – PNUD. Op. cit.

¹⁸¹ Segundo o PNUD: “SHD [Sustainable Human Development] is people-centred, which means it is development **of** people, **by** people and **for** people. Development of people means investing in developing their capacities and capabilities. Development by people means that people make or participate in the decisions about their own development. Development for people means that the sustained well-being of all people on earth over generations is the ultimate goal of development”. PNUD. Op. cit.

país doador, sem a adequada participação do país receptor da capacitação, o que repercute em falta de articulação entre a cooperação técnica e os programas nacionais de desenvolvimento. Esse debate crítico sobre o desenvolvimento de capacidades é promovido pelo PNUD, que propõe a compreensão do desenvolvimento de capacidades como parte de algo bem mais amplo, que é o desenvolvimento, como um todo, dos países nos quais são investidos recursos de cooperação técnica.

O desenvolvimento de capacidades envolve três níveis, os quais exigirão diferentes abordagens da cooperação internacional. Em um nível *individual*, trata-se de capacitar pessoas para desenvolver habilidades, considerando a continuidade do processo de aprendizagem¹⁸². Além do escopo individual, há a esfera *institucional* do desenvolvimento de capacidades, a qual diz respeito tanto à aptidão de trabalhar em equipe como à estruturação das instituições. Neste caso, o ideal é primar pela melhoria das instituições que já existam no país em desenvolvimento, ao invés de criar novas instituições a partir do olhar do país desenvolvido, o que pode não trazer resultados esperados por haver desconsiderado as condições e a cultura local. Finalmente, em um terceiro plano, está o desenvolvimento de capacidades *sociais* para a transformação de toda a sociedade a fim de alcançar o desenvolvimento¹⁸³.

A dimensão social do desenvolvimento de capacidades, por ser de difícil aferição, por demandar longo prazo e por dar menos visibilidade ao doador, é menos praticada pelos países desenvolvidos. Ela também é prejudicada pela *fuga de cérebros*, ou seja, são desenvolvidas capacidades no nível individual, mas essas pessoas acabam recebendo oportunidades de trabalho nos países desenvolvidos. Os países que financiaram a cooperação depois se beneficiam dela, com os serviços dos profissionais capacitados. Assim, embora sejam capacitados cidadãos nacionais de países em desenvolvimento, tais pessoas contribuem para o desenvolvimento do seu próprio país muito menos do que poderiam.

Portanto, é necessário integrar os três níveis do desenvolvimento de capacidades. Do contrário, caso a cooperação seja limitada ao nível individual, como muitas vezes

¹⁸² LOPES, Carlos. *Cooperação e desenvolvimento humano: a agenda emergente para o novo milênio*. São Paulo: UNESP, 2005, p. 48 e 87.

¹⁸³ LOPES. Op. cit., p. 87.

ocorre, ficará prejudicada a sustentabilidade da cooperação técnica, no sentido de que o país ajudado ficará dependente de contínuos programas de capacitação sem conseguir capacitar ele mesmo os seus próprios nacionais. Por exemplo, o oferecimento de bolsas para estudantes de países em desenvolvimento desenvolve capacidades no plano individual. Se estes profissionais obtiverem colocação profissional em um país desenvolvido contribuirão limitadamente para o desenvolvimento de capacidades sociais no seu país de origem. Diferentemente, se eles trabalharem em seus países, poderão desenvolver as universidades locais, o que dará sustentabilidade à iniciativa de cooperação técnica, no sentido de que ela será transitória, até que o país em desenvolvimento passe a qualificar ele próprio os seus recursos humanos.

No terceiro capítulo, serão apresentadas iniciativas de cooperação internacional sanitária que contemplam o desenvolvimento de capacidades em matéria de saúde pública. Especialmente, será analisada a cooperação entre o Brasil e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). Neste âmbito, há projetos para a capacitação de pessoas que envolvem tanto a formação à distância de pessoal de nível técnico nos PALOP, como a criação de Escolas de Saúde Pública e de cursos de mestrado nestes países africanos. Tais iniciativas contemplam tanto o nível individual como o nível institucional do desenvolvimento de capacidades, o que a princípio estimula a sustentabilidade dessa cooperação técnica.

Cumprir notar que o termo *sustentabilidade*, em matéria de cooperação internacional, especialmente de cooperação técnica para o desenvolvimento de capacidades, pode ter duplo significado. Por um lado, pode significar que a cooperação para o desenvolvimento não deve visar somente a aspectos econômicos do desenvolvimento, tais como o incremento da renda ou a industrialização. A cooperação pretende contribuir para o *desenvolvimento sustentável* de acordo com a perspectiva ambiental afirmada desde o Relatório Brundtland, segundo o qual:

Desenvolvimento sustentável é o desenvolvimento que busca atender às necessidades do presente sem comprometer a capacidade das futuras gerações de atenderem as suas próprias necessidades.¹⁸⁴

¹⁸⁴ No original: "Sustainable development is development that meets the needs of the present without compromising the ability of future generations to meet their own needs". BRUNDTLAND, Gro Harlem (Coord.). *Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future*. 1987. Disponível em: <<http://www.un-documents.net/wced-ocf.htm>>. Acesso em: 30 set. 2008.

Por outro lado, não menos importante é o outro significado da *sustentabilidade*, entendida como a possibilidade/capacidade de o país receptor da cooperação prosseguir por si mesmo. Ou seja, aqui a sustentabilidade tem a ver com a transitoriedade da cooperação internacional, a qual não deve gerar dependência nos países em desenvolvimento. Bem ao contrário, a cooperação tem por objetivo dar-lhes meios de conceber e implementar políticas públicas por si mesmos, com o fim último de dar condições de vida digna a todas as pessoas que neles habitam.

Nos dias atuais, a cooperação está focada, ao menos em tese, na busca por sustentabilidade – neste sentido que lhe é próprio. Em função disso, busca-se conceber *programas* de cooperação, ao invés de conceber apenas *projetos*¹⁸⁵. Estes têm abrangência temática e temporal mais restrita do que aqueles, os quais contemplam objetivos complexos e multissetoriais de longo prazo.

Seguramente, os dois significados da *sustentabilidade* se complementam, até porque dizem respeito a coisas distintas. Afinal, deve-se fomentar o desenvolvimento, sem criar dependência de cooperação, e isso deve ocorrer sem prejudicar as futuras gerações.

No entanto, a experiência da cooperação internacional tem demonstrado que é muito difícil não gerar dependência nos países em desenvolvimento. Especialmente, a prática de instituir a cooperação por meio de acordos bilaterais envolvendo um país desenvolvido e outro em desenvolvimento estimula a dependência externa¹⁸⁶.

Além de se tornarem dependentes da cooperação internacional, muitos países em desenvolvimento ficam condicionados por ela. Ou seja, para ter acesso à cooperação promovida pelos países desenvolvidos, os países do Sul devem atender a determinados requisitos.

Com efeito, um traço característico bastante recorrente na cooperação atual é a *seletividade*, que significa condicionar o fornecimento de cooperação à existência de *boas práticas políticas* nos Estados receptores da cooperação. O discurso da seletividade diz,

¹⁸⁵ LOPES, Carlos. *Cooperação e desenvolvimento humano: a agenda emergente para o novo milênio*. São Paulo: UNESP, 2005, p. 65.

¹⁸⁶ SEITENFUS, Ricardo. *Manual das organizações internacionais*. 4. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005, p. 163.

por exemplo, que não se devem destinar recursos a países com elevada corrupção, ou que não respeitem um *standard* mínimo de proteção dos direitos humanos, ou ainda que não protejam o meio ambiente. Por outro lado, em função da discricionariedade característica ao sistema internacional de cooperação, os países cooperantes do Norte podem estabelecer padrões de seletividade que atendam a seus próprios interesses – por exemplo, a adoção de “ajustes” econômicos de cunho liberal ou a adoção de políticas públicas de combate ao tráfico internacional de entorpecentes.

Diante dessa dubiedade, a seletividade recebe críticas na literatura especializada da cooperação internacional. Com efeito, é comum aos países em desenvolvimento sofrer de problemas tais como a corrupção, a violação dos direitos humanos e a destruição ambiental. Ou seja, a condição de país em desenvolvimento implica a prática justamente daqueles atos que impedem o recebimento da cooperação internacional.

Além de dificultar o acesso a recursos, a seletividade também pode encerrar contradições insuperáveis, por exemplo, quando um país desenvolvido que aplica critérios de seletividade *à la carte*, exigindo de alguns países em desenvolvimento o respeito a direitos humanos e à forma democrática de governo, mas ao mesmo tempo cooperando com países ditatoriais e contumazes violadores de direitos humanos, quando por razões políticas isso for conveniente. Assim, a seletividade pode ser uma fácil justificativa para que os países ricos limitem sua contribuição para o desenvolvimento sem romper com o discurso politicamente correto. Nesta hipótese, a seletividade pode contribuir para a irresponsabilidade internacional.

Além disso, como nota Sanahuja, é evidente que os países excluídos pela seletividade da cooperação internacional são precisamente os que dela mais necessitam. Portanto, o critério deveria ser aplicado ao contrário: “os países com instituições políticas mais débeis deveriam receber mais ajuda, e não menos”¹⁸⁷. Diante da realidade da seletividade, que limita a solidariedade internacional, aqueles países verdadeiramente

¹⁸⁷ SANAHUJA, José Antonio. ¿Más y mejor ayuda?: la Declaración de París y las tendencias en la cooperación al desarrollo. In: MESA, Manuela. *Paz y conflictos en el siglo XXI: tendencias globales*. Anuario 2007-2008. Madrid, Barcelona: CEIPAZ, Icaria, 2007, p. 79.

comprometidos com a promoção da dignidade humana alhures deverão promover uma cooperação de segunda ordem: a “ajuda anterior à ajuda”¹⁸⁸.

Mesmo quando os países conseguem ter acesso a recursos de cooperação, critica-se o fato de que boa parte destes recursos não é aplicada para a finalidade do desenvolvimento. Referindo os programas de cooperação sob respaldo da ONU, Seitenfus afirma que “há reduzida eficácia pois uma parte considerável dos gastos é feito com atividades-meio”¹⁸⁹. Além deste problema, o autor cita outro, referente à falta de coerência e coordenação entre os diversos organismos que lidam com a cooperação internacional.

O rol de críticas à cooperação técnica é extenso. Ela pode tolher o desenvolvimento de capacidades locais, quando o conhecimento vier do exterior em substituição ao que se faz localmente. Ademais, ao financiar a cooperação, o país doador muitas vezes ignora o ponto de vista da comunidade local¹⁹⁰, impondo o seu diagnóstico dos problemas e as suas soluções; isso gera um déficit democrático, além de distorcer as prioridades que o Estado recebedor da ajuda pode ter planejado em seu orçamento. Além disso, essa imposição do rumo a seguir muitas vezes é pautada por interesses do Estado doador, que prima por escolher implementar ações de grande visibilidade, mesmo que existam outras necessidades, porém de menor repercussão mediática. Ainda, existe o problema da condicionalidade da ajuda à exigência de que o país recebedor contrate produtos ou serviços oriundos do país doador, o que gera custos que talvez pudessem ser evitados, além de limitar a autonomia dos Estados ajudados. Enfim, caso um mesmo país receba ajuda de mais de um país doador, há o problema de ter que lidar com diferentes sistemas de avaliação e de gerenciamento, uma vez que para cada programa de cooperação o recebedor

¹⁸⁸ Segundo Ieciona Lopes: “um dos perigos da elevada seletividade por parte dos doadores (em oferecer ajuda aos países que podem utilizá-la melhor) irá atingir milhões de pessoas pobres que vivem em países que, com capacidades institucionais frágeis, não se qualificarão como bons locais de recebimento de ajuda. Os doadores que se comprometem com a redução da pobreza – especialmente com os mais pobres dos pobres – terão que ajudar a construir capacidade naqueles lugares não mais vistos como ‘eficientes’ recebedores de auxílio. Nesse sentido, eles precisarão oferecer ‘ajuda anterior à ajuda’, ou seja, construir capacidades para que os países recebedores sejam capazes de maximizar os recursos provenientes de assistência internacional” – LOPES, Carlos. *Cooperação e desenvolvimento humano: a agenda emergente para o novo milênio*. São Paulo: UNESP, 2005, p. 70.

¹⁸⁹ SEITENFUS, Ricardo. *Manual das organizações internacionais*. 4. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005, p. 163.

¹⁹⁰ Neste sentido, Ribeiro adverte que “o fracasso de um projeto [de cooperação técnica] é quase certo se os atores desenvolvimentistas forem incapazes de fazer com que as pessoas na base entendam o que o projeto é, como deve ser implementado ou usado.” – RIBEIRO, Gustavo Lins. Poder, redes e ideologia no campo do desenvolvimento. *Novos Estudos – CEBRAP*, n° 80, São Paulo, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002008000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 set. 2008.

deverá cumprir com exigências e formalidades distintas. Essas críticas são referidas por Carlos Lopes¹⁹¹. Embora este autor não coloque em questão a distinção entre cooperação vertical e cooperação horizontal, pode-se fazê-lo, para concluir que tais críticas são próprias de esquemas de cooperação verticais, os quais atenderiam melhor à nomenclatura de *ajuda* do que de *cooperação*, como já foi distinguido.

Com efeito, na *cooperação vertical* há a figura do doador e a figura do receptor da ajuda. Aqui está inserida, por exemplo, a cooperação havida no escopo da OCDE, financiada pelos países desenvolvidos. Não é sem razão que neste âmbito se fala em AOD (Ajuda Oficial para o Desenvolvimento). Realmente, no caso da cooperação vertical é mais apropriado falar em *ajuda*.

Por outro lado, a cooperação horizontal percebe uma relação, se não de igualdade, de proximidade, entre os Estados envolvidos. Trata-se da cooperação Sul-Sul, ou seja, entre países em desenvolvimento. Contudo, seria ingênuo imaginar que todos os países em desenvolvimento estão em pé de igualdade. Pode-se distinguir, por exemplo, entre os Países em Desenvolvimento e os Países Menos Avançados. Além disso, a cooperação horizontal pode gerar interdependência entre as partes cooperantes. Malgrado sejam feitas tais ressalvas, é possível concluir que a horizontalidade pode permitir superar os problemas referidos.

A crítica da cooperação Norte-Sul (vertical) parte do pressuposto de que a finalidade da cooperação se encontra, de maneira praticamente inconteste, no desenvolvimento. Neste sentido se fala em cooperação para o desenvolvimento (CID) e se realizam os esforços da OCDE na matéria. Entretanto, a própria noção de desenvolvimento pode ser questionada – o discurso do desenvolvimento, assim como o discurso da cooperação, guarda importantes contradições.

Muitas vezes um lugar comum, o desenvolvimento já foi ironicamente comparado a uma religião, por ser aceito de maneira inconteste e por ser considerada verdadeira heresia

¹⁹¹ LOPES, Carlos. *Cooperação e desenvolvimento humano: a agenda emergente para o novo milênio*. São Paulo: UNESP, 2005, p. 84-85.

qualquer oposição a ele¹⁹². Sua aceitação, no entanto, não se dá de maneira homogênea, porque existem muitas concepções acerca do desenvolvimento, que refletem uma rica nomenclatura. Neste sentido, Ribeiro leciona o seguinte:

A variação das apropriações da idéia de desenvolvimento, assim como as tentativas de reformá-la expressam-se nos numerosos adjetivos que formam parte da sua história: industrial, capitalista, para dentro, para fora, comunitário, desigual, dependente, sustentável, humano. Essas variações e tensões refletem não apenas as experiências históricas acumuladas por diferentes grupos de poder em suas lutas por hegemonia internamente ao campo do desenvolvimento, mas também diferentes momentos de integração do sistema capitalista mundial.¹⁹³

Lopes recorda que existe uma suposição de que a ajuda externa seria uma necessidade transitória dos países ainda não desenvolvidos, de receber recursos dos Estados já desenvolvidos, o que permitiria aos primeiros, após algum tempo, alcançar o desenvolvimento. Tal visão é duramente criticada pelo autor, nos seguintes termos:

Essa análise simples e direta é de fato bem problemática. (...), ela se baseia na idéia artificial de que o “desenvolvimento” pode ser atingido por todos, como se fosse um processo linear. No entanto, o sistema global moderno requer acesso desigual aos recursos para poder funcionar.¹⁹⁴

Essa desigualdade, inerente ao sistema capitalista, é refletida na nomenclatura do desenvolvimento. Novamente conforme Ribeiro:

Não é por acidente que a terminologia do desenvolvimento tenha envolvido normalmente o uso de metáforas que se referem a espaço ou a ordem de forma hierarquizada: desenvolvido/subdesenvolvido, adiantado/atrasado, Primeiro Mundo/Terceiro Mundo etc. Essa hierarquia é instrumental, serve para fazer crer na existência de um ponto que pode ser atingido caso siga-se um tipo de receita mantida por aqueles Estados-nação que lideram a "corrida" para um futuro melhor.¹⁹⁵

Lopes concorda com esse entendimento e reitera a existência de hierarquia e iniquidades latentes no jargão desenvolvimentista¹⁹⁶. Ainda conforme Ribeiro,

¹⁹² MAYBURY-LEWIS *apud* RIBEIRO, Gustavo Lins. Poder, redes e ideologia no campo do desenvolvimento. *Novos Estudos – CEBRAP*, n° 80, São Paulo, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002008000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 set. 2008.

¹⁹³ RIBEIRO. Op. cit., loc. cit.

¹⁹⁴ LOPES, Carlos. *Cooperação e desenvolvimento humano: a agenda emergente para o novo milênio*. São Paulo: UNESP, 2005, p. 111.

¹⁹⁵ RIBEIRO, Gustavo Lins. Poder, redes e ideologia no campo do desenvolvimento. *Novos Estudos – CEBRAP*, n° 80, São Paulo, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002008000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 set. 2008.

¹⁹⁶ Comentando a obra de Ribeiro, Lopes afirma o seguinte: “A indústria do desenvolvimento cria objetos das iniciativas de desenvolvimento em vez de parceiros. Isso é exemplificado na linguagem do desenvolvimento, que está cheia de termos de hierarquia e desigualdade: assistência, desenvolvido e em desenvolvimento,

“‘Desenvolvimento’ opera como um sistema de classificação, estabelecendo taxonomias de povos, sociedades e regiões”¹⁹⁷. Por isso, o discurso do desenvolvimento, especialmente no tocante à cooperação vertical, não é isento de críticas.

Para além da cooperação vertical, existem formas de cooperação mistas, que envolvem simultaneamente relações de verticalidade e de horizontalidade. De fato, na cooperação triangular existe a figura do receptor, o papel do doador e um terceiro, que pode ser um país desenvolvido (assim como o financiador), mas que também pode ser um país em desenvolvimento (tal como o receptor). O terceiro é aquele que executa o projeto ou o programa de cooperação no país beneficiário utilizando os recursos provenientes do país desenvolvido.

Outra crítica, esta mais objetiva, que se pode fazer ao discurso da cooperação internacional diz respeito ao foco em objetivos de curto prazo. Os países financiadores têm pressa por resultados, mas o desenvolvimento é sempre um objetivo de longo prazo. Por exemplo, a cooperação técnica de curto prazo se ocupa apenas com o desenvolvimento de capacidades individuais, descuidando das capacidades institucionais e sociais¹⁹⁸. Como foi visto, isso contribui muito limitadamente para a transformação dos países em desenvolvimento em países desenvolvidos. Consequentemente, isso dificulta a efetivação dos direitos sociais nesses Estados, pois ela não ocorre em um instante.

A efetivação do direito à saúde, por exemplo, abrange a promoção da saúde, no sentido de informar a população a respeito de cuidados básicos, bem como a criação de uma estrutura institucionalizada (unidades de saúde, hospitais, laboratórios de diagnósticos e de medicamentos, farmácias etc.) que exige pessoal qualificado (profissionais da saúde, administradores etc.). Tudo isso é implementado a partir de políticas públicas¹⁹⁹ delineadas e executadas pelo Estado que, para tanto, deverá ser capaz de conceber e executar tais políticas. Compreende-se, então, a importância do desenvolvimento de capacidades de maneira sustentável, o que não se pode alcançar em curto prazo.

doadores e receptores etc.” – LOPES, Carlos. *Cooperação e desenvolvimento humano: a agenda emergente para o novo milênio*. São Paulo: UNESP, 2005, p. 89.

¹⁹⁷ RIBEIRO, Gustavo Lins. Op. cit., loc.cit.

¹⁹⁸ LOPES, Carlos. *Cooperação e desenvolvimento humano: a agenda emergente para o novo milênio*. São Paulo: UNESP, 2005, p. 59.

¹⁹⁹ Ver: DALLARI, Sueli Gandolfi. Políticas de Estado e políticas de governo: o caso da saúde pública. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). *Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006, p. 247-266.

Entretanto, ainda que a cooperação esteja focada em resultados de longo prazo que sejam sustentáveis, mesmo que sejam superados obstáculos referentes à condicionalidade, à seletividade e aos vultosos gastos com atividades-meio, ainda assim resta um problema de cunho político e ideológico. Tratam-se dos valores transferidos através da cooperação internacional, que são valores do Norte, e dos interesses econômicos dos países doadores. Neste sentido, especialmente com relação à cooperação que visa ao desenvolvimento de capacidades, Lopes questiona o seguinte:

O desenvolvimento de capacidades é um processo político carregado de juízos de valor. Serão desenvolvidas as capacidades de quem? Quem serão os vencedores e perdedores se esses valores forem operacionalizados?²⁰⁰

E conclui:

O movimento em direção ao desenvolvimento de capacidades está forçando os doadores a reconhecer que suas atividades – de fato, sua própria presença – em um país nunca são neutras.²⁰¹

Todas essas contradições acalentadas pelo discurso da cooperação perpassam seu histórico. Como já foi dito, a cooperação internacional, como técnica, é tema relativamente recente, embora em sentido amplo a cooperação seja a antítese do conflito desde os primórdios das relações entre Estados. A seguir serão apresentados, em breves linhas, alguns apontamentos da prática da cooperação a partir do Pós-guerra. O quadro a seguir resume as principais tendências da cooperação desde então.

QUADRO 3 – Resumo das tendências da cooperação internacional²⁰²:

Anos 1950	Reconstrução da Europa. Grandes investimentos em infra-estrutura. Estados Unidos: programa do <i>Ponto Quatro</i> do discurso do presidente Truman.
Anos 1960	Busca por crescimento econômico. Empréstimos em dinheiro para o terceiro mundo. Grandes campanhas de vacinação.
Anos 1970	Desenvolvimento rural, preocupação com emprego. Enfoque na promoção das necessidades básicas das pessoas.
Anos 1980	Reforma e liberalização das economias: privatização e desregulação. Concessão de empréstimos.

²⁰⁰ LOPES, Carlos. *Cooperação e desenvolvimento humano: a agenda emergente para o novo milênio*. São Paulo: UNESP, 2005, p. 69.

²⁰¹ LOPES. Op. cit., p. 70.

²⁰² Elaborado com base nos autores referidos nesta seção.

Anos 1990	Democracia. Governança. Participação popular na cooperação. Enfoque no desenvolvimento sustentável. Perspectiva de gênero. Renovação da agenda da cooperação internacional, com as Conferências da ONU sobre temas ligados ao desenvolvimento.
Anos 2000	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Distorções provocadas pelos atentados de 11 de setembro de 2001.

Segundo lecionam Bruno Ayllón²⁰³ e Michel Vernières²⁰⁴, entre outros, o sistema internacional de cooperação para o desenvolvimento tem se construído a partir de três dinâmicas internacionais: Leste-Oeste, Norte/Sul e globalização. A primeira dizia respeito à Guerra fria, às iniciativas engendradas pelo Plano Marshall (1948-1952), à política de alinhamento, de contenção do comunismo e à divisão da Europa. Ocorreram pesados investimentos para a reconstrução da Europa, arrasada pela II Guerra, especialmente para a recuperação das indústrias europeias. Já no início do período da bipolaridade, o presidente Truman, em discurso de 1949, cunhou os termos “desenvolvimento” e “subdesenvolvimento”.

A dinâmica Norte/Sul, por sua vez, foi consequência da descolonização da África e da Ásia, quando surgiram novos Estados, ou seja, novos atores das relações internacionais. A antiga relação metrópole-colônia cedeu lugar relações de dependência que impulsionam cooperação interessada na conservação de antigos laços de influência e poder. Neste período houve um esforço dos países em desenvolvimento em buscar seus próprios interesses, ou seja, de escapar da armadilha da bipolaridade. Neste contexto ocorreram a Conferência de Bandung²⁰⁵ de 1955, o Movimento dos Não-Alinhados e a Conferência das Nações Unidas para o Comércio e o Desenvolvimento (UNCTAD) de 1964, na qual se forjou o Grupo dos 77, o qual se opunha às concepções liberais dos países do Norte²⁰⁶.

Em um terceiro momento, a globalização marcou o fim da bipolaridade. Paralelamente ao aumento da dependência econômica, consagram-se novos atores das

²⁰³ AYLLÓN, Bruno. La cooperación internacional para el desarrollo: fundamentos y justificaciones en la perspectiva de la teoría de las relaciones internacionales. *Carta internacional*, vol. 2, n° 2, out. 2007, p. 34-35.

²⁰⁴ VERNIÈRES, Michel. *Norte y sur: renovar la cooperación*. Bilbao: Mensajero, 1998, p. 10-14.

²⁰⁵ A Conferência da Bandung, que em 1955 reuniu dezenas de países em desenvolvimento da Ásia e da África, “é geralmente considerada como símbolo da ‘emergência dos povos do terceiro mundo na cena internacional’” – CORDELLIER, Serge (Coord.). *Le dictionnaire historique et géopolitique du 20e siècle*. 2. ed. Paris: La Découverte, 2002, p. 67.

²⁰⁶ CORDELLIER, (Coord.). Op. cit., p. 306.

relações internacionais (empresas transnacionais, ONGs de alcance transacional, indivíduos). Neste momento o PNUD desenvolve o conceito de desenvolvimento integral (escapando a uma percepção de desenvolvimento limitada à medição da renda) e concebe o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Fortalecem-se as condicionalidades²⁰⁷ na cooperação internacional: trata-se da exigência de contrapartidas (que podem envolver ações econômicas, respeito a um *standard* de direitos humanos, entre outros). O foco da cooperação se volta para a produção de *bens públicos globais*, como a paz e a democracia.

Muito embora o mundo globalizado assista à crescente volatilidade dos investimentos e à interdependência entre as economias, esse mesmo mundo ainda se organiza sob uma perspectiva vestefaliana, calcada no discurso da soberania territorial dos Estados. Muito embora a globalização reduza as distâncias e permita uma antes inimaginável comunicação mundial em tempo real, essa comunicação é limitada aos que conseguem se fazer ouvir, pois os Estados mais pobres, assim como os grupos de menor poder (ainda que inseridos em Estados mais ricos), têm muitas dificuldades em sustentar suas posições nos foros decisórios internacionais. Essas contradições do mundo globalizado representam forças de conservação da realidade, ou seja, de perpetuação das relações de poder e de resistência ao ideal kantiano da paz perpétua. Uma visão crítica da globalização não passa apenas por reflexões econômicas, mas também por reflexões no campo da ética. Neste sentido:

la globalización contribuye a agravar una situación social inaceptable desde el punto de vista ético, en la que aumenta de manera imparable la desigualdad internacional, y la pobreza afecta al 46% de la población mundial. Sin embargo, prevalece la indiferencia y la pasividad y, a menudo, el compromiso internacional frente a la pobreza es mera retórica. Mientras que se destinan cifras espectaculares a gasto militar, o a consumo conspicuo, no se logra movilizar los recursos necesarios para hacer frente a estas lacras.²⁰⁸

Se a globalização tornou o mundo complexo, rompendo com a dualidade bipolar da Guerra Fria, os atentados às torres gêmeas potencializaram a complexidade (novas formas de terrorismo, fragmentação do poder e dos riscos) e, paradoxalmente, propiciaram nova dualidade (aliados da “guerra contra o terror” *versus* “eixo do mal”). A cooperação internacional não ficou imune às repercussões deste fatídico episódio.

²⁰⁷ AYLLÓN, Bruno. La cooperación internacional para el desarrollo: fundamentos y justificaciones en la perspectiva de la teoría de las relaciones internacionales. *Carta internacional*, vol. 2, nº 2, out. 2007, p. 36.

²⁰⁸ SANAHUJA, José Antonio. Multilateralismo y desarrollo en la cooperación española. In: *La realidad de la Ayuda 2005-2006*. Barcelona: Intermón Oxfam: 2006, p. 118.

Los atentados del 11 de septiembre de 2001 alteraron drásticamente la agenda de las relaciones internacionales, y los debates sobre la gobernación de la globalización y su “agenda social” pasaron a segundo plano. La seguridad se convirtió en el asunto central, y el antiterrorismo, en el eje de la política exterior de Estados Unidos y de otros países; en la justificación de la guerra en Afganistán y en Irak, y de la proclamación de un “eje del mal” integrado por países a los que se relaciona con las nuevas amenazas globales.²⁰⁹

O episódio de 11 de setembro repercutiu consideravelmente na cooperação internacional. Com efeito, desde 2001, maior volume de recursos passou a ser destinado para a cooperação com os países envolvidos com a *guerra contra o terror*, como Iraque, Afeganistão, Jordânia, e com os *Estados frágeis*, supostamente em risco de abrigar redes terroristas internacionais, como República Democrática do Congo, Libéria, Sudão e Papua Nova Guiné. Neste mesmo período tem-se verificado uma desaceleração no aumento do volume de cooperação com a África subsaariana²¹⁰.

Por outro lado, desde o ano 2000, a cooperação tem sido impulsionada pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Consagrados pela Declaração do Milênio, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas sob a forma de resolução²¹¹, em setembro do ano 2000, os ODM são um conjunto de oito proposições principais acompanhadas de metas mais específicas e indicadores de avaliação. Os oito objetivos centrais são os seguintes: erradicar a fome e a pobreza extrema; promover educação primária universal; promover igualdade de gênero; reduzir a mortalidade infantil; promover a saúde materna; combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; assegurar a sustentabilidade ambiental; e desenvolver um esforço global pelo desenvolvimento²¹². Em suma, a Declaração permite a articulação entre a cooperação internacional e os direitos humanos.

Ademais, a nova agenda da cooperação internacional tem prestigiado os chamados *bens públicos globais*, assim como os *bens públicos regionais*²¹³. Podem-se listar: a paz e a

²⁰⁹ SANAHUJA. Op. cit, p. 126.

²¹⁰ SANAHUJA, José Antonio. ¿Más y mejor ayuda?: la Declaración de París y las tendencias en la cooperación al desarrollo. In: MESA, Manuela. *Paz y conflictos en el siglo XXI: tendencias globales*. Anuario 2007-2008. Madrid, Barcelona: CEIPAZ, Icaria, 2007, p. 84-85.

²¹¹ ONU. *United Nations Millenium Declaration*. Disponível em: <<http://www.un.org/millennium/>>. Acesso em 4 out. 2008.

²¹² Ver: <www.developmentgoals.org>. Acesso em: 4 out. 2008.

²¹³ SANAHUJA, José Antonio. ¿Más y mejor ayuda?: la Declaración de París y las tendencias en la cooperación al desarrollo. In: MESA, Manuela. *Paz y conflictos en el siglo XXI: tendencias globales*. Anuario 2007-2008. Madrid, Barcelona: CEIPAZ, Icaria, 2007, p. 86.

segurança internacionais, o combate ao crime organizado internacional, a preservação do meio ambiente, o combate ao aquecimento global e, precisamente no que concerne à saúde, o controle de enfermidades infecciosas e pandemias de escala global – tais como a SARS, o HIV/AIDS, a tuberculose e a malária.

Esta nova agenda, em seu discurso, evoca assuntos de interesse comum de toda a humanidade, o que permite traçar paralelo com o paradigma kantiano das relações internacionais. No entanto, a prática hodierna da cooperação, sob os auspícios dos ODM, é campo fértil para a cooperação interessada, que é representativa do paradigma grociano.

Por exemplo, é evidente a cooperação interessada da Espanha²¹⁴, quando se verifica que este país participa muito timidamente como fornecedor de recursos no Banco Mundial, mas assume papel de destaque como doador no Banco Interamericano de Desenvolvimento²¹⁵ (BID). A explicação para este fato está no destino dos recursos. Os recursos do Banco Mundial dirigem-se, em sua maioria, a países onde é fraca a influência espanhola e há pouco interesse da Espanha. Diferentemente, os recursos do BID destinam-se majoritariamente a ex-colônias da Coroa Espanhola, que representam importantes territórios de influência deste país europeu ainda hoje, nos quais há forte presença de multinacionais espanholas. Isso exemplifica uma importante crítica recebida pela cooperação internacional – ser uma força conservadora dos velhos laços de poder colonial.

No contexto atual, o Brasil, por ser uma potência média, está em situação dúbia – ainda recebe ajuda e cooperação, mas também já fornece ajuda e cooperação. A Espanha é um exemplo de país que em poucas décadas deixou de ser recebedor e passou a ser provedor de recursos para cooperação internacional²¹⁶. A posição brasileira é interessante e

²¹⁴ Sanahuja critica a cooperação espanhola, para a qual, segundo ele, falta uma estratégia multilateral que integre todas as iniciativas deste país cooperante. Nas suas palavras: “La cooperación multilateral española se ha caracterizado por no contar con marcos de planificación, ni con un enfoque estratégico que aseguren su integración y coherencia con la cooperación bilateral. En realidad, ha sido una mera política de contribuciones, en la que las prioridades han venido definidas por el calendario de pagos obligatorios a los organismos financieros, o bien ciertos intereses económicos o de política exterior, permanentes unos, más coyunturales los otros” – SANAHUJA, José Antonio. *Multilateralismo y desarrollo en la cooperación española*. In: *La realidad de la Ayuda 2005-2006*. Barcelona: Intermón, Oxfam: 2006, p. 150.

²¹⁵ SANAHUJA, José Antonio. *El Banco Mundial y la política española de cooperación al desarrollo*. Barcelona: Intermón, Oxfam, 2000, p. 7.

²¹⁶ A Espanha aderiu aos acordos do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional apenas em 1958. A política externa isolacionista do ditador Franco em 1944 não permitiu a participação deste país na Conferência de Bretton Woods, que reorganizou a economia mundial tendo em vista o término da II Guerra. Entre 1958 e 1977, a Espanha recebeu recursos do Banco Mundial. A partir de 1977, no entanto, este país

será mais bem tratada no terceiro capítulo, quando serão estudados os atos bilaterais de cooperação horizontal, especialmente sanitária, com os PALOP.

Enfim, percebe-se que, por um lado, o discurso da cooperação internacional representa o paradigma kantiano das relações internacionais. Por outro lado, as críticas dirigidas à cooperação indicam que sua prática ainda obedece ao paradigma grociano. Este é dito *internacionalista*, rompendo com o extremo realismo hobbesiano, mas ainda voltado para os interesses estatais. Aquele é *universalista*, aproximando interesses comuns da humanidade. Em que pese essa distinção, mesmo o grociano tem seu balanço positivo, com a afirmação do direito internacional como limite à discricionariedade das soberanias. De todo modo, é positivo perceber que, ao final de um século de duas guerras mundiais, o paradigma hobbesiano-maquiavélico não encontra espaço se não como modelo teórico.

* * *

O primeiro capítulo se propôs a desenvolver o marco teórico da pesquisa. Adotou-se a sistematização dos princípios éticos proposta por Fábio Konder Comparato para explicar a cooperação no que ela tem, ou deveria ter, de essencial – a solidariedade. Então se cotejou o ideal de solidariedade com os paradigmas das relações internacionais.

Quanto à sistematização dos princípios éticos, referiu-se que sob o grande manto da dignidade de pessoa humana estão, em um primeiro nível, os princípios da verdade, da justiça e do amor. Esses princípios, por sua vez, especificam-se em outros quatro valores fundamentais, interdependentes e reciprocamente relacionados: a igualdade, a liberdade, a segurança e a solidariedade. Longe de haver uma oposição entre liberdade e igualdade, uma não se realiza sem a outra. E no casamento entre a liberdade e a igualdade são padrinhos a segurança e a solidariedade. A segurança permite que esse castelo deontológico se desenhe, mas a segurança perseguida a qualquer custo pode fazer ruir todo

deixou a condição de mutuário desta instituição, tornando-se fornecedor de recursos para os países em desenvolvimento ou menos desenvolvidos. Embora não tomasse empréstimos desde 1977, a Espanha permaneceu na lista de países recebedores até 1983 e só terminou os pagamentos dos empréstimos em 1990. – SANAHUJA, José Antonio. *El Banco Mundial y la política española de cooperación al desarrollo*. Barcelona: Intermón, Oxfam, 2000, p. 17-23.

o castelo, solapando a liberdade e a dignidade humanas. Assim, a solidariedade é o *fecho* desse sistema de princípios, pois ela *humaniza* a busca por segurança e equilibra os valores. Ademais, a solidariedade põe todos os seres humanos em igualdade de condições diante de problemas globais que desconhecem distinções de classe, de nacionalidade, de etnia ou de poder econômico.

Em suma, essa é a contribuição filosófica do professor Fábio Konder Comparato. E foi a partir desse fundamento que se procurou compreender a cooperação internacional – como o princípio ético da solidariedade na esfera internacional. A cooperação, como solidariedade, corresponde *prima facie* ao paradigma kantiano das relações internacionais, o qual é baseado na dignidade humana, possui viés universalista, busca interesses comuns a toda a humanidade e tem a função prospectiva de transformação da realidade. Além disso, a cooperação internacional traduz a função civilizatória do direito internacional.

Não obstante a proposição idealista do discurso da cooperação, há importantes contradições que se traduzem em críticas à prática da cooperação. Essas críticas dizem respeito aos interesses em jogo, à distinção entre cooperação e ajuda, à seletividade e à condicionalidade, entre outros aspectos. Em face de suas contradições, a cooperação internacional muitas vezes traduz o paradigma grociano das relações internacionais.

Em face da crítica à cooperação Norte-Sul, a cooperação horizontal – Sul-Sul – engendra tentativas de superar essas dificuldades. A insuficiência dos Estados periféricos para a efetivação de direitos humanos permite que não se abandone a ideia de que a cooperação horizontal é um caminho para a superação das fraquezas individuais de tais Estados.

O próximo capítulo abordará a cooperação e a saúde a partir do direito internacional positivo e das principais organizações internacionais que lidam com o tema. Com isso, ao final da primeira parte deste estudo, será possível responder à questão formulada nessa primeira parte da tese: saber em que medida se configura um dever de cooperação sanitária.

CAPÍTULO II

COOPERAÇÃO SANITÁRIA NO DIREITO INTERNACIONAL POSITIVO

...a internacionalização do direito cria a ilusão de que o direito se torna comum, ao passo que comporta o duplo risco de deixá-lo mais opaco ainda aos não-juristas – portanto, de fortalecer a hegemonia dos profissionais do direito – e de impô-lo sob a pressão econômica ao conjunto dos países – portanto, de fortalecer a hegemonia dos países desenvolvidos.²¹⁷

O presente capítulo pretende analisar o direito positivo pertinente ao objeto da pesquisa. Uma vez que o seu objeto é a cooperação internacional sanitária, há dois elementos nucleares – saúde e cooperação. Importa indagar como o direito trata cada um deles, o que motiva a elaboração de uma primeira parte, que pergunta pelo lugar da saúde no direito (1), e da segunda parte, a qual questiona qual seria o *status* jurídico da cooperação internacional (2).

²¹⁷ DELMAS-MARTY, Mireille. *Por um direito comum*. São Paulo: Martins Fontes, 2004, p. 210.

O estudo das regras vigentes, somado à análise teórica do primeiro capítulo, visa a responder pela pergunta formulada na primeira parte da tese – que é procurar compreender em que medida se configura um dever de cooperação sanitária. A resposta a essa indagação será ponto de partida para aprofundar a análise no que se refere à cooperação Sul-Sul. Então, nos capítulos seguintes ao presente, realizar-se-á o estudo da cooperação bilateral do Brasil com os PALOP, para investigar se a cooperação internacional sanitária pode ser um instrumento para a efetivação do direito humano à saúde em países periféricos.

1. A SAÚDE COMO DIREITO

Saúde é conceitualmente entendida a partir de um amplo rol de saberes, que não se limitam à medicina, que vão além do conjunto das ciências médicas e que alcançam a sociologia, a antropologia, a filosofia e, inclusive, o direito. Embora muitas vezes seja abordada por oposição à noção de *doença*, saúde significa mais do que a mera ausência de enfermidade ou do que o acesso a medicamentos ou a expedientes terapêuticos.

Neste sentido, saúde é tema que interessa tanto às ciências duras como às ciências sociais. Inclusive, a epidemiologia contemporânea não se restringe ao estudo dos fatores biológicos, ou microbiológicos, das enfermidades, mas procura compreender os fatores sociais no estudo da saúde das populações²¹⁸. A percepção social do que é saúde tem tamanha amplitude que se prefere, ao invés de dar um conceito de saúde, analisar “as suas possíveis representações no ambiente social”²¹⁹. A partir deste enfoque, saúde pode adquirir uma conotação positiva, relacionada com a possibilidade de desempenhar atividades do cotidiano, de trabalhar, de interagir socialmente etc. Assim, incorpora a ideia

²¹⁸ Ver, referindo extensa bibliografia: BARATA, Rita Barradas. Epidemiologia social. *Revista brasileira de epidemiologia*, v. 8, n. 1, São Paulo, mar. 2005, p. 7-17.

Para um enfoque das dificuldades de uma abordagem interdisciplinar, ver: MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. *Ciência & saúde coletiva*, v. 8, n. 1, Rio de Janeiro, 2003, p. 97-107.

²¹⁹ AITH, Fernando. *Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil*. São Paulo: Quartier Latin, 2007, p. 44.

de equilíbrio, de bons hábitos de vida, de conhecimentos básicos sobre como cuidar-se, de higiene, de consciência ecológica, de prática de exercícios físicos etc. Esta ainda é uma concepção individual da saúde, sintetizada na definição adotada pela Carta da OMS: “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas a ausência de doença ou de enfermidade”²²⁰. Para uma aproximação conceitual de saúde pública, em síntese, pode-se referir a formulação de Fernando Aith:

A expressão saúde pública encerra em si diversos significados. Refere-se, de um lado, a uma realidade epidemiológica, ao estado geral de saúde de uma população; de outro lado, trata-se de um conceito que vincula e se associa à atividade estatal para a Administração da saúde. Saúde pública também serve para designar uma área de atividade humana caracterizada pela especialização profissional e institucional, um campo do conhecimento humano organizado em uma disciplina com conhecimentos específicos, regras que lhe são próprias, manuais e revistas especializados.²²¹

Tal conceito, no entanto, ainda não permite confrontar as tensões que a saúde pública abarca. Para compreendê-la como arena de embate social, como tensão entre liberdade e igualdade, é importante recorrer à análise de Foucault acerca do surgimento da medicina social, esclarecedora de que saúde pública é o exercício de um poder.

Com efeito, foi o Estado quem assumiu, originalmente, a tarefa de promover a saúde pública, mas esse processo histórico não foi pautado pelo ideal de um direito humano e sim pela ideia de exercer um poder sobre a sociedade. Neste sentido, a medicina se construiu como uma *estratégia bio-política*, pois foi a partir do controle do corpo que se desenhou o controle da sociedade. Inicialmente, na Alemanha, desde o início do séc. XVIII, se produziu uma *medicina de Estado*, composta por quatro elementos que constituíam a *polícia médica*: a criação de um sistema público de observação de morbimortalidade apto a perceber e lidar com epidemias, a normalização do ensino e formação de médicos, a organização administrativa das atividades desses médicos para esquadrihar a saúde da população e, enfim, a transformação do médico em um administrador de saúde a serviço do Estado²²².

Depois, na França, no final do séc. XVIII, se desenvolveu uma *medicina urbana*. Neste período, o aumento dos aglomerados urbanos faz notar a maior possibilidade de

²²⁰ OMS. Constituição da Organização Mundial da Saúde, in: BITTAR, Eduardo C. B.; ALMEIDA, Guilherme Assis de (Orgs.). *Mini-código de direitos humanos*. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2008, p. 206.

²²¹ AITH, Fernando. *Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil*. São Paulo: Quartier Latin, 2007, p. 50-51.

²²² FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979, p. 80-84.

propagação de doenças, o que gerou um *medo urbano*. A resposta dada pelo Estado foi o esquadrinhamento da população das cidades para higienizar o reticulado urbano em casos de urgência, por meio da quarentena realizada pelo aparato burocrático estatal, com registros diários dos vivos e dos mortos e com a proibição de sair de casa. Mas, além das situações epidêmicas, e justamente para evitá-las, desenvolve-se sistematicamente a análise dos locais potencialmente perigosos, o controle da circulação das coisas, principalmente a água e o ar, inclusive com a distribuição e sequenciamento dos esgotos e das fontes de água. Essa *medicina das coisas* legou as noções de *salubridade e higiene pública*²²³.

Em um terceiro momento, na Inglaterra, no séc. XIX, se desenhou uma *medicina da força de trabalho*, voltada para os pobres. Especialmente a epidemia de cólera, de 1832, fomentou a divisão territorial da cidade entre ricos e pobres. O Estado inglês organizou um serviço de assistência médica aos pobres, mas controlada e com a finalidade de proteger a saúde dos ricos e de garantir a exploração da força de trabalho. Por isso houve imposição autoritária de *cordões sanitários*, controle da vacinação e registro epidemiológico²²⁴.

Essas três etapas históricas sistematizadas por Foucault permitem compreender que a saúde pública é o exercício de um poder e que a ideia de um *direito* à saúde não está na origem da saúde pública. Então, é importante perguntar de que modo se pode socializar esse poder, para construir uma democracia sanitária. Aqui, a história recente do Brasil tem muito a contribuir, desde o movimento pela reforma sanitária dos anos 1980 até a atual proposta, de fonte habermasiana, de organizar os serviços de saúde a partir do agir comunicativo da sociedade, ou seja, por meio da *práxis*, entendida como prática consciente, e do respeito ao que é plural²²⁵. Neste sentido, entende-se que o conteúdo do direito sanitário deve ser definido, e constantemente redefinido, por cada comunidade²²⁶. Hoje em dia, o elemento político da saúde pode contribuir não apenas para a transição democrática, como também para a consolidação das jovens democracias. O Brasil é exemplo disso, pois o movimento sanitário, que contribuiu para a conquista de instituições democráticas, hoje enfrenta o desafio de se recompor para perseguir a efetiva

²²³ FOUCAULT. Op. cit., p. 84-93.

²²⁴ FOUCAULT. Op. cit., p. 94-97.

²²⁵ PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo, Lemos, 1997, p. 20-22.

²²⁶ DALLARI, Sueli Gandolfi. O conteúdo do direito à saúde. In: SOUSA JÚNIOR, José Geraldo de; *et al.* (Orgs.). *O direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde*. Brasília: CEAD, UNB, 2008, p. 91-101.

atuação dessas instituições²²⁷. Tudo isso revela um dos desafios atuais do direito sanitário: domesticar o poder de controlar a saúde.

Somente depois que o Estado já exercia o poder por meio da saúde pública é que ocorreu o reconhecimento de um direito à saúde. E, como direito, a saúde é um espaço de tensão entre liberdade e igualdade. O enfrentamento de epidemias exemplifica essa tensão. Seja no modelo da *lepra*, que excluía o doente do convívio social, seja no modelo da *peste*, que o internava em reclusão²²⁸, a liberdade individual era cerceada pelo interesse público mediado pelo viés dado pelo poder estatal. A imposição do serviço sanitário de maneira autoritária também evidencia essa tensão, como no episódio da *revolta da vacina*²²⁹, por exemplo. Assim, a história mostra que o direito à saúde enfrenta a desafiadora circunstância de ter, a um só tempo, uma dimensão individual de *liberdade* e uma dimensão social de *igualdade*. O mediador e, muitas vezes, o causador dessa tensão tem sido o Estado.

Sueli Dallari explica que a moderna concepção de saúde pública remonta ao surgimento do Estado moderno. No século XX, com o modelo do *Welfare State*, consolidou-se a ideia de que saúde é responsabilidade estatal, havendo “indispensável atuação do Estado para defender a saúde pública, configurando direitos e distribuindo bens e serviços”²³⁰ – com isso, a saúde pública passa a ser percebida como política de Estado, especialmente no que se refere à prevenção de enfermidades. Neste sentido a prevenção, notadamente desde a descoberta da vacina, implica que “politicamente, o risco de contrair doenças se sobrepõe ao da própria moléstia, transformando-a de episódio individual em objetivo coletivo”²³¹. Ocorre que, em face do relativo fracasso estatal de prevenir enfermidades, bem como das recentes descobertas da ciência médica, no final do século

²²⁷ Neste sentido, Cohn aborda a política *na e da* saúde coletiva – COHN, Amélia. Conhecimento e prática em saúde coletiva: o desafio permanente. *Saúde e sociedade*. São Paulo, v. 1, n. 2, 1992, p. 104-105.

²²⁸ FOUCAULT. Op. cit., p. 88-89.

²²⁹ Sobre esse movimento popular, ocorrido no Rio de Janeiro em 1904 após a divulgação da obrigatoriedade da vacinação antivariólica, e suas possíveis causas, ver a historiografia feita por Chalhoub – CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996, p. 97-102.

²³⁰ DALLARI, Sueli Gandolfi. Políticas de Estado e políticas de governo: o caso da saúde pública. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). *Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006, p. 252.

²³¹ DALLARI. Op. cit., p. 250.

XX incorpora-se a percepção de que comportamentos individuais²³² são decisivos para a definição da saúde.

Vistos alguns contornos conceituais da saúde e da saúde pública, que indicam sua interdisciplinaridade, impõe-se analisar o seu tratamento jurídico. Por um lado, a dialética saúde/doença implica relações de inclusão/exclusão social, além de repercutir diretamente na dignidade da pessoa. Neste sentido, saúde se constrói como um direito humano (1.1). Além disso, ao se tornar objeto do direito, abre-se um campo jurídico específico, o direito sanitário (1.2).

1.1. O direito humano à saúde

O estudo da saúde como direito humano pode ser realizado a partir dos textos dos principais documentos legais do direito internacional que se ocupam dos direitos humanos de maneira geral, sejam de âmbito universal (seção 1.1.1), sejam de âmbito regional, notadamente dos continentes americano (seção 1.1.2) e africano (1.1.3).

1.1.1. O sistema universal de proteção dos direitos humanos

Nos limites do presente trabalho, o estudo dos instrumentos de proteção dos direitos humanos de abrangência universal contemplará, especialmente, as normas pertinentes ao direito à saúde. Serão analisados, a seguir, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, os Pactos de 1966, a Declaração de Viena de 1993, bem como outros documentos internacionais pertinentes ao estudo do direito à saúde.

a. Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948)

A experiência totalitária do século XX, que culminou com o holocausto, infligiu à humanidade uma terrível ruptura na construção histórica dos direitos humanos. A existência de uma máquina burocrática estatal servindo ao assassinio – com a

²³² DALLARI. Op. cit., p. 251.

descartabilidade de pessoas decaídas da condição de cidadãos²³³ do Estado nazista – provou que os direitos humanos nunca são um *dado*, mas sempre um *construído*. A resposta à ruptura totalitária²³⁴ foi a internacionalização dos direitos humanos. Este processo de reconstrução dos direitos foi inaugurado formalmente com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948.

A Declaração foi adotada pela III Assembleia Geral das Nações Unidas, por meio da Resolução nº 217 A, em 10 de dezembro de 1948. Foi aprovada unanimemente pelos 48 Estados que então compunham a Assembleia, com nenhum voto contrário, embora tenha havido oito abstenções. Segundo leciona Flávia Piovesan, “a Declaração consolida a afirmação de uma ética universal ao consagrar um consenso sobre valores de cunho universal a serem seguidos pelos Estados”²³⁵. Ainda segundo esta autora:

(...) a Declaração de 1948 introduz extraordinária inovação ao conter uma linguagem de direitos até então inédita. Combinando o discurso liberal da cidadania com o discurso social, a Declaração passa a elencar tanto direitos civis e políticos (arts. 3º a 21) como direitos sociais, econômicos e culturais (arts. 22 a 28).²³⁶

E prossegue: “ao conjugar o valor da liberdade com o da igualdade, a Declaração demarca a concepção contemporânea de direitos humanos, pela qual esses direitos passam a ser concebidos como uma unidade interdependente e indivisível”²³⁷. Em vista disso, há que se perguntar pela inserção da saúde como direito humano internacionalmente reconhecido.

A saúde está entre os direitos humanos, pois é decorrência do próprio direito à vida. Na Declaração de 1948 seu reconhecimento como direito humano era indireto, especialmente no art. 25:

§ 1º Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família *saúde* e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, *cuidados médicos* e os serviços sociais indispensáveis, o direito à segurança, em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

²³³ A esse respeito, consultar, especialmente o capítulo nono de *As origens do totalitarismo*, intitulado *The Decline of the Nation-State and the End of the Rights of Man* – ARENDT, Hannah. *The Origins of Totalitarianism*. Nova Iorque: Harcourt, s.d., p. 267-302.

²³⁴ A este respeito, ver: LAFER, Celso. *A reconstrução dos direitos humanos: um diálogo com Hannah Arendt*. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

²³⁵ PIOVESAN, Flávia. *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. 7ª ed. São Paulo: Saraiva, 2006, p. 130.

²³⁶ PIOVESAN. Op. cit., p. 133.

²³⁷ PIOVESAN. Op. cit., p. 134.

§ 2º A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social.²³⁸

A percepção da saúde na Declaração é ampla e condiz com a concepção que a este respeito tem a OMS. Perceba-se que os *cuidados médicos* são apenas um dos elementos da *saúde*. O dispositivo citado é de caráter exemplificativo nas especificações, ou aproximações, que faz acerca da saúde. Veja-se que todo um contexto sócio-econômico é determinante do conteúdo da saúde, que envolve a alimentação, o vestuário e a habitação. Embora não referida no art. 25 da Declaração, a educação²³⁹ também é um elemento essencial à promoção da saúde, pois pela educação as pessoas se convencem da necessidade de uma boa alimentação, de atividades físicas regulares, do não-uso de substâncias nocivas à saúde etc.

Indiretamente, não apenas o citado artigo 25, mas também outros dispositivos da Declaração pressupõem a existência de um direito à saúde. Assim é com o direito à vida (art. 3º) e com a proibição da tortura (art. 5º). Da mesma forma, quando no art. 2º, § 1º, se afirma que todos são capazes para gozar dos direitos e liberdades fundamentais, sem *qualquer* distinção, está vedada a segregação preconceituosa por razões de saúde, ou melhor, de doença – especialmente as doenças contagiosas.

Quanto a sua efetivação, a Declaração, já no preâmbulo, refere a necessidade de os países cooperarem com as Nações Unidas. De modo mais específico, o art. 22 determina o seguinte:

Toda pessoa, como membro da sociedade, tem direito à segurança social e à realização, pelo esforço nacional, pela cooperação internacional de acordo com a organização e recursos de cada Estado, dos direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis à sua dignidade e ao livre desenvolvimento da sua personalidade.²⁴⁰

A exigência de cooperação é, pois, desde a origem da internacionalização dos direitos humanos, um elemento reconhecido pelo direito internacional para efetivar os direitos enunciados. Tudo isso converge para a plena aplicação do art. 28 da Declaração,

²³⁸ ONU. *Declaração universal dos direitos humanos* [1948]. In: BITTAR, E. C. B.; ALMEIDA, G. A. de (Orgs.). *Mini-código de direitos humanos*. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2008, p. 223.

²³⁹ Não obstante, o art. 26 é dedicado ao direito à *instrução*.

²⁴⁰ ONU. Op. cit., loc. cit.

pelo qual “toda pessoa tem direito a uma ordem social e internacional em que os direitos e liberdades estabelecidos na presente Declaração possam ser plenamente realizados”²⁴¹.

Enfim, por contemplar tanto direitos individuais como sociais e por prever a cooperação internacional como mecanismo de sua efetivação, a Declaração é um documento jurídico de extrema relevância. Sua importância para a afirmação dos direitos humanos e sua internacionalização é corrente na doutrina, por exemplo, na lição de Norberto Bobbio:

A Declaração Universal contém em germe a síntese de um movimento dialético, que começa pela universalidade abstrata dos direitos naturais, transfigura-se na particularidade concreta dos direitos positivos, e termina na universalidade, não mais abstrata, mas também ela concreta, dos direitos positivos universais.²⁴²

Em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos representou um avanço jurídico importante. Contudo, formalmente deveria ser dado um passo mais largo. Afinal, há o entendimento de que a Declaração, uma Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas, formalmente não possuiria a força de um tratado internacional (embora materialmente a Declaração seja importante fonte de normas jurídicas universais). Por outro lado, há o entendimento de que a Declaração teria força jurídica vinculante²⁴³, argumento que se reforça com a experiência internacional na matéria, que interpreta a Declaração como direito costumeiro internacional e, como tal, de cumprimento obrigatório²⁴⁴. Finalmente, em 1966, os direitos humanos receberam incontestável positivação internacional por meio de dois Pactos celebrados no âmbito da ONU: o Pacto Internacional

²⁴¹ Ibid., p. 224.

²⁴² BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992, p. 30.

²⁴³ A este respeito, há o importante entendimento referido por Flávia Piovesan: “a Declaração Universal tem sido concebida como a interpretação autorizada da expressão ‘direitos humanos’, constante da Carta das Nações Unidas, apresentando, por esse motivo, força jurídica vinculante. Os Estados membros das Nações Unidas têm, assim, a obrigação de promover o respeito e a observância universal dos direitos proclamados pela Declaração. Nesse sentido, estabelece o art. 28 da Declaração que todos têm direito a uma ordem social e internacional em que os direitos e liberdades sejam plenamente realizados” – PIOVESAN, Flávia. *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. 7ª ed. São Paulo: Saraiva, 2006, p. 137.

²⁴⁴ O art. 38, 1., b, do Estatuto da Corte Internacional de Justiça, reconhece o costume como fonte de direito, entendido como “prova de uma prática geral aceita como sendo o direito”. A doutrina internacionalista costuma apresentar dois elementos constitutivos da norma costumeira internacional. O primeiro elemento, objetivo ou material, refere-se à *repetição* de um ato ou de uma omissão. O segundo, subjetivo ou imaterial, diz respeito à convicção de que se trata de ação/omissão *obrigatória*. Entre outros, ver: SEITENFUS, Ricardo; VENTURA, Deisy. *Direito internacional público*. 4ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006, p. 59-60.

Para um estudo aprofundado sobre o costume internacional, consultar: PEREIRA, Luis Cezar Ramos. *Costume internacional: gênese do direito internacional*. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

de Direitos Civis e Políticos²⁴⁵ e o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais²⁴⁶.

b. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (1966)

Vários dispositivos do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos referem, indiretamente, o direito humano à saúde. Nessas referências o direito à saúde ou está colocado como um reforço do direito à vida e à integridade humanas, ou como uma limitação, de ordem pública, ao exercício de outros direitos humanos.

No primeiro caso, da saúde como elemento do direito à vida, pode-se referir a proibição da tortura, bem como a vedação do uso da pessoa em experimentos médicos ou científicos sem livre e legítimo consentimento²⁴⁷.

Na segunda hipótese, como limitação de ordem pública ao exercício de outros direitos humanos, a saúde é por diversas vezes referida no Pacto de direitos civis e políticos. Vejam-se os direitos a entrar e sair do país, a nele circular livremente, à livre manifestação religiosa e de crença, à liberdade de expressão, ao direito de associação e sindicalização. No que se refere a estes direitos, exceções poderão ser admitidas em defesa da saúde pública²⁴⁸.

Finalmente, o art. 26 do Pacto sobre Direitos Civis e Políticos afirma a igualdade de todos perante a lei, sem “qualquer discriminação por motivo de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, situação econômica, nascimento ou *qualquer outra situação*”²⁴⁹. Ora, em *qualquer outra situação*

²⁴⁵ O Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos foi adotado pela XXI Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 19 de dezembro de 1966. Foi aprovado pelo Congresso Nacional brasileiro através do Decreto Legislativo nº 226, de 12 de dezembro de 1991. Recebeu a adesão brasileira em 24 de janeiro de 1992. Entrou em vigor para o Brasil em 24 de abril de 1992. Finalmente, foi incorporado ao direito interno brasileiro pelo Decreto 592, de 6 de julho de 1992.

²⁴⁶ O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais foi adotado pela XXI Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 19 de dezembro de 1966. Foi aprovado pelo Congresso Nacional brasileiro através do Decreto Legislativo nº 226, de 12 de dezembro de 1991. Recebeu a adesão brasileira em 24 de janeiro de 1992. Entrou em vigor para o Brasil em 24 de abril de 1992. Finalmente, foi incorporado ao direito interno brasileiro pelo Decreto 591, de 6 de julho de 1992.

²⁴⁷ Art. 7º do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos.

²⁴⁸ Artigos 12.3, 18.3, 19.2.b e 22.2 do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos.

²⁴⁹ ONU. *Pacto Internacional de direitos civis e políticos* [1966]. In: BITTAR, E. C. B.; ALMEIDA, G. A. de (Orgs.). *Mini-código de direitos humanos*. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2008, p. 239.

incluem-se situações discriminatórias de preconceito em virtude de moléstias como a hanseníase e a AIDS, por exemplo.

É importante referir que este Pacto possui um sistema de monitoramento e controle próprio. O art. 28 determinou a constituição do Comitê de Direitos Humanos, o qual tem a função de solicitar e examinar relatórios periódicos elaborados pelos Estados Partes, conforme o art. 40 do Pacto. Ao analisar os relatórios estatais, o Comitê produz seu próprio relatório e os envia ao Estado Parte. Tal documento poderá conter os “comentários gerais que [o Comitê] julgar oportunos” (art. 40, § 4º).

O Pacto também prevê a possibilidade de um Estado Parte comunicar por escrito que outro Estado Parte não está cumprindo com que dispõe este tratado. Para que um Estado possa ser provocado pelo mecanismo das comunicações interestatais (*inter-state communications*), é imprescindível que tenha aceitado expressamente essa competência do Comitê – trata-se de uma cláusula facultativa (art. 41). Iniciado esse procedimento quase-judicial, o Comitê dará ao Estado demandado a oportunidade de apresentar seus esclarecimentos. Ao final, caso haja solução amistosa, o Comitê elaborará relatório com breve descrição dos fatos e da solução alcançada. Caso isso não ocorra, o relatório do Comitê poderá, apenas, expor os fatos, anexando ao relatório as observações apresentadas pelos Estados interessados no caso. Além disso, cabe ao Comitê submeter à Assembleia Geral da ONU o relatório anual de suas atividades, por meio do Conselho Econômico e Social (art. 45).

O sistema de monitoramento do Pacto sobre direitos civis e políticos foi reforçado por um Protocolo Facultativo²⁵⁰, de 16 de dezembro de 1966, em vigor internacionalmente desde 23 de março de 1976, que permite o recebimento de petições individuais pelo Comitê. Posteriormente, o Comitê ampliou ainda mais o sistema, com o entendimento de que as petições podem ser subscritas por terceiros que não sejam as próprias vítimas²⁵¹.

²⁵⁰ ONU. Protocolo Facultativo ao Pacto Internacional sobre direitos civis e políticos. Disponível em: <<http://www2.mre.gov.br/dai/dircivepol.pdf>>. Acesso em 5 set. 2008.

²⁵¹ Art. 96, b, das Regras de procedimento do Comitê – ONU. *Rules of procedure of the Human Rights Committee*: CCPR/C/3/Rev.8, 22 Set. 2005. Disponível em: <[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/5f55247f58c6a129c125709300479adb/\\$FILE/G0544089.pdf](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/5f55247f58c6a129c125709300479adb/$FILE/G0544089.pdf)>. Acesso em 5 set. 2008.

Como sói acontecer, apenas poderão ser denunciados os Estados²⁵² que houverem ratificado este Protocolo (art. 1º). A atuação do Comitê se restringe a comunicar suas conclusões aos Estados e ao indivíduo (art. 5.4). Não obstante isso, em seu relatório anual o Comitê deve apresentar um resumo das suas atividades no âmbito do Protocolo Facultativo (art. 6º).

Ainda que as conclusões do Comitê não tenham força vinculante, a sua publicidade internacional repercute politicamente, contribuindo para o denominado *power of embarrassment*. Enfim, pode-se concluir que esses mecanismos quase-judiciais de implementação e controle do Pacto lhe conferem importante *suporte institucional*, constituído uma *special enforcement machinery*²⁵³.

c. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966)

Se, por um lado, no Pacto de Direitos Civis e Políticos é muito tímida a participação da saúde no rol dos direitos declarados, por outro lado, no Pacto Internacional sobre Direitos Sociais, Econômicos e Culturais (PIDESC) a saúde tem um papel de maior destaque. Isso é compreensível à medida que a saúde é historicamente um direito de dimensão social, que exige o agir estatal, de maneira que a simples abstenção do Estado, na forma de liberdades individuais, não é suficiente para propiciar a sua efetivação. No que se refere ao PIDESC, interessam especialmente os artigos 11 e 12.

Artigo 11

1. Os Estados Signatários do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa a um *nível de vida adequado* para si e sua família, inclusive alimentação, vestimenta e moradia adequadas, e ao melhoramento contínuo das condições de existência. Os Estados Signatários tomarão as medidas adequadas para assegurar a efetividade deste direito, reconhecendo para esse efeito a importância essencial da cooperação internacional baseada no livre consentimento.

2. Os Estados Signatários do presente Pacto, reconhecendo o direito fundamental de toda pessoa ser protegido contra a *fome*, adotarão, individualmente ou mediante *cooperação internacional*, as medidas, incluindo programas concretos, que se necessitam para:

a) Melhorar os métodos de produção, conservação e distribuição de alimentos através da plena utilização dos conhecimentos técnicos e científicos, a divulgação de princípios sobre nutrição e o aperfeiçoamento ou reformulação dos

²⁵² O Brasil aderiu a este Protocolo Facultativo em 25 de setembro de 2009. O quadro geral das ratificações do Protocolo está disponível em:

<http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-5&chapter=4&lang=en>, último acesso em 26 nov. 2009.

²⁵³ PIOVESAN, Flávia. *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. 7ª ed. São Paulo: Saraiva, 2006, p. 158.

regimes agrários de modo que se consigam a exploração e a utilização mais eficazes das riquezas naturais;

b) Assegurar uma distribuição equitativa dos alimentos mundiais em relação às necessidades, considerando os problemas que se apresentam tanto aos países que importam produtos alimentícios, como aos que os exportam.²⁵⁴

O artigo 11 do Pacto declara o direito a um nível de vida digna, no que se refere a aspectos materiais da existência humana: alimentação, vestimenta, moradia etc. Trata-se de um aspecto essencial da promoção da saúde, especialmente de prevenção de enfermidades. O artigo 12, por sua vez, diz respeito ao direito à saúde em sentido estrito e, neste sentido, especifica a proteção das crianças e dos trabalhadores²⁵⁵. De modo geral, postula tanto pela prevenção de doenças, como pela assistência quando da sua ocorrência. *In verbis*:

Artigo 12

1. Os Estados Signatários do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais alto nível *possível* de *saúde* física e mental.

2. Entre as medidas que deverão ser adotadas pelos Estados Signatários do Pacto a fim de assegurar a plena efetividade deste direito, figurarão as necessárias para:

- a) A redução da mortalidade infantil e do índice de natimortos, bem como o desenvolvimento sadio das crianças;
- b) O aprimoramento em todos os seus aspectos da higiene do trabalho e do meio ambiente;
- c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e de outro tipo, e a luta contra elas.
- d) A criação de condições²⁵⁶ que garantam a todos assistência médica e serviços médicos em caso de doença.

Mas o que significa a expressão *possível*, inserta no *caput* deste artigo? Pelo menos três leituras poderiam ser realizadas.

Pode-se pensar que o art. 12 sugeriria uma *reserva do possível*, por se tratar de direito de dimensão social, prestacional, ou seja, que exige uma postura ativa do Estado. Neste sentido, a expressão *possível* reconheceria que muitos Estados possuem limitações de ordem econômica e tecnológica, mas principalmente econômica, as quais impediriam a efetivação plena do direito à saúde. Ocorre que essa primeira interpretação não corresponde ao entendimento atual sobre a exigibilidade dos direitos sociais, tampouco é a mais adequada para a defesa do direito humano à saúde, sendo por isso incongruente com a própria finalidade do Pacto.

²⁵⁴ ONU. Pacto sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/m_591_1992.htm>. Acesso em: 15 ago. 2008.

²⁵⁵ No artigo 10.3 o Pacto especifica ainda mais, ao tratar da hipótese do trabalho infantil: “O emprego de crianças e adolescentes, em trabalho que lhes seja nocivo à moral e à *saúde* ou que lhes faça correr perigo de vida, ou ainda que lhes venha prejudicar o desenvolvimento normal, será punido por lei”.

²⁵⁶ ONU. Pacto sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/m_591_1992.htm>. Acesso em: 15 ago. 2008.

Por outro lado, pode-se interpretar o uso do termo *possível* no sentido de que os Estados têm o *dever de possibilitar* aos seus cidadãos o acesso à saúde. Quando, por si mesmos, não forem capazes de fazê-lo, os Estados estarão diante da necessidade de cooperar. Desta forma, a cooperação internacional sanitária é corolário do dever estatal de tornar possível a efetivação do direito humano à saúde.

Finalmente, e sem oposição à segunda interpretação, o termo *possível* pode ser traduzido desde o ponto de vista científico e tecnológico. Ou seja, quando o Pacto reconhece o direito ao mais elevado nível *possível* de saúde, reconhece o direito de acesso à última tecnologia existente, vale dizer, ao pleno acesso ao que de melhor o estado da arte disponibiliza em termos de conhecimento científico existente.

Portanto, a melhor interpretação é a de que existe um *dever de possibilitar* e que o conteúdo desse dever é o máximo acesso conforme o conhecimento científico existente. Esse entendimento, aliás, se ampara no que dispõe o próprio Pacto, quando no art. 2º, § 1º, impõe o dever de “adotar medidas, tanto isoladamente quanto mediante a assistência e a *cooperação internacional*, especialmente econômicas e técnicas, até o máximo dos recursos de que disponha, para progressivamente obter (...) a plena efetividade dos direitos”. Com isso, o PIDESC confirma a regra do art. 55 da Carta das Nações Unidas – trata-se do reconhecimento da cooperação internacional como instrumento para a efetivação de direitos.

A principal contribuição do art. 12 do Pacto é abrir um capítulo específico sobre *saúde* no rol dos direitos sociais. Até então, muitas eram as referências indiretas a este direito humano, como se viu na Declaração Universal dos Direitos do Homem e no Pacto sobre Direitos Civis e Políticos. Neste particular, é importante reparar na distinção entre os Pactos no que concerne à efetivação dos direitos neles reconhecidos.

Enquanto no Pacto sobre Direitos Civis e Políticos os Estados se *comprometem a respeitar e garantir*²⁵⁷ um rol de direitos, no Pacto sobre Direitos Sociais os Estados

²⁵⁷ Art. 2º: “1. Os Estados Partes do presente Pacto comprometem-se a respeitar e a garantir a todos os indivíduos que se achem em seu território e que estejam sujeitos a sua jurisdição os direitos reconhecidos no

apenas se obrigam a *adotar medidas*²⁵⁸ para *progressivamente* efetivar os direitos ali reconhecidos. Isso poderia sugerir, equivocadamente, que em 1966 os direitos civis e políticos teriam ensejado um compromisso maior dos Estados. Os direitos sociais foram condicionados ao agir estatal, sim, mas não se pode os considerar meras normas programáticas. A chave para compreender a obrigatoriedade dos direitos sociais é o reconhecimento do dever de cooperar.

Além disso, os Pactos também podem ser distinguidos quanto aos mecanismos de controle. Como foi visto acima, o Pacto sobre Direitos Civis e Políticos constituiu o Comitê de Direitos Humanos, com possibilidade de petições individuais e de comunicações interestatais. Por sua vez, o Pacto sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais limitou-se a prever a elaboração de relatórios.

Contudo, em dezembro de 2008 a Assembleia Geral da ONU aprovou o Protocolo Adicional²⁵⁹ ao PIDESC, documento que estabelece um mecanismo de comunicações

presente Pacto, sem discriminação alguma por motivo de raça, cor, sexo, religião, opinião política ou outra natureza, origem nacional ou social, situação econômica, nascimento ou qualquer outra condição.

2. na ausência de medidas legislativas ou de outra natureza destinadas a tornar efetivos os direitos reconhecidos no presente Pacto, os Estados do presente Pacto comprometem-se a tomar as providências necessárias com vistas a adotá-las, levando em consideração seus respectivos procedimentos constitucionais e as disposições do presente Pacto.

3. Os Estados Partes do presente pacto comprometem-se a:

a) garantir que toda pessoa, cujos direitos e liberdades reconhecidos no presente pacto tenham sido violados, possa dispor de um recurso efetivo, mesmo que a violência tenha sido perpetrada por pessoas que agiam no exercício de funções oficiais;

b) garantir que toda pessoa que interpuser tal recurso terá seu direito determinado pela competente autoridade judicial, administrativa ou legislativa ou por qualquer outra autoridade competente prevista no ordenamento jurídico do Estado em questão; e a desenvolver as possibilidades de recurso judicial;

c) garantir o cumprimento, pelas autoridades competentes, de qualquer decisão que julgar procedente tal recurso.” – ONU. Pacto sobre Direitos Civis e Políticos. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/m_592_1992.htm>. Acesso em: 15 ago. 2008.

²⁵⁸ Art. 2º: “1. Cada um dos Estados Signatários do presente Pacto se compromete a adotar medidas, tanto isoladamente quanto mediante a assistência e a cooperação internacional, especialmente econômicas e técnicas, até o máximo dos recursos de que disponha, para progressivamente obter, por todos os meios apropriados, inclusive a adoção de medidas legislativas em particular, a plena efetividade dos direitos aqui reconhecidos.

2. Os Estados Signatários do presente Pacto, se comprometem a garantir o exercício dos direitos que nele se enunciam sem discriminação alguma por motivos de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra índole, origem nacional ou social, posição econômica, nascimento ou qualquer outra condição social.

3. Os países em vias de desenvolvimento, tendo adequadamente em conta os direitos humanos e sua economia nacional, poderão determinar em que medida garantirão os direitos econômicos reconhecidos no presente Pacto a pessoas que não sejam seus nacionais.” – ONU. Pacto sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/m_591_1992.htm>. Acesso em: 15 ago. 2008.

²⁵⁹ ONU. Assembleia Geral. *Optional Protocol to the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Res. A/RES/63/117, de 10 de dezembro de 2008. Disponível em:

<<http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/A-RES-63-117.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2009.

individuais ao Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – o qual fora criado em 1985 por resolução do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas²⁶⁰. Por meio dessas comunicações, somente poderão ser denunciados os Estados que forem parte no Protocolo. Há, ainda, a possibilidade de comunicações interestatais, caso os Estados partes no Protocolo declarem a aceitação dessa cláusula (art. 10). O relatório anual do Comitê poderá incluir resultados da aplicação do Protocolo (art. 15), permitindo a sanção, ainda que simplesmente moral, dos países infratores – *Power of shame*. Em que pese isso, o Protocolo é inovador quando institucionaliza a cooperação internacional como mecanismo de implementação do Pacto.

Com efeito, o art. 14 prevê a possibilidade de que o Comitê, com a concordância do Estado Parte, transmita suas considerações sobre o caso para agências especializadas da ONU, fundos e programas internacionais ou para outros organismos internacionais, a fim de indicar necessidades de cooperação técnica. O mesmo dispositivo oportuniza a criação de um fundo para realização de cooperação técnica e construção de capacidades a fim de resolver os casos concretos, sempre que o Estado envolvido concordar. Portanto, o Protocolo é um mecanismo não apenas de sanção, mas também – o que é muito mais auspicioso – um mecanismo de efetivação dos direitos sociais. Isso demonstra que a cooperação internacional é uma garantia para direitos sociais.

Não obstante suas diferenças, em ambos os Pactos o art. 1º tem a mesma redação²⁶¹. Isso demonstra a unidade dos direitos humanos e a artificialidade de ter-se produzido dois textos normativos.

O estágio das assinaturas e ratificações pode ser acompanhado em:

<http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-3-a&chapter=4&lang=en>. Último acesso em: 26 nov. 2009.

²⁶⁰ ECOSOC. *Review of the composition, organization and administrative arrangements of the Sessional Working Group of Governmental Experts on the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Resolution 1985/17. Disponível em:

<<http://ap.ohchr.org/documents/E/ECOSOC/resolutions/E-RES-1985-17.doc>>. Acesso em 30 out. 2009.

²⁶¹ Art. 1º (idêntico em ambos os Pactos): “1. Todos os povos têm direito à autodeterminação. Em virtude desse direito, determinam livremente seu estatuto político e asseguram livremente seu desenvolvimento econômico, social e cultural.

2. Para a consecução de seus objetivos, todos os povos podem dispor livremente de suas riquezas e de seus recursos naturais, sem prejuízo das obrigações decorrentes da cooperação econômica internacional, baseada no princípio do proveito mútuo, e do Direito internacional. Em caso algum, poderá um povo ser privado de seus meios de subsistência.

3. Os Estados partes do presente pacto, inclusive aqueles que tenham a responsabilidade de administrar territórios não-autônomos e territórios sob tutela, deverão promover o exercício do direito à autodeterminação e respeitar esse direito, em conformidade com as disposições da Carta das Nações Unidas.”

Neste particular, note-se que a assinatura de dois tratados diferentes foi consequência da bipolaridade mundial durante a Guerra Fria. Logo após a aprovação do texto da Declaração Universal, iniciaram-se os trabalhos para a elaboração de um tratado sobre direitos humanos. De 1949 a 1951 a Comissão de Direitos Humanos da ONU visava a propor o texto de *um* tratado. A partir de 1951 o trabalho foi dividido, entre outras razões, porque se pensava que os direitos civis e políticos seriam auto-aplicáveis e diretamente exigíveis, mas que não o seriam os direitos sociais, os quais dependeriam de paulatina efetivação a cargo dos Estados.

De todo modo, o conjunto dos Pactos e da Declaração forma a chamada Carta Internacional dos Direitos Humanos – *International Bill of Rights*²⁶². Não obstante a cisão de 1966, a atual percepção doutrinária acerca dos direitos humanos reconhece três características elementares: sua universalidade, sua indivisibilidade e sua complementaridade solidária. Essas três características foram consagradas pela Declaração de Viena de 1993.

d. Declaração de Viena (1993)

Quando o mundo aprovou a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, isso significou o voto de quarenta e oito Estados, com abstenção de oito países. Com efeito, ao término da II Grande Guerra havia pouco mais do que meia centena de Estados. Desde então tem aumentado o número de soberanias, o que ocorreu notadamente no período de descolonização da África e da Ásia. Hoje, o orbe terrestre tem em torno de quatro vezes mais governos estatais do que tinha no ano da Declaração Universal.

Considerando isso, pode-se dizer que a universalidade dos direitos humanos, afirmada em 1948, legitimou-se quando aproximadamente duas centenas de soberanias aprovaram a Declaração de Viena sobre direitos humanos, em 1993. Na década das grandes conferências internacionais²⁶³ das Nações Unidas, Viena logrou afirmar a

²⁶² PIOVESAN, Flávia. *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. 7ª ed. São Paulo: Saraiva, 2006, p. 152.

²⁶³ Podem-se mencionar a Cúpula Mundial para a criança (1990), a Conferência do Rio de Janeiro sobre meio ambiente e desenvolvimento (1992), a Conferência de Viena sobre direitos humanos (1993), a Conferência

universalidade dos direitos humanos porque, dialeticamente, também afirmou o direito à diferença²⁶⁴ e o dever de respeitar as particularidades nacionais e regionais²⁶⁵.

No que concerne à saúde, a Declaração de Viena considera que os Estados, individualmente e mediante cooperação internacional, devem promover a “maternidade segura” e a “assistência de saúde”, consideradas elementos importantes para a diminuição das desigualdades de gênero²⁶⁶. Além disso, no Plano de Ação de Viena, os Estados reconheceram “a importância do usufruto de elevados padrões de saúde física e mental por parte da mulher durante todo o seu ciclo de vida”, afirmando “o direito da mulher a uma assistência de saúde acessível e adequada e ao leque mais amplo possível de serviços de planejamento familiar”²⁶⁷.

Ademais, a Conferência de Viena incentivou a “promoção e proteção dos direitos humanos de pessoas pertencentes a grupos que se tornaram vulneráveis”, reconhecendo que os Estados têm a obrigação de prover saúde a essas pessoas²⁶⁸. A Conferência propugnou, ainda, pelo tratamento não-discriminatório a pessoas deficientes²⁶⁹, bem como instou que se respeite a ética médica notadamente no que concerne à luta contra a tortura²⁷⁰.

É importante mencionar o dispositivo que apela aos Estados que “não tomem medidas unilaterais contrárias ao direito internacional (...) que criem obstáculos às relações comerciais entre os Estados e impeçam a plena realização dos direitos humanos (...),

do Cairo sobre população e desenvolvimento (1994), a Cúpula de Copenhague sobre desenvolvimento social (1995), a Conferência de Pequim sobre a mulher (1995), Conferência sobre assentamentos humanos (1996).

²⁶⁴ Nesse sentido, pode-se dizer, com Lindgren Alves, que “foi a racionalidade das diversas culturas que permitiu, dialogicamente, alcançar-se o consenso de Viena sobre a universalidade dos direitos humanos, sem que com isso se anulasse o racional e fundamentado direito à diferença” – ALVES, José Augusto Lindgren. *Os direitos humanos na pós-modernidade*. São Paulo: Perspectiva, 2005, p. 18.

²⁶⁵ Em especial, o art. 5º desta Declaração diz o seguinte: “Todos os direitos humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados. A comunidade internacional deve tratar os direitos humanos globalmente de forma justa e equitativa, em pé de igualdade e com a mesma ênfase. As particularidades nacionais e regionais devem ser levadas em consideração, assim como os diversos contextos históricos, culturais e religiosos, mas é dever dos Estados promover e proteger todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, independentemente de seus sistemas políticos, econômicos e culturais” – *in*: ALVES, José Augusto Lindgren. *Os direitos humanos como tema global*. São Paulo: Perspectiva, 2003, p. 153.

²⁶⁶ Art. 15 da Declaração de Viena – *in*: ALVES, José Augusto Lindgren. *Os direitos humanos como tema global*. São Paulo: Perspectiva, 2003, p. 156.

²⁶⁷ Art. 41 do Plano de Ação de Viena – *in*: ALVES. Op. cit., p. 174.

²⁶⁸ Art. 24 da Declaração de Viena – *in*: ALVES. Op. cit., p. 159.

²⁶⁹ Art. 22 da Declaração de Viena – *in*: ALVES. Op. cit., p. 158.

²⁷⁰ Arts. 55 e 58 do Plano de Ação de Viena – *in*: ALVES. Op. cit., p. 177.

particularmente o direito de todas as pessoas a um nível de vida adequado à sua saúde e bem-estar (...)”²⁷¹. Com efeito, a intersecção entre saúde e comércio é um tema importante da agenda internacional, especialmente no que concerne a acesso a medicamentos. Sem dúvida, essa relação é fundamental para a efetivação do direito humano à saúde.

Percebe-se que a Conferência de Viena produziu um consenso importante, que consolidou os direitos humanos como um tema global, afirmando sua universalidade, interdependência e complementaridade solidária. Por certo, esse reconhecimento não basta para a realização do respeito à dignidade humana, mas é um passo necessário. Neste sentido, pode-se dizer, com Lindgren Alves, o seguinte:

(...) ninguém pode esperar que uma conferência internacional possa por si só resolver problemas concretos, em especial aqueles de longa data, agravados por políticas e tendências que muitos veem como positivas, alguns como inelutáveis. O trabalho multilateral sempre foi assemelhado à tarefa inconclusiva de Sísifo, condenado a recomçar todos os dias ²⁷²

Enfim, a Declaração e o Plano de Ação de Viena, de 1993, complementam e reforçam a *International Bill of Rights*. A seguir serão abordados, no que for pertinente ao presente trabalho, outros tratados inscritos no quadro universal de proteção dos direitos humanos.

e. Outros tratados sobre direitos humanos

Além dos textos que compõem a *International Bill of Rights*, os quais protegem os direitos humanos *em geral*, há que se referir alguns dos documentos que, em âmbito universal, protegem estes direitos *especificadamente*. Para tanto, é relevante recordar as quatro etapas do processo de afirmação dos direitos humanos.

A afirmação dos direitos humanos deu seu primeiro passo com a *positivação* dos valores mais caros à sociedade e para proteção da dignidade humana, podendo-se referir a Declaração Francesa de 1793. A positivação partiu da concepção do ser humano *in abstracto*, estipulando direitos de igualdade e de liberdade primeiro para algumas, depois para *todas* as pessoas. Assim, um primeiro movimento de expansão dos direitos humanos foi em direção à *generalização*, reivindicando a igualdade de todos, independentemente do

²⁷¹ Art. 31 da Declaração de Viena – in: ALVES. Op. cit., p. 161.

²⁷² ALVES, J. A. L. *Os direitos humanos na pós-modernidade*. São Paulo: Perspectiva, 2005, p. 199.

sexo, religião, etnia, classe social etc. A seguir, a *internacionalização* dos direitos, notadamente a partir da Declaração de 1948, foi uma terceira etapa, que dimensionou mundialmente os direitos já generalizados. A quarta etapa diz respeito à *especificação* dos direitos, que “cuida do ser humano em situação”²⁷³.

A seguir, serão brevemente analisados, notadamente com relação ao direito à saúde, os seguintes textos: Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes; Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação Racial; Convenção sobre Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher; Convenção sobre os Direitos da Criança. Perceber-se-á que a saúde é tema transversal no processo de especificação dos direitos humanos, sendo elemento essencial da tutela dos direitos humanos em situações concretas.

A Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes²⁷⁴, muito embora não trate diretamente da temática da saúde, é intrinsecamente ligada a ela. Afinal, a tortura é precisamente a violação deliberada da saúde física ou psicológica de alguém – o que se depreende do próprio conceito de tortura adotado pela Convenção²⁷⁵. Sob o ponto de vista do direito material, destacam-se dois aspectos. O primeiro é a natureza absoluta da vedação da prática de tortura, que não admite qualquer exceção²⁷⁶. O segundo é o reconhecimento da jurisdição compulsória e universal contra os suspeitos de serem torturadores²⁷⁷. A Convenção é monitorada tanto por meio de

²⁷³ LAFER, Celso. *A internacionalização dos direitos humanos: constituição, racismo e relações internacionais*. Barueri: Manole, 2005, p. 60.

²⁷⁴ A Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes foi adotada pela Assembleia Geral da ONU em 10 de dezembro de 1984. Foi aprovada pelo Congresso Nacional pelo Decreto Legislativo nº 4, de 23 de maio de 1989 e promulgada pelo Decreto nº 40, de 15 de fevereiro de 1991. Em 28 de setembro de 1989 o Brasil depositou o instrumento de ratificação, sendo que a Convenção entrou em vigor para o Brasil em 28 de outubro de 1989.

²⁷⁵ Art. 1º, *in limine*: “Para fins da presente Convenção, o termo ‘tortura’ designa qualquer ato pelo qual dores ou sofrimentos agudos, físicos ou mentais, são infligidos intencionalmente a uma pessoa a fim de obter, dela ou de terceira pessoa, informações ou confissões; de castigá-la por ato que ela ou terceira pessoa tenha cometido ou seja suspeita de ter cometido; de intimidar ou coagir esta pessoa ou outras pessoas; ou por qualquer motivo baseado em discriminação de qualquer natureza; quando tais dores ou sofrimentos são infligidos por um funcionário público ou outra pessoa no exercício de funções públicas, ou por sua instigação, ou com o seu consentimento ou aquiescência. Não se considerará como tortura as dores ou sofrimentos que sejam consequência unicamente de sanções legítimas, ou que sejam inerentes a tais sanções ou delas decorram” – ONU. *Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes*. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/m_40_1991.htm>. Acesso em 7 set. 2008.

²⁷⁶ Art. 2º, § 2º.

²⁷⁷ Art. 5º a 8º.

relatórios, como por petições individuais e por comunicações interestatais, sendo que o órgão de monitoramento é o Comitê contra a Tortura²⁷⁸.

A Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação Racial²⁷⁹ expressamente menciona o direito à saúde, especialmente no que tange à saúde pública, ao acesso a serviços e à previdência social²⁸⁰. Além disso, é importante referir que essa Convenção foi o primeiro dos tratados sobre direitos humanos que estabeleceu um mecanismo de supervisão específico. Trata-se do Comitê sobre Eliminação da Discriminação Racial²⁸¹, o qual pode inclusive receber petições individuais contra um Estado, caso este Estado tenha assinado a cláusula facultativa que estatui essa possibilidade²⁸². O Comitê é um importante órgão quase-judicial, que muito embora não possa impor obrigações específicas para os países violadores de direitos humanos, contribui politicamente para a efetivação destes direitos. Com efeito, as conclusões do Comitê são publicadas em seu relatório anual, dirigido à Assembleia Geral da ONU.

A Convenção sobre Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher²⁸³ reconhece especificamente o direito da mulher à saúde²⁸⁴. Além disso, obriga os Estados a promover, com igualdade de gênero, o “acesso a material informativo específico

²⁷⁸ Ver: <<http://www2.ohchr.org/english/bodies/cat/index.htm>>. Acesso em 7 set. 2008.

²⁷⁹ O Brasil a assinou em 7 de março de 1966. Foi aprovada pelo Decreto Legislativo nº 23, de 21 de junho de 1967. O país depositou o instrumento de ratificação, junto ao Secretário Geral da ONU, em 27 de março de 1968. A Convenção entrou em vigor internacionalmente em 4 de janeiro de 1969. Finalmente, foi promulgada no Brasil pelo Decreto nº 65.810, de 8 de dezembro de 1969.

²⁸⁰ Segundo o art. 5º da Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação Racial: “os Estados Partes comprometem-se a proibir e a eliminar a discriminação racial sob todas as suas formas e a garantir o direito de cada um à igualdade perante a lei, sem distinção de raça, de cor ou de origem nacional ou étnica, nomeadamente no gozo dos seguintes direitos: [...] e) direitos econômicos, sociais e culturais, nomeadamente: [...] (iv) direito à saúde, a cuidados médicos, à previdência social e aos serviços sociais [...]” – ONU. *Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação Racial*. Disponível em: <<http://www2.mre.gov.br/dai/racial.htm>>. Acesso em 7 set. 2008.

²⁸¹ Ver: <<http://www2.ohchr.org/english/bodies/cerd/index.htm>>. Acesso em 7 set. 2008.

²⁸² Art. 14 da Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação Racial.

²⁸³ A Convenção data de 18 de dezembro de 1979. Foi promulgada pelo Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002, o qual expressamente revogou o Decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984. A Convenção havia sido assinada pelo Brasil em 31 de março de 1981, bem como aprovada com reservas pelo Decreto Legislativo nº 93, de 14 de novembro de 1983, o qual foi posteriormente revogado pelo Decreto Legislativo nº 26, de 22 de junho de 1994.

²⁸⁴ Artigo 12: “1. Os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar. 2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º, 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” – ONU. *Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher*. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/m_4377_2002.htm>. Acesso em 7 set. 2008.

que contribua para assegurar a saúde e o bem-estar da família, incluída a informação e o assessoramento sobre planejamento da família”²⁸⁵. Outrossim, obriga os Estados a adotar medidas para garantir às mulheres, em igualdade de condições com os homens, “o direito à seguridade social, em particular em casos de aposentadoria, desemprego, doença, invalidez, velhice ou outra incapacidade para trabalhar, bem como o direito de férias pagas”²⁸⁶, bem como “o direito à proteção da saúde e à segurança nas condições de trabalho, inclusive a salvaguarda da função de reprodução”²⁸⁷. Igualmente, por força da Convenção, os Estados deverão “dar proteção especial às mulheres durante a gravidez nos tipos de trabalho comprovadamente prejudiciais para elas”²⁸⁸. Em especial, a Convenção obriga os Estados a proteger a mulher nas zonas rurais, assegurando-lhes direito a “ter acesso a serviços médicos adequados, inclusive informação, aconselhamento e serviços em matéria de planejamento familiar”²⁸⁹ e a “gozar de condições de vida adequadas, particularmente nas esferas da habitação, dos serviços sanitários, da eletricidade e do abastecimento de água, do transporte e das comunicações”²⁹⁰. Esta Convenção, que inicialmente era monitorada apenas pela sistemática de relatórios estatais, passou a contar com o sistema de petições individuais e com um procedimento investigativo, por força de um Protocolo Facultativo²⁹¹. O órgão de monitoramento é um Comitê²⁹² próprio.

A Convenção sobre os Direitos da Criança²⁹³, que no seu preâmbulo expressamente reconhece “a importância da cooperação internacional para a melhoria das condições de vida das crianças em todos os países, especialmente nos países em desenvolvimento”²⁹⁴, contém várias referências à saúde. A saúde é reconhecida como direito humano para todas

²⁸⁵ Art. 10, *h*.

²⁸⁶ Art. 11, § 1º, *e*.

²⁸⁷ Art. 11, § 1º, *f*.

²⁸⁸ Art. 11, § 2º, *d*.

²⁸⁹ Art. 14, § 2º, *b*.

²⁹⁰ Art. 14, § 2º, *h*.

²⁹¹ O Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher foi adotado em Nova Iorque, em 1999. O Protocolo entrou em vigor internacionalmente em 22 de dezembro de 2000. Foi aprovado no Brasil pelo Decreto Legislativo nº 107, de 6 de junho de 2002, e então promulgado pelo Decreto nº 4.316, de 30 de julho de 2002. O país depositou a carta de ratificação em 28 de junho de 2002 e o Protocolo entrou em vigor para o Brasil em 28 de setembro do mesmo ano.

²⁹² Ver: <<http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/index.htm>>. Acesso em 7 set. 2008.

²⁹³ Em vigor internacionalmente desde 2 de setembro de 1990. Aprovada pelo Congresso Nacional pelo Decreto Legislativo nº 28, de 14 de setembro de 1990. Ratificada pelo Brasil em 24 de setembro de 1990. Em vigor para o Brasil desde 23 de outubro de 1990. Promulgada pelo Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990.

²⁹⁴ ONU. *Convenção Sobre os Direitos da Criança*. Disponível em: <<http://www2.mre.gov.br/dai/crianca.htm>>. Acesso em 7 set. 2008.

as crianças, notadamente nos arts. 24 e 25 da Convenção²⁹⁵. Igualmente, é especificado o direito à saúde para as crianças deficientes²⁹⁶. Outro aspecto abrangido pela Convenção diz respeito às instituições do Estado, quanto a isso a Convenção determina que “os Estados Partes se certificarão de que as instituições, os serviços e os estabelecimentos encarregados do cuidado ou da proteção das crianças cumpram com os padrões estabelecidos pelas autoridades competentes, especialmente no que diz respeito à segurança e à saúde das crianças, ao número e à competência de seu pessoal e à existência de supervisão adequada”²⁹⁷. Além disso, a Convenção reconhece o importante papel exercido pelos meios de comunicação com relação à promoção da saúde e do bem-estar²⁹⁸. Ainda, a

²⁹⁵ Segundo o art. 24: “1. Os Estados Partes reconhecem o direito da criança de gozar do melhor padrão possível de saúde e dos serviços destinados ao tratamento das doenças e à recuperação da saúde. Os Estados Partes envidarão esforços no sentido de assegurar que nenhuma criança se veja privada de seu direito de usufruir desses serviços sanitários. 2. Os Estados Partes garantirão a plena aplicação desse direito e, em especial, adotarão as medidas apropriadas com vistas a: a) reduzir a mortalidade infantil; b) assegurar a prestação de assistência médica e cuidados sanitários necessários a todas as crianças, dando ênfase aos cuidados básicos de saúde; c) combater as doenças e a desnutrição dentro do contexto dos cuidados básicos de saúde mediante, *inter alia*, a aplicação de tecnologia disponível e o fornecimento de alimentos nutritivos e de água potável, tendo em vista os perigos e riscos da poluição ambiental; d) assegurar às mães adequada assistência pré-natal e pós-natal; e) assegurar que todos os setores da sociedade, e em especial os pais e as crianças, conheçam os princípios básicos de saúde e nutrição das crianças, as vantagens da amamentação, da higiene e do saneamento ambiental e das medidas de prevenção de acidentes, e tenham acesso à educação pertinente e recebam apoio para a aplicação desses conhecimentos; f) desenvolver a assistência médica preventiva, a orientação aos pais e a educação e serviços de planejamento familiar. 3. Os Estados Partes adotarão todas as medidas eficazes e adequadas para abolir práticas tradicionais que sejam prejudiciais à saúde da criança. 4. Os Estados Partes se comprometem a promover e incentivar a cooperação internacional com vistas a lograr, progressivamente, a plena efetivação do direito reconhecido no presente Artigo. Nesse sentido, será dada atenção especial às necessidades dos países em desenvolvimento” – ONU. Op. cit., loc. cit. Conforme o art. 25: “Os Estados Partes reconhecem o direito de uma criança que tenha sido internada em um estabelecimento pelas autoridades competentes para fins de atendimento, proteção ou tratamento de saúde física ou mental a um exame periódico de avaliação do tratamento ao qual está sendo submetida e de todos os demais aspectos relativos à sua internação” – ONU. Op. cit., loc. cit.

²⁹⁶ O art. 23 determina o seguinte: “1. Os Estados Partes reconhecem que a criança portadora de deficiências físicas ou mentais deverá desfrutar de uma vida plena e decente em condições que garantam sua dignidade, favoreçam sua autonomia e facilitem sua participação ativa na comunidade. 2. Os Estados Partes reconhecem o direito da criança deficiente de receber cuidados especiais e, de acordo com os recursos disponíveis e sempre que a criança ou seus responsáveis reúnam as condições requeridas, estimularão e assegurarão a prestação da assistência solicitada, que seja adequada ao estado da criança e às circunstâncias de seus pais ou das pessoas encarregadas de seus cuidados. 3. Atendendo às necessidades especiais da criança deficiente, a assistência prestada, conforme disposto no parágrafo 2 do presente Artigo, será gratuita sempre que possível, levando-se em consideração a situação econômica dos pais ou das pessoas que cuidem da criança, e visará a assegurar à criança deficiente o acesso efetivo à educação, à capacitação, aos serviços de saúde, aos serviços de reabilitação, à preparação para o emprego e às oportunidades de lazer, de maneira que a criança atinja a mais completa integração social possível e o maior desenvolvimento individual factível, inclusive seu desenvolvimento cultural e espiritual. 4. Os Estados Partes promoverão, com espírito de cooperação internacional, um intercâmbio adequado de informações nos campos da assistência médica preventiva e do tratamento médico, psicológico e funcional das crianças deficientes, inclusive a divulgação de informações a respeito dos métodos de reabilitação e dos serviços de ensino e formação profissional, bem como o acesso a essa informação, a fim de que os Estados Partes possam aprimorar sua capacidade e seus conhecimentos e ampliar sua experiência nesses campos. Nesse sentido, serão levadas especialmente em conta as necessidades dos países em desenvolvimento” – ONU. Op. cit., loc. cit.

²⁹⁷ Art. 3º, § 3º.

²⁹⁸ Art. 17, *caput*.

Convenção determina a proteção infantil “contra a exploração econômica e contra o desempenho de qualquer trabalho que possa ser perigoso ou interferir em sua educação, ou que seja nocivo para sua saúde ou para seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social”²⁹⁹, bem como traz disposições específicas sobre a drogação infantil³⁰⁰ e a recuperação física e psicológica de crianças que de alguma forma sejam vítimas³⁰¹ de violações de direitos. O órgão de monitoramento é o Comitê dos Direitos da Criança³⁰², que recebe relatórios periódicos dos Estados³⁰³. Não há previsão legal, até o momento, para petições individuais ou para comunicações interestatais.

Os textos referidos contemplam sistema de monitoramento por meio de relatórios e, por vezes, também petições individuais ou comunicações interestatais. Pode-se dizer que se trata de sistemática não-jurisdicional, ou quase-judicial, sem poder de coerção sobre os Estados violadores de direitos humanos e, portanto, de limitada eficácia. Contudo, no plano político esse tipo de controle internacional fortalece a gramática dos direitos humanos e constitui-se em um nada negligenciável meio de pressão política – *power of shame* ou *power of embarrassment*. Outrossim, no plano ético se trata de importante conquista de toda a humanidade – a percepção de que as atrocidades cometidas em uma parte do mundo afetam a todo o gênero humano. Isso se aproxima do paradigma kantiano das relações internacionais.

Foram referidos sistemas de monitoramento pertinentes a cada um dos textos mencionados – Comitê contra a Tortura, Comitê sobre Eliminação da Discriminação Racial, Comitê sobre Eliminação da Discriminação contra a Mulher e Comitê dos Direitos da Criança. Cumpre recordar, por fim, a existência de um mecanismo universal de

²⁹⁹ Art. 32, § 1º.

³⁰⁰ O art. 33 estabelece que “os Estados Partes adotarão todas as medidas apropriadas, inclusive medidas legislativas, administrativas, sociais e educacionais, para proteger a criança contra o uso ilícito de drogas e substâncias psicotrópicas descritas nos tratados internacionais pertinentes e para impedir que crianças sejam utilizadas na produção e no tráfico ilícito dessas substâncias” – ONU. Op. cit., loc. cit.

³⁰¹ Segundo o art. 39: “os Estados Partes adotarão todas as medidas apropriadas para estimular a recuperação física e psicológica e a reintegração social de toda criança vítima de qualquer forma de abandono, exploração ou abuso; tortura ou outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes; ou conflitos armados. Essa recuperação e reintegração serão efetuadas em ambiente que estimule a saúde, o respeito próprio e a dignidade da criança” – ONU. Op. cit., loc. cit.

³⁰² Ver: <<http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/index.htm>>. Acesso em 7 set. 2008.

³⁰³ Arts. 44 e 45.

monitoramento dos direitos humanos - o Conselho de Direitos Humanos³⁰⁴, sucessor da Comissão³⁰⁵ de Direitos Humanos da ONU.

Desta muito breve análise dos textos sobre direitos humanos que de alguma forma tutelam o direito à saúde pode-se concluir que a saúde é um tema transversal no contexto da especificação dos direitos humanos. A seguir será analisado o direito à saúde no sistema interamericano de proteção dos direitos humanos.

1.1.2. O sistema interamericano de proteção dos direitos humanos

Além do sistema universal de proteção de direitos humanos, há sistemas regionais, de amplitude continental. Destacam-se os sistemas europeu³⁰⁶, africano e americano³⁰⁷. Nesta seção é abordado o sistema interamericano de proteção dos direitos humanos.

O sistema interamericano de direitos humanos compreende dois subsistemas de responsabilização por violações aos direitos humanos: o subsistema da Carta da OEA³⁰⁸ e o subsistema da Convenção Americana sobre Direitos Humanos – Pacto de São José da Costa Rica³⁰⁹. Não há contradição entre os dois subsistemas de responsabilização.

A responsabilização pela Carta da OEA é aplicável aos Estados membros desta organização internacional, ao passo que a responsabilização pela Convenção pressupõe a participação neste outro tratado internacional. O subsistema da Convenção é mais

³⁰⁴ Ver: <<http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/>>. Acesso em 8 set. 2008.

³⁰⁵ Ver: <<http://www2.ohchr.org/english/bodies/chr/index.htm>>. Acesso em 8 set. 2008.

³⁰⁶ Uma vez que a presente tese visa a analisar o direito humano à saúde e a cooperação sanitária no âmbito dos países em desenvolvimento, fugiria ao escopo do trabalho fazer uma análise dos instrumentos jurídicos do sistema europeu de proteção dos direitos humanos. Há vastíssima bibliografia sobre esse assunto. Consultar, entre outros: O'BOYLE, Michael et al. 2. Ed. *Law of the European Convention on Human Rights*. Oxford: Oxford University Press, 2009. LOUCAIDES, Loukis G. *The European Convention on Human Rights: Collected Essays*. Leiden: Brill, Martinus Nijhoff, 2007.

³⁰⁷ Para um estudo sobre os três sistemas: PIOVESAN, Flávia. *Direitos humanos e justiça internacional: um estudo comparativo dos sistemas regionais europeu, interamericano e africano*. São Paulo: Saraiva, 2006.

³⁰⁸ O tratado constitutivo da Organização dos Estados Americanos (Carta da OEA) foi assinado em 30 de abril de 1948, em Bogotá, durante a Nona Conferência Internacional Americana e, posteriormente, reformado pelo Protocolo de Buenos Aires em 1967, pelo Protocolo de Cartagena das Índias em 1985, pelo Protocolo de Washington em 1992 e pelo Protocolo de Manágua em 1993. O Congresso brasileiro aprovou o texto da Carta com o Decreto Legislativo nº 64, de 7 de dezembro de 1949, depositou o instrumento de ratificação em 13 de março de 1950, que entrou em vigor em 13 de dezembro de 1951, sendo promulgado pelo Decreto nº 30.544, de 14 de fevereiro de 1952.

³⁰⁹ O Pacto foi adotado em São José da Costa Rica em 22 de novembro de 1969 e entrou em vigor internacionalmente com a décima primeira ratificação, em 18 de julho de 1978 (conforme seu art. 74, §2º). Originalmente, a existência da convenção fora prevista pelo art. 106, *in fine*, da Carta da OEA.

sofisticado e mais efetivo para a tutela dos direitos humanos. A Carta oferece apenas o mecanismo quase-judicial da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, ao passo que a Convenção oferece, além deste mecanismo quase-judicial, a possibilidade de acesso a um mecanismo judicial, que é a Corte Interamericana de Direitos Humanos. Para ser parte na Convenção é necessário ser membro da OEA³¹⁰, entretanto na prática nem todos os Estados membros da OEA³¹¹ são partes na Convenção³¹², razão pela qual a responsabilização pela Carta ainda possui relevância.

A Corte Interamericana de Direitos humanos é o órgão jurisdicional da Convenção, competente para atuar em casos que envolvam os Estados partes da Convenção que houverem manifestado aceitação da cláusula facultativa de sua jurisdição. Portanto, o subsistema da Convenção se dá em duplo nível: os Estados podem ser partes na Convenção e reconhecer a jurisdição da Corte³¹³, mas eles também podem ser partes *sem* aceitar a jurisdição da Corte³¹⁴, situação em que podem ser responsabilizados apenas perante a Comissão. Fora desse subsistema de proteção dos direitos humanos estão os demais membros da OEA³¹⁵, que não ratificaram o texto da Convenção e, portanto, permanecem vinculados apenas ao subsistema da Carta da OEA, que é mais frágil.

O Brasil depositou Carta de Adesão à Convenção apenas em 25 de setembro de 1992, com autorização legislativa dada pelo Decreto Legislativo nº 27, de 28 de maio de 1992, e então promulgou a Convenção por meio do Decreto 678, de seis de novembro de

³¹⁰ Art. 74.1 do Pacto de São José.

³¹¹ Todos os trinta e cinco Estados independentes das Américas são Partes na OEA. No entanto, desde a Oitava Reunião de Consulta de Ministros de Relações Exteriores, 1962, o governo de Cuba está excluído de participar da organização. Os membros atuantes são, portanto os seguintes: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Dominica, Equador, El Salvador, Estados Unidos, Grenada, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, St. Kitts y Nevis, Santa Lúcia, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguai e Venezuela.

³¹² Estados partes da Convenção: Argentina, Barbados, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Dominica, Equador, El Salvador, Grenada, Guatemala, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Suriname, Uruguai e Venezuela – Fonte: <http://www.oas.org/key_issues/spa/KeyIssue_Detail.asp?kis_sec=2>. Acesso em 4 nov. 2007.

³¹³ Estados partes da Convenção que reconhecem a jurisdição da Corte: Argentina, Barbados, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Suriname, Uruguai e Venezuela.

³¹⁴ Estados partes da Convenção que não aceitam a jurisdição da Corte: Dominica, Grenada e Jamaica.

³¹⁵ Estados membros da OEA que não são parte da Convenção: Antigua y Barbuda, Bahamas, Belize, Canadá, Cuba, Estados Unidos, Guiana, St. Kitts y Nevis, Santa Lúcia, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tobago. Recorde-se que o Estado cubano não deixou de ser membro da OEA, mas seu governo atual está excluído de participar da organização, desde a Oitava Reunião de Consulta de Ministros de Relações Exteriores, de 1962.

1992, ou seja, vinte e três anos depois do surgimento da Convenção e quatorze anos após a sua entrada em vigor no plano internacional. A partir de então, o país passou a aceitar a atuação da Comissão como órgão da Convenção. Até então, o Brasil reconhecia o papel da Comissão apenas na qualidade de órgão da Carta da OEA. Mesmo reconhecendo a competência da Comissão como órgão da Convenção, o Brasil não aceitou a competência especial da Comissão para processar denúncias contra o país que sejam apresentadas por outros Estados partes, isso porque o país ainda não reconheceu a cláusula facultativa do art. 45 da Convenção Americana. Não obstante, a regra geral é aplicável, que prevê a possibilidade de qualquer pessoa ou grupo de pessoas provocarem a Comissão contra o Brasil.

A vinculação à Convenção não significou automático reconhecimento da jurisdição da Corte, uma vez que, no sistema interamericano, isso só é imposto aos Estados que acolherem a *cláusula facultativa* da jurisdição da Corte. Em três de dezembro de 1998 o Congresso Nacional aprovou a vinculação brasileira à jurisdição da Corte, por meio do Decreto Legislativo 89. O Brasil reconheceu formalmente a jurisdição obrigatória da Corte apenas em 2002. O reconhecimento, por prazo indeterminado, ocorreu por meio do Decreto 4.463, de oito de novembro de 2002.

Percebe-se que a participação do Brasil nesse sistema só se concretizou com a democratização do país, a partir da constituição de 1988. Flávia Piovesan refere que a partir da nova constituição o Brasil ratificou importantes tratados de direitos humanos, como a Convenção Interamericana para prevenir e punir a tortura, a Convenção sobre direitos da criança, o Pacto Internacional de direitos civis e políticos, o Pacto Internacional de direitos econômicos, sociais e culturais e a Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, além da Convenção Americana de direitos humanos³¹⁶. A mesma autora afirma que “ao reforçar a sistemática de proteção de direitos, o aparato internacional permite o aperfeiçoamento do próprio regime democrático”³¹⁷.

³¹⁶ PIOVESAN, Flávia. Direitos humanos globais, justiça internacional e o Brasil. In: AMARAL JÚNIOR, Alberto do; PERRONE-MOISÉS, Cláudia (Orgs.). *O cinquentenário da Declaração Universal dos Direitos do Homem*. São Paulo: EDUSP, 1999, p. 246.

³¹⁷ PIOVESAN, Flávia. Direitos humanos globais, justiça internacional e o Brasil. In: AMARAL JÚNIOR, Alberto do; PERRONE-MOISÉS, Cláudia (Orgs.). *O cinquentenário da Declaração Universal dos Direitos do Homem*. São Paulo: EDUSP, 1999, p. 247.

Cumpra, agora, analisar em que medida o direito humano à saúde é tutelado pelo sistema interamericano e proteção dos direitos humanos. Serão abordados os textos do Pacto de San José e do Protocolo de San Salvador. Antes, contudo, é pertinente referir a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem, aprovada na Nona Conferência Internacional Americana, realizada em Bogotá, em 1948.

a. Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem (1948)

A Declaração Americana expressamente reconhece o direito à preservação da saúde e ao bem-estar, nos termos do seu artigo 11:

Toda pessoa tem direito a que sua saúde seja resguardada por medidas sanitárias e sociais relativas à alimentação, roupas, habitação e cuidados médicos correspondentes ao nível permitido pelos recursos públicos e os da coletividade.³¹⁸

Recorde-se que na Declaração Universal, contemporânea à Declaração Americana, o direito à saúde é apenas indireto. Nesta, diferentemente, a saúde é expressamente reconhecida como direito de *toda* pessoa, havendo referência inclusive a alguns dos principais fatores condicionantes da saúde, a saber, alimentação e habitação. Por outro lado, o texto do art. 11 antecipa a tônica dada ao direito à saúde no Pacto sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, quando vincula o dever de prover cuidados médicos ao “nível permitido pelos recursos públicos e os da coletividade”. Como já se disse, o enfoque atual dos direitos humanos é o da sua unidade, de maneira que os direitos sociais não podem ser *menos* direitos que as liberdades individuais. Ou seja, o discurso de que os direitos sociais seriam meras normas programáticas não tem encontrado guarida no entendimento de muitos estudiosos do assunto³¹⁹.

Além disso, ainda na Declaração Americana, há o reconhecimento específico da proteção à maternidade e à infância. Com efeito, o art. 7º reconhece que “toda mulher em estado de gravidez ou em época de lactação, assim como toda criança, têm direito à proteção, cuidados e auxílios especiais”³²⁰.

³¹⁸ OEA. *Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem*. Disponível em: <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/b.Declaracao_Americana.htm>. Acesso em 11 set. 2008.

³¹⁹ Ver: PIOVESAN, Flávia. *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. 7ª ed. São Paulo: Saraiva, 2006, p. 172-174.

³²⁰ OEA. *Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem*. Disponível em: <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/b.Declaracao_Americana.htm>. Acesso em 11 set. 2008.

b. Convenção Americana sobre Direitos Humanos (1969)

A Convenção Americana de Direitos Humanos, por sua vez, traz a saúde subentendida já no seu art. 5º, § 1º, segundo o qual “toda pessoa tem o direito de que se respeite sua integridade física, psíquica e moral”³²¹. A Convenção também refere a defesa da saúde pública como justificativa para a limitação excepcional do exercício de outros direitos lá reconhecidos. Isso ocorre com a liberdade de religião (art. 12, §3º), a liberdade de pensamento e expressão (art. 13, § 2º, *b*), o direito de reunião (art. 15), a liberdade de associação (art. 16, § 2º) e o direito de circulação e de residência (art. 22, § 3º). Nestes casos, na ponderação entre os diferentes valores em cena, o direito à saúde pode preponderar em relação às referidas liberdades.

A Convenção, de 1969, prestigiou os direitos humanos de dimensão individual. Embora tenha sido tímida a referência aos direitos sociais, nela foi inserida menção à cooperação internacional, nos termos do art. 26:

Os Estados-Partes comprometem-se a adotar providências, tanto no âmbito interno como mediante *cooperação internacional*, especialmente econômica e técnica, a fim de conseguir progressivamente a plena efetividade dos direitos que decorrem das normas econômicas, sociais e sobre educação, ciência e cultura, constantes da Carta da Organização dos Estados Americanos, reformada pelo Protocolo de Buenos Aires, na medida dos recursos disponíveis, por via legislativa ou por outros meios apropriados.³²²

Apenas em 1988 foi assinado um Protocolo Adicional à Convenção, que passou a contemplar no sistema interamericano de proteção dos direitos humanos os direitos econômicos, sociais e culturais. Trata-se do Protocolo de San Salvador³²³.

c. Protocolo de San Salvador (1988)

O Protocolo parte do pressuposto de que “só pode ser realizado o ideal do ser humano livre, isento de temor e da miséria, se forem criadas condições que permitam a cada

³²¹ OEA. *Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San José da Costa Rica)*. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/m_678_1992.htm>. Acesso em 11 set. 2008.

³²² OEA. *Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San José da Costa Rica)*. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/m_678_1992.htm>. Acesso em 11 set. 2008.

³²³ O Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Protocolo de San Salvador) foi assinado em 17 de novembro de 1988. O Brasil aderiu a ele apenas em agosto de 1996, sendo que a sua promulgação ocorreu apenas com o decreto nº 3.321, de 31 de dezembro de 1999.

pessoa gozar de seus direitos econômicos, sociais e culturais, bem como de seus direitos civis e políticos”³²⁴. Neste contexto, o direito à saúde é expressamente reconhecido:

1. Toda pessoa tem direito à saúde, entendida como o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social.
2. A fim de tornar efetivo o direito à saúde, os Estados Partes comprometem-se a reconhecer a saúde como bem público e, especialmente, a adotar as seguintes medidas para garantir este direito:
 - a. Atendimento primário de saúde, entendendo-se como tal a assistência médica essencial colocada ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade;
 - b. Extensão dos benefícios dos serviços de saúde a todas as pessoas sujeitas à jurisdição do Estado;
 - c. Total imunização contra as principais doenças infecciosas;
 - d. Prevenção e tratamento das doenças endêmicas, profissionais e de outra natureza;
 - e. Educação da população sobre prevenção e tratamento dos problemas da saúde; e
 - f. Satisfação das necessidades de saúde dos grupos de mais alto risco e que, por sua situação de pobreza, sejam mais vulneráveis.³²⁵

Além disso, a saúde é reconhecida como direito com a proibição de trabalho que possa colocar em risco a saúde de menores de dezoito anos³²⁶, bem como com o direito a segurança e higiene no trabalho³²⁷. Igualmente, o Protocolo reconhece o direito à previdência social, abrangendo direito a atendimento médico e a auxílio em caso de acidente de trabalho ou doença profissional, bem como a licença maternidade³²⁸. O direito à saúde está implícito ao direito a um meio ambiente sadio³²⁹ e ao direito à alimentação, uma vez que “toda pessoa tem direito a uma nutrição adequada que assegure a possibilidade de gozar do mais alto nível de desenvolvimento físico, emocional e intelectual”³³⁰. Outrossim, no que concerne à proteção das pessoas idosas, os Estados se comprometem a proporcionar-lhes alimentação e assistência médica especializada³³¹. Enfim, há a obrigação de promover a inclusão social das pessoas deficientes³³².

O Protocolo refere a obrigação de os Estados adotarem medidas para implementar os direitos ali reconhecidos e, expressamente, menciona a cooperação internacional, nos termos do art. 1º:

³²⁴ OEA. *Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*: ‘Protocolo de San Salvador’. Disponível em:

<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/e.Protocolo_de_San_Salvador.htm>. Acesso em 11 set. 2008.

³²⁵ Art. 10º – *Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*: ‘Protocolo de San Salvador’. Disponível em:

<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/e.Protocolo_de_San_Salvador.htm>. Acesso em 11 set. 2008.

³²⁶ Art. 7º, f.

³²⁷ Art. 7º, e.

³²⁸ Art. 9º.

³²⁹ Art. 11.

³³⁰ Art. 12, § 1º.

³³¹ Art. 17, a.

³³² Art. 18.

Os Estados Partes neste Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos comprometem-se a adotar as medidas necessárias, tanto de ordem interna como por meio da cooperação entre os Estados, especialmente econômica e técnica, até o máximo dos recursos disponíveis e levando em conta seu grau de desenvolvimento, a fim de conseguir, progressivamente e de acordo com a legislação interna, a plena efetividade dos direitos reconhecidos neste Protocolo.³³³

Além disso, há referência à cooperação quando o Protocolo trata do direito à alimentação³³⁴ e do direito à cultura³³⁵. Isso reforça a ideia de que a cooperação é um instrumento desenhado pelo direito internacional para efetivar direitos, notadamente os direitos sociais.

d. Outros tratados do sistema interamericano

Além da Convenção e do Protocolo, ainda no âmbito continental americano, é importante referir dispositivos pertinentes ao direito à saúde que se encontram em outros instrumentos jurídicos. A Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher (Convenção de Belém do Pará)³³⁶, por exemplo, protege a saúde da mulher já ao conceituar o que se entende por “violência contra a mulher”³³⁷. Além disso, a Convenção Interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência³³⁸ propugna pela acessibilidade dos deficientes aos espaços públicos e pela sua inclusão social; esta Convenção, inclusive, obriga os Estados a agir para prevenir todas as formas de deficiências passíveis de prevenção³³⁹. Por

³³³ *Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*: ‘Protocolo de San Salvador’. Disponível em: <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/e.Protocolo_de_San_Salvador.htm>. Acesso em 11 set. 2008.

³³⁴ Art. 12, § 2º.

³³⁵ Art. 14, § 4º.

³³⁶ A Convenção de Belém do Pará foi assinada em 9 de junho de 1994, o Brasil a ratificou em novembro de 1995. Foi promulgada no país pelo Decreto nº 1.973, de 01 de agosto de 1996.

³³⁷ Art. 1º: “Para os efeitos desta Convenção, entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” – OEA. *Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher*. Convenção de Belém do Pará. Disponível em: <<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>>. Acesso em 11 set. 2008.

³³⁸ A Convenção Interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência foi assinada na Guatemala, em 8 de junho de 1999. O Brasil a ratificou em 2001. Foi promulgada no país pelo Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001.

³³⁹ Art. 3º, § 2º, a – OEA. *Convenção Interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência*. Disponível em: <<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/o.Convencao.Personas.Portadoras.de.Deficiencia.htm>>. Acesso em 11 set. 2008.

fim, a Convenção Interamericana para prevenir e punir a tortura³⁴⁰ também é pertinente no que concerne à proteção da saúde como direito humano, à medida que a tortura é a inflição intencional de sofrimento físico ou mental a alguém³⁴¹.

Verifica-se que o direito humano à saúde é amplamente reconhecido não apenas no sistema universal de proteção dos direitos humanos, mas também no sistema interamericano. A seguir, será percorrido o direito vigente em âmbito africano, naquilo que é pertinente ao presente estudo.

1.1.3. O sistema africano de proteção dos direitos humanos

Dos sistemas regionais que protegem direitos humanos, o africano é o mais recente. Sua criação, no âmbito da então Organização de Unidade Africana, hoje União Africana³⁴², ocorreu em 1981, com a assinatura da Carta Africana de Direitos Humanos e dos Povos, assinada em Banjul, Gâmbia. Uma característica marcante do sistema africano é que ele parte de uma perspectiva coletivista³⁴³, do direito dos *povos*, para então reconhecer a esfera individual dos direitos.

A Carta de Banjul previu a criação da Comissão Africana de Direitos Humanos³⁴⁴ e dos povos, a qual se estabeleceu apenas em 1987. Órgão *quase-judicial*, a Comissão tem a competência de promover os direitos humanos e de monitorar a aplicação da Carta e pode receber petições individuais ou de ONGs. Esse sistema se fortaleceu com a assinatura, em

³⁴⁰ A Convenção Interamericana para prevenir e punir a tortura foi assinada em 9 de dezembro de 1985. Foi promulgada no país pelo Decreto nº 98.386, de 9 de novembro de 1989, ano em que o Brasil a ratificou.

³⁴¹ Art. 2º: “Para os efeitos desta Convenção, entender-se-á por tortura todo ato pelo qual são infligidos intencionalmente a uma pessoa penas ou sofrimentos físicos ou mentais, com fins de investigação criminal, como meio de intimidação, como castigo pessoal, como medida preventiva, como pena ou com qualquer outro fim. Entender-se-á também como tortura a aplicação sobre uma pessoa, de métodos tendentes a anular a personalidade da vítima, ou a diminuir sua capacidade física ou mental, embora não causem dor física ou angústia psíquica.

Não estarão compreendidos no conceito de tortura as penas ou sofrimentos físicos ou mentais que sejam consequência de medidas legais ou inerentes a elas, contanto que não incluam a realização dos atos ou a aplicação dos métodos a que se refere este artigo” – OEA. *Convenção Interamericana para prevenir e punir a tortura*. Disponível em: <<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/i.Tortura.htm>>. Acesso em 11 set. 2008.

³⁴² SEITENFUS, Ricardo. *Manual das organizações internacionais*. 4. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005, p. 331-332.

³⁴³ PIOVESAN, Flávia. *Direitos humanos e justiça internacional: um estudo comparativo dos sistemas regionais europeu, interamericano e africano*. São Paulo: Saraiva, 2006, p. 122.

³⁴⁴ Ver: <<http://www.achpr.org>>.

1998, do Protocolo à Carta Africana³⁴⁵, em vigor desde 2004, pelo qual se determinou o estabelecimento da Corte Africana de Direitos Humanos e dos Povos. O Protocolo prevê para a Corte a competência de decidir sobre a aplicação da Carta, por meio de decisões obrigatórias e com a possibilidade de que pessoas e ONGs provoquem sua jurisdição, mas apenas com relação aos países que expressamente houverem aceitado a competência da Corte para apreciar tais casos. Em particular, Piovesan sublinha a importância das ONGs no processo de criação e fortalecimento do sistema africano³⁴⁶.

No que concerne ao direito à saúde, a Carta tanto o reconhece como direito social, como o considera limite para o exercício de liberdades. Neste caso, pode-se referir a liberdade de reunião e a liberdade de circulação no país, direitos que podem ser limitados por imperativos de saúde pública, conforme os artigos 11 e 12, § 2º, respectivamente. O direito à saúde é definido nos termos do art. 16:

§ 1º. Toda pessoa tem direito ao gozo do melhor estado alcançável de saúde física e mental.

§ 2º. Os Estados Partes na presente Carta comprometem-se a tomar as medidas necessárias para proteger a saúde das suas populações e para assegurar-lhes assistência médica em caso de doença.³⁴⁷

Deste modo, saúde é direito também no âmbito continental africano, em que pese o citado dispositivo apresentar uma visão um pouco limitada do direito à saúde, muito apegada à noção de doença e à perspectiva restrita da assistência médica. Por outro lado, a Carta de Banjul reconhece de modo abrangente o direito ao desenvolvimento e determina que “os Estados têm o dever, individual ou *coletivamente*, de assegurar o exercício do direito ao desenvolvimento”³⁴⁸. Isso sugere um dever de cooperar, considerando que o preâmbulo expressamente refere o objetivo de promover a cooperação internacional.

Ainda no sistema africano, o Protocolo sobre os Direitos da Mulher³⁴⁹ de julho de 2003, o qual ainda não está em vigor, visa à eliminação de todas as formas de

³⁴⁵ UNIÃO AFRICANA. *Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Establishment of an African Court on Human and People's Rights*. Disponível em: <<http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/Text/africancourt-humanrights.pdf>>. Acesso em 26 set. 2009.

³⁴⁶ PIOVESAN. Op. cit., p. 126.

³⁴⁷ UNIÃO AFRICANA. *African Charter on Human and People's Rights*. Disponível em: <<http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/Text/Banjul%20Charter.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2009.

³⁴⁸ Art. 22, § 2º – UNIÃO AFRICANA. Op. cit., loc. cit.

³⁴⁹ UNIÃO AFRICANA. *Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Rights of Women in Africa*. Disponível em: <<http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/Text/Banjul%20Charter.pdf>>.

discriminação contra a mulher, inclusive com relação às práticas contrárias a sua saúde e bem-estar – arts. 2º, § 1º, *b*, e 5º, *c*. Neste Protocolo, o art. 14 protege o direito à saúde e os direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

Além disso, a Carta Africana sobre Direitos e Bem-Estar da Criança³⁵⁰, de julho de 1990, em vigor desde 1999, estabelece, no art. 11, dedicado ao direito à educação, que sua educação deve ser direcionada, entre outros aspectos, a promover a compreensão pela criança sobre cuidados básicos em saúde. A Carta também prevê que os Estados devem, na medida do possível, auxiliar os pais na tarefa de prover aos seus filhos o necessário para sua dignidade, inclusive a sua saúde (art. 20, § 2º, *a*). E a alínea *a* do § 1º do art. 21 prevê o combate a práticas sociais e culturais prejudiciais à saúde infantil. Enfim, de modo específico, o art. 14 estatui o direito da criança à saúde e aos serviços de saúde, reiterando o conceito de saúde da Carta da OMS e determinando algumas medidas que devem ser tomadas pelos Estados, não apenas com relação à assistência, mas também concernentes à prevenção. Essas medidas indiciam que políticas públicas sobre saúde podem ter origem internacional.

Até aqui se verifica que, pelo menos no que concerne ao seu formal reconhecimento, a saúde é um direito amplamente vigente, pois tanto em âmbito universal do sistema de proteção de direitos humanos das Nações Unidas, como em âmbito continental³⁵¹, os principais documentos normativos de direitos humanos o contemplam. Ademais, esses instrumentos também reconhecem o papel da cooperação internacional para a efetivação de direitos. Enfim, é importante dizer que o reconhecimento da saúde como direito humano é o âmago do direito sanitário, o qual será abordado a seguir.

union.org/root/au/Documents/Treaties/Text/Protocol%20on%20the%20Rights%20of%20Women.pdf >. Acesso em 27 set. 2009.

³⁵⁰ UNIÃO AFRICANA. *African Charter on the Rights and Welfare of the Child*. Disponível em:

<[http://www.africa-](http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/Text/Protocol%20on%20the%20Rights%20of%20Women.pdf)

union.org/root/au/Documents/Treaties/Text/Protocol%20on%20the%20Rights%20of%20Women.pdf >.

Acesso em 27 set. 2009.

³⁵¹ Como referido em nota anterior, o presente trabalho se debruça especialmente sobre os sistemas africano e americano, uma vez que o objeto do estudo é a cooperação internacional como garantia do direito à saúde em países em desenvolvimento.

1.2. O direito sanitário

O estudo do direito sanitário, no presente trabalho, é dividido em duas partes. Primeiro, cuida-se dos aspectos gerais, que permitem o desenvolvimento deste recente campo interdisciplinar, tendo como pressuposto o reconhecimento do direito humano à saúde (1.2.1). Depois, analisa-se o papel de algumas organizações internacionais na consolidação do direito sanitário (1.2.2).

1.2.1. *Um campo interdisciplinar*

A saúde, na esfera individual, remete-se ao direito à vida, à proibição da tortura e, mais recentemente, à reivindicação individual por tratamento médico, o que inclui os medicamentos. Não obstante isso, a saúde também assume – e principalmente – uma dimensão social, desde as reivindicações trabalhistas por melhores condições de trabalho, a obrigação de vacinação até chegar às políticas públicas de prevenção e de assistência às enfermidades.

Não é nova a relação entre a primeira dimensão dos direitos humanos (liberdades individuais exercidas contra o Estado) e o ideal de liberdade. Da mesma forma, a relação entre a segunda dimensão dos direitos humanos (direitos sociais, promovidos pelo Estado) e o ideal de igualdade. Do mesmo modo, a terceira dimensão dos direitos humanos (trans-individuais, como o meio ambiente sadio e equilibrado e a democracia) diz respeito ao ideal de solidariedade, ou fraternidade³⁵².

³⁵² Nesse sentido, Paulo Bonavides sustenta o seguinte: “Em rigor, o lema revolucionário do século XVIII, esculpido pelo gênio político francês, exprimiu em três princípios cardeais todo o conteúdo possível dos direitos fundamentais, profetizando até mesmo a sequência histórica de sua gradativa institucionalização: liberdade, igualdade e fraternidade” – BONAVIDES, Paulo. *Curso de direito constitucional*. 9. ed. São Paulo: Malheiros, 2000, p. 516. Igualmente, Canotilho apresenta essa tripartição e refere que entre os direitos de solidariedades “se incluem o direito ao desenvolvimento e o direito ao patrimônio comum da humanidade”, os quais implicam a atuação de todos os Estados, de todos os povos – CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *Direito constitucional e teoria da constituição*. 4. ed. Coimbra: Almedina, 2001, p. 380.

O direito sanitário³⁵³, de estreita relação com os direitos humanos, traduz a busca por esses mesmos ideais. A *liberdade* está no *direito à saúde*, no direito humano fundamental de ter acesso à saúde no seu mais amplo significado³⁵⁴. A *igualdade* está no *direito da saúde pública*³⁵⁵, no dever que o Estado Democrático de Direito tem de promover a saúde para todos os cidadãos. Sobre essa relação, leciona Sueli Gandolfi Dallari o seguinte:

a saúde, definida como direito, deve inevitavelmente conter aspectos sociais e individuais (...)
 Observado como direito individual, o direito à saúde privilegia a liberdade em sua mais ampla acepção (...)
 Examinado, por outro lado, em seus aspectos sociais, o direito à saúde privilegia a igualdade (...)
 O direito à saúde ao apropriar-se da liberdade e da igualdade caracteriza-se pelo equilíbrio instável desses valores.³⁵⁶

A carga valorativa dos direitos humanos atine à dignidade humana e à percepção de que se trata de conteúdos jurídicos que traduzem a consciência ética coletiva dos povos. Já as suas dimensões espelham a evolução histórica e constante dos direitos humanos, da sempre inacabada efetivação da dignidade humana. Nesse sentido, já foi dito que as dimensões são solidariamente complementares e que um mesmo direito pode ser visto sob diferentes perspectivas, isto é, pode se enquadrar em diferentes dimensões – individual, social e transindividual.

Assim é com o direito à saúde, que possui um viés individual, mas outro viés coletivo, social. Ademais, a importância da saúde é muito ampla e diz respeito ao próprio desenvolvimento do Estado, e não apenas ao desenvolvimento do indivíduo. No dizer de Dalmo Dallari:

³⁵³ “O direito sanitário se interessa tanto pelo direito à saúde, enquanto reivindicação de um direito humano, quanto pelo direito da saúde pública: um conjunto de normas jurídicas que têm por objeto a promoção, prevenção e recuperação da saúde de todos os indivíduos que compõem o povo de determinado Estado, compreendendo, portanto, ambos os ramos tradicionais em que se convencionou dividir o direito: o público e o privado. Tem, também, abarcado a sistematização da preocupação ética voltada para os temas que interessam à saúde e, especialmente, o direito internacional sanitário, que sistematiza o estudo da atuação de organismos internacionais que são fonte de normas sanitárias e dos diversos órgãos supra-nacionais destinados à implementação dos direitos humanos” – DALLARI, Sueli Gandolfi. *Direito sanitário*. In: Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Direito Sanitário e Saúde Pública*, Vol. 1, Brasília, Ministério da Saúde, 2003, p. 49.

³⁵⁴ Conforme o preâmbulo do acordo constitutivo da Organização Mundial da Saúde, de 1946: “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Sueli Dallari adverte que “qualquer redução na definição desse objeto o deformará irremediavelmente” – DALLARI, Sueli Gandolfi. *O direito à saúde*. *Revista de saúde pública*. São Paulo, vol. 22, n. 1, fev. 1988, p. 59.

³⁵⁵ DALLARI, Sueli Gandolfi. Uma nova disciplina: o direito sanitário. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, vol. 22, n. 4, ago. 1988, p. 330.

³⁵⁶ DALLARI, S. G. O direito à saúde. *Revista de saúde pública*. São Paulo, vol. 22, n. 1, fev. 1988, p. 59.

É lição da história que os povos com melhor nível de saúde sempre se colocaram em posição de vanguarda, tanto no plano da produção material quanto intelectual. E no interior de cada sociedade o que se verifica é um fenômeno paralelo, obtendo maior desenvolvimento e conquistando as melhores posições as pessoas que, desde criança, ou mesmo antes de seu nascimento, tiveram o benefício do recebimento de bons cuidados de saúde.³⁵⁷

É importante notar que o direito à saúde não é o direito de *ser* saudável, mas é o direito de *ter* acesso aos produtos e serviços de saúde. Além disso, o acesso à saúde não deve ser apenas o acesso a assistência médica em caso de enfermidade – o que corresponderia a uma visão negativa, porque com ponto de partida na doença e não na saúde. Trata-se de um direito mais amplo, que deve contemplar a assistência curativa por profissionais da saúde e, além disso, deve abarcar ações de prevenção e de promoção da saúde. A prevenção em saúde é a administração dos riscos conhecidos³⁵⁸, ela pode ser individualizada e tem adquirido cada vez maior importância³⁵⁹. A promoção da saúde, por sua vez, diz respeito principalmente à educação da população sobre hábitos saudáveis e sobre medidas de higiene e de prevenção, considerando que o processo saúde-doença não é linear (causa-efeito) e não é apenas biomédico, mas envolve aspectos sócio-culturais³⁶⁰.

Então se percebe que o direito sanitário é um campo interdisciplinar³⁶¹, zona de intersecção entre diversos saberes, jurídicos e não jurídicos. É um direito que dialoga estreitamente com as ciências da saúde, que se realiza por meio de políticas públicas e que também interage com diversos outros campos do próprio direito. Com efeito, o direito sanitário, cuja matriz está nos direitos humanos, se relaciona com o direito administrativo,

³⁵⁷ DALLARI, D. de A. *Direitos humanos e cidadania*. 2. ed. São Paulo: Moderna, 2004, p. 78.

³⁵⁸ Quando se tratar do enfrentamento de riscos ainda não comprovados cientificamente, sobre os quais não se estabeleceu com segurança um nexo de causalidade com os danos possíveis, trata-se de aplicação do princípio da *precaução*, importante princípio do direito sanitário, mas cuja aplicação sofre muitas resistências. A este respeito, ver: TORRONTÉGUY, M. A. A. *Possibilidades de aplicação do princípio da precaução no âmbito do Mercado Comum do Sul*. 2006. Dissertação (Mestrado em Integração Latino-Americana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2006.

³⁵⁹ Para uma reflexão sobre o direito à saúde na sociedade de risco, considerando que o enfoque do *risco* é um desafio para os sistemas de saúde acostumados a lidar com *doenças*, ver: DE GIORGI, Raffaele. O risco na sociedade contemporânea. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 9, n. 1, mar.-jun. 2008, p. 37-49.

³⁶⁰ CANEL, Regina Célia; CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de. A advocacia em saúde como uma estratégia para a promoção da saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 9, n. 1, mar.-jun. 2008, p. 74-85.

³⁶¹ Schwartz enfoca a saúde como um processo sistêmico no qual é impossível a extinção dos riscos, razão pela qual ele rejeita o paradigma kelseniano da segurança e adota o paradigma sistêmico luhmanniano, considerando este mais apropriado para permitir ao direito sanitário lidar com os riscos sem os evitar – SCHWARTZ, Germano. Direito à saúde: abordagem sistêmica, risco e democracia. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 2, n. 1, mar. 2001, p. 27-38 –. No entanto, o mesmo autor reconhece que o acoplamento entre direito e saúde ainda é uma questão a ser enfrentada: SCHWARTZ, Germano. A autopoiese do sistema sanitário. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 4, n. 1, mar. 2003, p. 50-59.

no que concerne à organização do sistema de saúde; com o direito penal, pois existem crimes contra a saúde pública; com o direito do trabalho, no que tange a saúde do trabalhador; com o direito civil, no que concerne à responsabilidade dos profissionais da saúde; com o direito do consumidor, uma vez que engendra relações consumeristas como os contratos particulares com planos privados; com o direito econômico, porque o Estado regula o mercado da saúde; com o direito ambiental, o qual indiretamente garante a saúde quando protege o ambiente etc. Neste contexto, o direito sanitário tem adquirido autonomia científica.

Essas interações ocorrem da mesma forma no plano internacional, compondo o direito sanitário internacional também como um espaço de intersecção entre diversos temas. O conjunto das normas de direito internacional que dizem respeito à saúde, bem como das normas nacionais transversalmente vigentes, compõe o conteúdo do direito sanitário internacional. Ocorre que esse conjunto é um mosaico fragmentado, de múltiplas fontes e instâncias que se sobrepõem muitas vezes sem hierarquia definida.

Neste sentido, Guido Soares, ao escrever sobre o tema, tratou da *incômoda vizinhança* do direito sanitário internacional, composta pelo comércio internacional e pela proteção internacional do meio ambiente³⁶². Deisy Ventura também aborda o tema de maneira transversal e leva a refletir sobre a inevitável correlação entre o interno e o internacional na construção do direito sanitário, cada vez mais influenciado pela atuação dos organismos internacionais³⁶³. Portanto, para avançar na compreensão do direito sanitário, é importante abordar o papel das organizações internacionais, as quais contribuem para a consolidação desse campo jurídico, reproduzindo a riqueza e os desafios da sua interdisciplinaridade.

³⁶² SOARES, Guido. O direito internacional sanitário e seus temas: apresentação de sua incômoda vizinhança. *Revista de direito sanitário*. São Paulo, vol. 1, n. 1, nov. 2000, p. 81 et seq.

³⁶³ VENTURA, Deisy. Uma visão internacional do direito à saúde. In: SOUSA JÚNIOR, José Geraldo de; et al. (Orgs.). *O direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde*. Brasília: CEAD, UNB, 2008, p. 77-88.

1.2.2. O papel das organizações internacionais

Além dos textos internacionais sobre direitos humanos, os quais constituem o fundamento do direito sanitário³⁶⁴, é importante abordar a contribuição das organizações internacionais. O direito sanitário ocupa, nas organizações internacionais generalistas, um espaço indefinido (a). Nas organizações especializadas, seu lugar é ambíguo (b).

a. Nas organizações generalistas, um lugar indefinido

A Organização das Nações Unidas foi constituída pela Carta de São Francisco, em 26 de junho de 1945. Trata-se de uma organização universalista que, sucedendo a Liga das Nações, nasceu para reorganizar as relações internacionais no pós-II Guerra Mundial. Preparada pelos aliados ainda no correr da guerra, a ONU representa a visão de mundo dos vencedores do conflito. Até hoje, os cinco grandes da ONU são os mesmos que foram os principais responsáveis pela derrocada do Eixo. Tratam-se dos membros permanentes do Conselho de Segurança³⁶⁵.

A função primordial da ONU é “manter a paz e a segurança internacionais”³⁶⁶. Para tanto, “a Organização é baseada no princípio da igualdade soberana de todos os seus membros”³⁶⁷. Podem ser membros da ONU “todos os Estados amantes da paz”³⁶⁸ – embora algumas Nações, de fato, sejam concubinas da guerra – e que aceitem as obrigações da Carta de São Francisco.

Cumpre, brevemente, esboçar a estrutura desta organização internacional, referindo seus três principais órgãos: a Corte Internacional de Justiça (CIJ), a Assembleia Geral e o Conselho de Segurança. A CIJ, que foi criada para ser “o principal órgão judiciário das Nações Unidas”³⁶⁹, é senhora da sua própria competência e, por isso, teria *prima facie* legitimidade para tratar de qualquer questão referente ao direito internacional. No entanto,

³⁶⁴ Ver seção 1 do presente Capítulo.

³⁶⁵ Estados Unidos, Rússia, China, França e Reino Unido.

³⁶⁶ Art. 1º, § 1º da Carta de São Francisco – In: SEITENFUS, Ricardo. *Legislação internacional*. Barueri: Manole, 2004, p. 80.

³⁶⁷ Art. 2º, § 1º da Carta de São Francisco.

³⁶⁸ Art. 4º, § 1º da Carta de São Francisco.

³⁶⁹ O art. 92 da Carta de São Francisco diz o seguinte: “A Corte Internacional de Justiça será o principal órgão judiciário das Nações Unidas”.

possui escassa atuação. Na prática, ela desempenha um papel secundário no sistema onusiano, por diversas razões, entre as quais está a não-obrigatoriedade, *a priori*, de seu Estatuto³⁷⁰. Por isso, é duramente criticada³⁷¹.

No que se refere à Assembleia Geral, trata-se de órgão que formalmente respeita a igualdade entre os Estados, pois todos os membros da ONU são membros da Assembleia, cada membro tem direito a um voto e a Assembleia tem ampla pauta de discussões³⁷². Na realidade, porém, todo esse idealismo não se traduz em cogência, pois os pronunciamentos da Assembleia são Resoluções *não-obrigatórias* que, portanto, não vinculam juridicamente os Estados. Exemplo disso são os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, percebidos via de regra como obrigação moral dos Estados, uma vez que sua aprovação se deu por Resolução da Assembleia. De fato, os países com maior poder político internacional são os verdadeiros detentores do poder decisório na ONU, o que se percebe ao cotejar a atuação deste órgão com a atuação do Conselho de Segurança.

O Conselho é composto por quinze membros, dos quais cinco são permanentes e dez são não-permanentes, escolhidos pela Assembleia Geral por dois anos³⁷³. O Conselho é o verdadeiro órgão decisório da ONU, pois “os membros das Nações Unidas concordam em aceitar e executar”³⁷⁴ as suas decisões. Cada um dos seus quinze membros tem um voto³⁷⁵. Nas questões mais importantes, a decisão é tomada por nove dos quinze membros, e obrigatoriamente entre os nove deverão estar os cinco membros permanentes³⁷⁶. Em função disto, afirma-se que existe um *poder de veto* dos membros permanentes do Conselho de Segurança da ONU.

No sistema onusiano, o principal órgão decisório – Conselho de Segurança – não se ocupa de questões sanitárias, mas sim de questões de segurança e manutenção da paz. A pauta da ONU, na atualidade, está voltada, principalmente, para essas questões, ainda fazendo repercutir os atentados de 11 de setembro de 2001. Além disso, os cinco países

³⁷⁰ Trata-se da *cláusula facultativa de jurisdição obrigatória*, que encontra escassa aceitação entre os Estados – SEITENFUS, Ricardo. *Manual das organizações internacionais*. 4. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005, p. 156.

³⁷¹ SEITENFUS, Ricardo. Op. cit., p. 158.

³⁷² Arts. 9º a 22 da Carta de São Francisco.

³⁷³ Art. 23 da Carta de São Francisco.

³⁷⁴ Art. 25 da Carta de São Francisco.

³⁷⁵ Art. 27, § 1º, da Carta de São Francisco.

³⁷⁶ Art. 27, § 3º, da Carta de São Francisco.

que dominam o poder de veto das decisões do Conselho têm interesses econômicos e militares que muitas vezes se sobrepõem aos interesses comuns mundiais de proteção à saúde e ao ambiente. Portanto, a saúde não é um tema principal no centro decisório das Nações Unidas.

A estrutura da ONU e o seu sistema decisório evidenciam que se trata de um espaço para realizar, em primeiro lugar, a *segurança*. Certamente que este é um valor de imensa relevância e não se pode olvidar que a ONU surgiu, em substituição à Sociedade das Nações, para cumprir com que esta falhou – evitar outro conflito mundial. Ocorre que a segurança não é um valor em si mesma, nem é o mais importante dos valores a serem garantidos pelo direito. Como já foi abordado, a segurança levada às últimas consequências pode produzir violações aos direitos, justamente porque o próprio direito, como conjunto de valores, exige um equilíbrio dinâmico entre liberdade/igualdade e entre segurança/solidariedade³⁷⁷.

Não obstante isso, as Nações Unidas podem contribuir de maneira importante para a configuração do direito internacional sanitário, uma vez que toda atuação da organização deve ser pautada pelo respeito aos direitos humanos. Recorde-se que a Declaração Universal de 1948 indiretamente reconhece o direito à saúde. Além disso, foi sob os auspícios da ONU que se celebraram os Pactos de 1966, nos quais se positivou, no plano internacional, o direito à saúde, especialmente no art. 12 do Pacto sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. A atuação da organização reflete esse reconhecimento, ainda de modo opaco, uma vez que o art. 62, § 1º, da Carta de São Francisco dá ao Conselho Econômico, Social e Cultural (ECOSOC) a função de promover estudos e relatórios sobre assuntos sanitários internacionais, entre outros temas. Ocorre que o ECOSOC não possui poder decisório.

Em âmbito continental americano, o tratado constitutivo da Organização dos Estados Americanos também contribui para o arcabouço normativo do direito internacional sanitário. Em primeiro lugar, isso ocorre porque a OEA constituiu o espaço jurídico continental no qual se desenvolve o sistema interamericano de proteção dos direitos humanos. Como visto, o direito à saúde está positivado nos tratados que compõem este

³⁷⁷ Recorde-se o estudo dos princípios éticos que fundamentam o direito, realizado no Capítulo I, seção 1.1, a partir da obra de Fábio Comparato.

sistema, mormente o Protocolo de San Salvador. Ademais, o artigo 34 da Carta da OEA impõe aos Estados que dediquem esforços para consecução de determinadas metas, as quais dizem respeito à aplicação de conhecimentos médicos, à alimentação adequada, à habitação adequada e a dignas condições urbanas.

Malgrado seja possível enunciar essas contribuições da OEA para o reconhecimento do direito à saúde no continente americano, o sobrepeso do valor *segurança* fica evidente na suspensão do governo cubano. Em 1962, na 8ª Reunião de Ministros de Relações Exteriores, afastou-se o governo de Cuba, mas não o Estado, o qual deixou, por isso, de ser atuante, mas não deixou de ser membro da OEA. Ainda que, recentemente, em três de junho de 2009, por Resolução da 39ª Assembleia Geral, tenha sido revogada a medida de 1962, o retorno efetivo do governo da ilha depende de solicitação formal e do diálogo com a organização. Evidentemente, a imposição desse afastamento, assim como a demora em sua revogação, denunciam o imenso poder que os Estados Unidos desempenham na região, o que por vezes compromete a atuação que a OEA poderia ter para a promoção do desenvolvimento social e, por conseguinte, do direito humano à saúde no continente.

No continente africano, há que se referir o papel da União Africana. Esta organização foi criada em 2000, em substituição à Organização de Unidade Africana, que tinha foco na luta contra a dominação branca e contra a colonização. A nova organização surgiu diante da “necessidade do desenvolvimento econômico, da atração de investimentos estrangeiros e da promoção da democracia”³⁷⁸. E entre os objetivos da União Africana está o de “trabalhar com parceiros internacionais relevantes para a erradicação de doenças que possam ser prevenidas e para a promoção de uma boa saúde no continente”³⁷⁹. Além disso, entre as funções do Conselho Executivo está a de coordenar posições e tomar decisões na área da saúde³⁸⁰, contando com o apoio de um Comitê Técnico especializado em saúde, trabalho e questões sociais³⁸¹. Portanto, essa organização pode contribuir consideravelmente para o fortalecimento do direito sanitário na África.

³⁷⁸ SEITENFUS, Ricardo. Op. cit., p. 332.

³⁷⁹ Art. 3º, *n* – UNIÃO AFRICANA. *Constitutive Act of the African Union*. Disponível em: <http://www.africa-union.org/root/au/AboutAU/Constitutive_Act_en.htm>. Acesso em: 3 out. 2009.

³⁸⁰ Art. 13, § 1º, *h* – UNIÃO AFRICANA. Op. cit., loc. cit.

³⁸¹ Art. 14, § 1º, *f* – UNIÃO AFRICANA. Op. cit., loc. cit.

Não obstante isso, a ainda jovem União Africana já se depara com o problema de promover a segurança internacional em um continente que precisa, antes de tudo, de segurança social, a ser alcançada por meio da solidariedade. Os conflitos na região de Darfour, no Sudão, paralelamente à endemia continental do HIV/AIDS, para ficar em exemplos mais contundentes, dão nota de que a dialética entre segurança e solidariedade é ainda mais desafiadora neste continente de riquezas naturais e miséria endêmica.

Enfim, verifica-se que o lugar da saúde nessas organizações pode ser mais bem definido. Trata-se da necessidade de superar o viés da segurança como *leitmotiv* do concerto entre as nações. Ou melhor, trata-se de compreender que a segurança possui uma face social ineludível. Portanto, em que pese o fato de as referidas organizações generalistas terem contribuído para a elaboração internacional dos direitos humanos e do direito à saúde, percebe-se que ainda é restrita a sua atuação para a construção de um mundo mais justo e mais saudável. Nas últimas seis décadas, aliás, as iniquidades têm aumentado em mundo que cada vez mais separa os ricos dos pobres.

b. Nas organizações especializadas, ambiguidade

A Organização Mundial da Saúde (OMS), por se dedicar especificamente a temas de saúde, contribui mais diretamente para o aperfeiçoamento do direito internacional sanitário do que as organizações generalistas, como a ONU e OEA. No entanto, quando saúde e comércio se confundem, aparece uma importante ambiguidade do sistema internacional em que convivem a OMS e a Organização Mundial do Comércio (OMC).

O objetivo da OMS, conforme seu acordo constitutivo³⁸², é “a aquisição, por todos os povos, do nível de saúde mais elevado que for possível”³⁸³. Para tanto, esta organização atua “como autoridade diretora e coordenadora dos trabalhos internacionais no domínio da saúde”³⁸⁴. Além disso, a OMS coopera com a ONU, com outras organizações internacionais, com grupos profissionais, com governos, com administrações sanitárias governamentais e com grupos científicos. Entre as funções³⁸⁵ da OMS estão ainda:

³⁸² Assinado em Nova Iorque, em 22 de julho de 1946, na Conferência Internacional da Saúde. Promulgado no Brasil pelo Decreto nº 26.042, de 17 de dezembro de 1948.

³⁸³ Art. 1º da Carta da OMS – BITTAR, Eduardo C. B.; ALMEIDA, Guilherme Assis de, op. cit., p. 206.

³⁸⁴ Art. 2º, a, da Carta da OMS – Ibid., p. 206.

³⁸⁵ Art. 2º da Carta da OMS – Ibid., p. 206-207.

trabalhar para eliminar doenças endêmicas e epidêmicas, entre outras; atuar na prevenção de danos decorrentes de acidentes; promover os fatores condicionantes da saúde (alimentação, saneamento, habitação, lazer, fatores de higiene, proteção do meio ambiente etc.); promover a saúde materno-infantil; contribuir para o avanço das ciências da saúde; atuar no campo da saúde mental; formar opinião pública internacional em matéria sanitária; estabelecer normas para métodos de diagnóstico; estabelecer nomenclatura internacional para doenças, causas de morte e métodos de saúde pública; promover a regulação de produtos alimentares, biológicos e farmacêuticos.

A OMS é uma organização internacional de direito público, com personalidade jurídica de direito internacional³⁸⁶. Está sob o *guarda-chuva* da ONU, como organização especializada em saúde. Podem participar da OMS todos os Estados, sem distinção³⁸⁷, inclusive e principalmente os membros da ONU, os quais precisam manifestar consentimento específico para participar também da OMS³⁸⁸. Os principais órgãos da OMS são a Assembleia Mundial da Saúde, o Conselho Executivo e o Secretariado. A seguir eles serão brevemente apresentados.

O Conselho Executivo³⁸⁹ da OMS é composto por dezoito pessoas, eleitas pela Assembleia, obedecendo a critério geográfico equitativo, para mandato de três anos, permitida a reeleição. O Conselho reúne-se, pelo menos, duas vezes ao ano, para desempenhar suas funções, entre as quais estão as seguintes: executar aquilo que a Assembleia deliberar, ser o seu órgão executivo e exercer os poderes que por ventura receber dela, aconselhar e auxiliar a Assembleia, bem como submeter a ela pareceres ou propostas de iniciativa própria. Além disso, o Conselho tem competência para:

Tomar medidas de urgência dentro das funções e recursos financeiros da Organização para tratar de acontecimentos que exijam ação imediata.

Em particular pode autorizar o diretor-geral a tomar as medidas necessárias para combater as epidemias, participar no empreendimento de socorros sanitários a levar às vítimas de uma catástrofe e realizar estudos ou investigações sobre a urgência dos quais tenha sido chamada a atenção do Conselho por qualquer Estado membro ou pelo diretor-geral.³⁹⁰

³⁸⁶ Art. 66 da Carta da OMS – Ibid., p. 212.

³⁸⁷ Art. 3º da Carta da OMS – Ibid., p. 207.

³⁸⁸ Art. 4º da Carta da OMS – Ibid., loc. cit.

³⁸⁹ Art. 24 a 29 da Carta da OMS – Ibid., p. 209.

³⁹⁰ Art. 28, i, Carta da OMS – Ibid., loc. cit.

O diretor-geral, juntamente com o pessoal técnico e administrativo, compõem o Secretariado³⁹¹ da OMS. O diretor-geral desempenha, *ex officio*, as funções de secretário da Assembleia, do Conselho e das comissões, podendo delegar. Trata-se de função administrativa, sem poder decisório.

Finalmente, da Assembleia Mundial da Saúde³⁹² participam delegados dos Estados membros da organização, que se reúnem ordinariamente uma vez ao ano, em paridade – cada Estado, um voto. Entre outras funções, a Assembleia aprecia recomendações dos órgãos da ONU que digam respeito à saúde. Tem, também, competência para “promover e dirigir investigações no domínio da saúde”³⁹³. Compete-lhe, ainda, “fazer recomendações aos Estados membros com respeito a qualquer assunto dentro da competência da Organização”³⁹⁴. Outra relevante competência da OMS é a normativa.

Seguramente, o desenvolvimento do direito internacional sanitário é uma das principais tarefas da OMS, que tem entre suas funções a de “propor convenções, acordos e regulamentos e fazer recomendações respeitantes a assuntos internacionais de saúde e desempenhar as funções que neles sejam atribuídas à Organização [Mundial da Saúde], quando compatíveis com seus fins”³⁹⁵. Isso significa que a OMS não tem competência normativa ampla, mas apenas no que se refere aos seus fins, ou seja, apenas no que se refere à saúde.

A OMS, por se dedicar especificamente a temas de saúde, contribui mais diretamente para o aperfeiçoamento do direito internacional sanitário do que as organizações generalistas, como a ONU. Com efeito, o acordo constitutivo da OMS confere à Assembleia Mundial da Saúde duas distintas competências legislativas: uma para adotar convenções e outra para adotar regulamentos internacionais.

As *convenções* ou *acordos* são adotados por maioria qualificada, de dois terços dos votos, e passam a obrigar os Estados Membros a partir do momento em que cada Estado

³⁹¹ Art. 30 a 37 da Carta da OMS – Ibid., p. 209-210.

³⁹² Art. 10 a 23 da Carta da OMS – Ibid., p. 208-209.

³⁹³ Art. 18, *k*, Carta da OMS – Ibid., p. 208.

³⁹⁴ Art. 23, Carta da OMS – Ibid., p. 209.

³⁹⁵ Art. 2º, *k*, Carta da OMS – Ibid., p. 207.

manifesta seu consentimento de acordo com suas normas constitucionais³⁹⁶. Os Estados têm o prazo de dezoito meses para manifestar seu consentimento. Caso não o façam, devem, no mesmo prazo, comunicar a OMS sobre os motivos da não aceitação da convenção³⁹⁷. Percebe-se, pois, que o mecanismo de vigência das convenções ou acordos aprovados pela Assembleia Mundial da Saúde exige que seja dado consentimento específico para cada novo ato normativo, para que este passe a vigorar para cada Estado Membro.

Bem diferente é o mecanismo de vigência dos *regulamentos* adotados pela Assembleia Mundial da Saúde³⁹⁸. Para cada regulamento é estipulado um prazo para que os Estados manifestem reservas ou mesmo a rejeição do documento. Deste modo, se o prazo transcorrer em branco, o regulamento automaticamente entrará em vigor para o Estado. Ou seja, não é necessária uma manifestação de consentimento estatal específica para cada novo regulamento produzido pela Assembleia Mundial da Saúde. Isso em nada viola o direito internacional, pois se trata da aplicação do que expressamente determina o art. 22 da Carta da OMS³⁹⁹. Note-se que o fato de ser desnecessária a manifestação de consentimento expresso para cada regulamento não implica que seja desrespeitada a soberania estatal, pois o Estado manifestou soberanamente seu consentimento para com o procedimento decisório, quando se tornou parte do tratado que constitui a OMS.

Portanto, os regulamentos aprovados pela Assembleia Mundial da Saúde constituem autêntica legislação internacional, derivada de organização internacional competente para produzir, autonomamente, textos normativos que vinculam os Estados Membros, exceto se eles, em um prazo determinado, recusarem, total ou parcialmente, o conteúdo do texto aprovado multilateralmente.

³⁹⁶ Art. 19 da Carta da OMS – Ibid., p. 208.

³⁹⁷ Art. 20 da Carta da OMS – Ibid., p. 209.

³⁹⁸ De acordo com o art. 21 da Carta da OMS: “A Assembléia da Saúde terá autoridade para adotar os regulamentos respeitantes a: a) Medidas sanitárias e de quarentena e outros procedimentos destinados a evitar a propagação internacional de doenças; b) Nomenclaturas relativas a doenças, causas de morte e medidas de saúde pública; c) Normas respeitantes aos métodos de diagnóstico para uso internacional; d) Normas relativas à inocuidade, pureza e ação dos produtos biológicos, farmacêuticos e similares que se encontram no comércio internacional; e) Publicidade e rotulagem de produtos biológicos, farmacêuticos e similares que se encontram no comércio internacional” – Ibid., loc. cit.

³⁹⁹ Conforme o Art. 22, da Carta da OMS: “Os regulamentos acordados em conformidade com o art. 21 entrarão em vigor para todos os Estados membros depois de a sua adoção ter sido devidamente notificada pela Assembleia da Saúde, exceto para os Estados membros que comuniquem ao diretor-geral a sua rejeição ou reservas dentro do prazo indicado na notificação” – Ibid., loc. cit.

Deste modo, o direito sanitário internacional é inovador, pois inverte a lógica tradicional do direito internacional público. Ao invés de a cogência da norma depender do expresse consentimento estatal, é a sua não observância que fica na dependência da vontade manifesta. E o que é ainda mais forte: há um prazo, decadencial, para que o Estado manifeste o desejo de não participar do que fora acordado na esfera multilateral.

Tem-se, assim, uma particularidade normativa nos regulamentos proferidos pela Assembleia Mundial da Saúde que confere maior força ao direito internacional. E recorde-se que a Assembleia é órgão democrático, pois dela participam todos os Estados Membros em igualdade de condições, o que é garantido pelo art. 59 da Carta da OMS.

O texto normativo de maior destaque no quadro da OMS é o Regulamento Sanitário Internacional (RSI). O RSI vigente foi adotado em 2005, tendo como princípios o respeito à dignidade humana, aos direitos humanos, à Carta da ONU e à Carta da OMS. Conforme seu art. 2º, o RSI tem o seguinte o propósito:

O propósito e a abrangência do presente Regulamento são prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública, e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacionais.⁴⁰⁰

Desenha-se, então, a possibilidade de ingerência sanitária, cuja análise fugiria ao escopo deste trabalho. Ocorre que a atuação normativa da OMS vai além do RSI. Maurice Sédeuilh⁴⁰¹, por exemplo, destaca algumas resoluções da Assembleia Mundial da Saúde (WHA), ainda dos anos 1970, que reconhecem o direito humano à saúde. Em 1970, a resolução WHA 23.41 expressamente afirmou que “o direito à saúde é um direito fundamental do ser humano”. No mesmo ano, a resolução WHA 23.61 estabeleceu uma *filosofia do direito à saúde* e, entre suas recomendações, figura a de “aplicar largamente em cada país os resultados da pesquisa médica e da prática da saúde pública no mundo”.

Os textos da Assembleia Mundial da Saúde contribuíram para a compreensão de que o direito à saúde vai muito além do dever do Estado de se abster de agir contra a saúde

⁴⁰⁰ OMS. WHA. *Regulamento Sanitário Internacional*. 2005. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/paf/legislacao/regulatec_nv.pdf>. Acesso em 15 out. 2008.

⁴⁰¹ SÉDEUILH, Maurice. Le droit à la santé. In: DUPUY, René-Jean (Coord.). *Le droit à la santé en tant que droit de l'homme* : Colloque de l'Académie de Droit International de la Haye, 27-29 juillet 1978. Alphen aan den Rijn : Sijthoff & Noordhoff, 1979, p. 102-105.

dos cidadãos (por exemplo, com a proibição da tortura) e alcança o direito do indivíduo de receber os *cuidados* de saúde. No plano interno, isso implica a juridicização do direito à saúde⁴⁰²; porém, ainda não há mecanismos correspondentes na órbita internacional. Em suma, com relação à contribuição jurídica da OMS, pode-se afirmar, com Maurice Sédeuilh, o seguinte.

Como resulta claramente do acordo constitutivo da OMS, a saúde é um direito universal do ser humano e a efetivação da saúde é uma finalidade social essencial. A saúde e o meio de alcançá-la devem ser concebidos em um sentido mais amplo, englobando uma vasta gama de fatores preferenciais de ordem técnica, social, econômica, ambiental, psicológica e política. Atualmente é comumente admitido que o desenvolvimento sanitário faz parte do desenvolvimento sócio-econômico, cada um contribuindo com o outro e se beneficiando do outro.⁴⁰³

Especialmente a partir da existência da ONU e da descolonização da África e de boa parte da Ásia, os países em desenvolvimento⁴⁰⁴ têm reivindicado uma pauta internacional sanitária condizente com suas necessidades e com sua condição de Estados não-desenvolvidos. Neste contexto dialético de mimese e de oposição à visão no Norte, os temas sanitários tornaram-se complexos: atrelou-se a saúde à ideia de desenvolvimento e passou-se a buscar soluções que possam ser operacionalizadas em países com poucos recursos orçamentários e muita demanda social. Além disso, os países em desenvolvimento passaram a reivindicar a socialização da tecnologia sanitária, especialmente em matéria de medicamentos.

Finalmente, é importante referir que a OMS adota como sistemática de monitoramento dos Estados a elaboração de relatórios. No relatório anual o Estado deve comunicar as medidas que tomou para melhorar a saúde da sua população e os resultados dessas medidas⁴⁰⁵. Deve prestar contas das medidas tomadas para o cumprimento de recomendações da OMS e para a aplicação de convenções, acordos e regulamentos adotados pela Assembleia Mundial da Saúde⁴⁰⁶. Além do relatório anual, os Estados devem enviar relatórios estatísticos e epidemiológicos⁴⁰⁷, bem como devem comunicar à OMS, com brevidade, as leis, regulamentos, relatórios e estatísticas que publicarem

⁴⁰² SÉDEUILH, Maurice. Op. cit., p. 103.

⁴⁰³ Ibid., p. 110.

⁴⁰⁴ No sentido de atrelar o direito à saúde ao tema do desenvolvimento, em 1978 a Declaração de Alma-Ata reconheceu que os países menos desenvolvidos deveriam priorizar os cuidados primários de saúde.

⁴⁰⁵ Art. 61 da Carta da OMS – BITTAR, Eduardo C. B.; ALMEIDA, Guilherme Assis de, op. cit., p. 212.

⁴⁰⁶ Art. 62 da Carta da OMS – Ibid., loc. cit.

⁴⁰⁷ Art. 64 da Carta da OMS – Ibid., loc. cit.

internamente⁴⁰⁸. Enfim, há a previsão do envio de informações suplementares, por demanda do Conselho Executivo da OMS⁴⁰⁹.

Embora conte com importante mecanismo legislativo, a OMS não estabelece um mecanismo jurisdicional internacional⁴¹⁰. Além disso, sua atuação não abarca questões comerciais que tenham repercussão no campo da saúde internacional. É precisamente nessas situações que emerge a ambiguidade das questões sanitárias: assim como elas podem ser objeto da competência da OMS⁴¹¹, também podem ser objeto da competência de uma instituição muito diferente, a Organização Mundial do Comércio (OMC)⁴¹². Neste sentido, Deisy Ventura denuncia o problema de haver estruturas institucionais que, alheias à complexidade das relações globais, ainda operam conforme uma lógica jurídica compartimentalizada e, por isso, muitas vezes contraditória ao proteger a saúde.

(...) o cerne da problemática da saúde no sistema internacional é que a repartição de competências entre as instituições especializadas do sistema da ONU engendrou lógicas diferenciadas e estanques. Isso significa que o sistema da OMC foi feito para elaborar e garantir a aplicação de normas de comércio, não de saúde, do mesmo modo que a OMS não pode atuar no domínio do comércio internacional. Essa divisão não corresponde de modo algum à realidade.⁴¹³

Fugiria ao escopo deste trabalho analisar o funcionamento ou contencioso da OMC, tarefa em parte realizada em outro momento⁴¹⁴. O objetivo de referir essa organização internacional é refletir sobre a dualidade saúde/comércio cada vez mais presente no direito sanitário. É importante conhecer essa tensão para evitar que questões sanitárias sejam reduzidas a questões comerciais, ou seja, para evitar que o direito do comércio internacional decida sobre a saúde aplicando apenas as regras do livre comércio, principalmente no que se refere aos países em desenvolvimento. Isso porque o sistema de solução de controvérsias da OMC tem como direito aplicável os documentos legais do

⁴⁰⁸ Art. 63 da Carta da OMS – Ibid., loc. cit.

⁴⁰⁹ Art. 65 da Carta da OMS – Ibid., loc. cit.

⁴¹⁰ Não obstante, o novo RSI define um sistema decisório detalhado para as suspeitas de *emergência de saúde pública de importância internacional*, segundo o qual, após consulta ao Estado, cabe ao diretor-geral decidir se se trata ou não de tal emergência, após ouvir o Comitê de Emergências (arts. 12, 48 e 49) – OMS. *WHA. Regulamento Sanitário Internacional*. 2005. Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/paf/legislacao/regulatec_nv.pdf>. Acesso em 15 out. 2008.

⁴¹¹ Ver: <www.who.int>.

⁴¹² Ver: <www.wto.int>.

⁴¹³ VENTURA, Deisy. Uma visão internacional do direito à saúde. In: SOUSA JÚNIOR, José Geraldo de; et al. (Orgs.). *O direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde*. Brasília: CEAD, UNB, 2008, p. 84.

⁴¹⁴ Especialmente com relação à aplicação do Acordo sobre Medidas Sanitárias e Fito-Sanitárias da OMC: TORRONTÉGUY, Marco Aurélio Antas. O problema da marginalização do ambiente e da saúde no sistema multilateral de comércio. In: BARRAL, Welber; PIMENTEL, Luiz Otávio; CORREA, Carlos M. (Orgs.). *Direito, desenvolvimento e sistema multilateral de comércio*. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008, p. 109-129.

âmbito desta organização e suas decisões atendem às finalidades do livre comércio segundo a linguagem desse campo do direito, cuja interpretação não é isenta de críticas⁴¹⁵.

Além disso, há importantes temas comerciais que são diretamente sanitários, como o acesso a medicamentos. O fármaco, assim como é um bem de saúde, é um bem de consumo. E nenhuma das duas faces é eludível. Então o tema da proteção da propriedade intelectual do medicamento⁴¹⁶ é um típico assunto jurídico contemporâneo – complexo, transversal e premente. Em meio à normativa vigente no âmbito da OMC⁴¹⁷, protetora dos investimentos que produzem patentes farmacêuticas, os países do Sul procuram uma interpretação que lhes permita abrir exceções ao livre comércio⁴¹⁸, o Brasil inclusive⁴¹⁹. O caminho para uma conciliação entre diferentes ordens jurídicas internacionais, entre distintas fontes e sistemas sobrepostos, está, quiçá, no respeito aos direitos humanos⁴²⁰, mas mesmo essa alternativa joga com a dialética universalismo/culturalismo.

Enfim, a saúde, no direito, constitui um campo interdisciplinar fundado no reconhecimento do direito à saúde como um direito humano de dimensões individual e, principalmente, social. Esse direito não se limita à ideia positivista de ordenamentos jurídicos nacionais, não se resume em uma pirâmide monista kelseniana. Ele se articula internacionalmente de maneira não hierarquizada e, até, fragmentada, uma vez que organizações internacionais se especializam, por vezes desconectando-se da realidade complexa. Neste contexto, a OMS possui importante competência legislativa internacional, que indicia a institucionalização do direito sanitário internacional. Ademais, as grandes organizações internacionais generalistas, seja no universalismo das Nações Unidas, seja no regionalismo americano ou africano, ainda prestigiam o valor da segurança em face do

⁴¹⁵ Para um estudo aprofundado sobre a atuação jurisdicional na OMC, consultar: CARVALHO, Evandro Menezes. *Organização Mundial do Comércio: cultura jurídica, tradução e interpretação*. Curitiba: Juruá, 2006.

⁴¹⁶ Ver: GUISE, Mônica Steffen. *Comércio internacional, patentes e saúde pública*. Curitiba: Juruá, 2007.

⁴¹⁷ Para uma análise abrangente do Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS) da OMC e das tensões entre países desenvolvidos e em desenvolvimento que ele engendra, ver: CORREA, Carlos M. *Propriedade intelectual e saúde pública*. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2007.

⁴¹⁸ OMC. *Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health*: Adopted on 14 November 2001. Doha. Disponível em: <http://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.pdf>. Acesso em: 5 out. 2008.

⁴¹⁹ Para uma análise do uso, pelo Brasil, do mecanismo da licença compulsória, para garantir sua políticas de acesso universal aos medicamentos para tratamento de HIV/AIDS, ver: GUISE, Mônica Steffen. Poder econômico, patentes e acesso à saúde. In: BARRAL, Welber; PIMENTEL, Luiz Otávio; CORREA, Carlos M. (Orgs.). *Direito, desenvolvimento e sistema multilateral de comércio*. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008, p. 275-287.

⁴²⁰ Cfr. DELMAS-MARTY, Mireille. *Por um direito comum*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

valor da solidariedade, dando espaço para o direito sanitário, mas de modo ainda impreciso. O balanço é de que há intenso reconhecimento do direito à saúde nos tratados internacionais sobre direitos humanos – tanto os de aplicação universal como os de aplicação regional nos continentes africano e americano –, mas sua efetivação ainda se coloca como um imenso desafio. Então, a cooperação internacional pode ser uma resposta contemporânea para a realização desse direito.

2. A COOPERAÇÃO COMO GARANTIA

Depois de analisar o *status* jurídico da saúde, cumpre fazê-lo com relação à cooperação internacional. Quanto à saúde, indubitavelmente se trata de um direito humano que conta com crescente proteção por meio de tratados internacionais e de seus mecanismos de controle e monitoramento. Além disso, as organizações internacionais têm, como visto, um importante papel a desempenhar. E a cooperação, que lugar ela ocupa no direito?

A ideia de cooperação remete ao “espírito de fraternidade” referido no art. 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948. Além disso, o art. 22 expressamente reconhece que a cooperação internacional é um dos meios para a realização dos direitos econômicos, sociais e culturais. Entretanto, ao deixar a efetivação destes direitos a cargo do esforço nacional e da cooperação internacional, a Declaração não reconhece nenhum mecanismo de coerção estatal no que concerne ao respeito aos direitos de dimensão social.

Por sua vez, o art. 1º comum a ambos os Pactos de 66, bem como o art. 11 do Pacto sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, expressamente referem a cooperação como instrumento para que os Estados possam cumprir com a prestação dos direitos, em especial aqueles de dimensão social. Qual o alcance e o significado desse dever?

O presente trabalho já se debruçou sobre as intenções e as contradições do discurso em voga acerca da cooperação internacional⁴²¹. Agora, cumpre investigar os contornos jurídicos da cooperação, especialmente a sanitária. A resposta para a pergunta formulada no início da primeira parte da tese talvez esteja na aplicação da teoria das garantias ao objeto desta pesquisa. Trata-se da tese de Luigi Ferrajoli, que percebe o direito como um *sistema de garantias* (2.2). Antes de fazer esse estudo, é importante compreender como os textos jurídicos fundamentais das organizações internacionais contemplam um dever de cooperar (2.1).

2.1. A cooperação no direito das organizações internacionais

É importante cotejar o tratamento jurídico dado à cooperação tanto na Carta da ONU (2.1.1) como na Carta da OEA (2.1.2) e, no que concerne à OMS, no seu acordo constitutivo e no novo RSI (2.1.3). O objetivo dessa verificação é anotar em que medida o direito das organizações internacionais absorve um dever de cooperar. Isso será importante para pensar a definição de uma garantia internacional ao direito à saúde.

2.1.1. A cooperação nas Nações Unidas

O princípio da cooperação é “fundamento do multilateralismo das Nações Unidas”⁴²². A Carta das Nações Unidas, que reordena o direito e as relações internacionais após o conflito de 1939-1945, expressamente ocupou-se da cooperação como algo imprescindível para a realização da paz, pois quem coopera está, a princípio, em situação de *amigo*, não de oponente, o que seguramente previne a beligerância.

Entre os propósitos da ONU está “conseguir uma *cooperação* internacional para resolver os problemas internacionais de caráter econômico, social, cultural ou humanitário, e para promover e estimular o respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais para todos, sem distinção de raça, sexo, língua ou religião” (art. 1º, §3º). A Carta de São

⁴²¹ Capítulo I, seção 2.

⁴²² SEITENFUS, Ricardo. *Manual das organizações internacionais*. 4. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005, p. 173.

Francisco dedica, ainda, todo o Capítulo IX à Cooperação Internacional Econômica e Social. Os objetivos são a promoção de “níveis mais altos de vida”, o desenvolvimento, bem como a “solução de problemas internacionais econômicos, sociais, sanitários e conexos” (art. 55). Para alcançá-los, o art. 56 determina que “todos os membros da Organização se comprometem a agir em *cooperação* com esta, em conjunto ou separadamente”, o que sugere um *dever* de cooperação, pelo menos para com a organização. Para a realização da cooperação, a Carta prevê a atuação, bem como a criação, de organizações internacionais especializadas⁴²³ (art. 57 a 59). Além disso, no art. 13, alínea *b*, da Carta de São Francisco, a Assembleia Geral é incumbida de fazer estudos e recomendações tendo em vista a cooperação internacional sanitária.

Como já fora apontado por Hans Kelsen, nas alíneas *a* e *b* do art. 13, a Carta distingue entre a cooperação política e a cooperação econômico-social⁴²⁴. É amplo e indefinido o conteúdo da cooperação política, entendida como cooperação no campo da *política internacional*⁴²⁵, envolvendo sobretudo a solução pacífica das controvérsias. A cooperação econômica e social seria a que contempla, primeiro no contexto da descolonização, depois no debate acerca do desenvolvimento, a possibilidade da cooperação sanitária. Ocorre que o uso da expressão cooperação *política* pode sugerir que a cooperação *econômico-social* não tenha elementos políticos, o que não é verdade. Não obstante isso, a distinção anotada por Kelsen pode ter a vantagem de, didaticamente, indicar a dupla função ideal da ONU: promover a paz (por meio da cooperação política para solução amistosa das controvérsias) e o respeito aos direitos humanos (por meio da cooperação sócio-econômica).

Entretanto, a cooperação no marco da ONU não é despida de críticas. Kelsen considera que as regras sobre cooperação na Carta de São Francisco são *inconsistentes*, após analisar textualmente as disposições deste tratado. Faltou-lhe – e em seu tempo – a percepção de que economia, sociedade, política e direito não são compartimentos estanques, como se percebe com a distinção que ele procura fazer entre cooperação *social* e cooperação *econômica*:

⁴²³ Seitenfus classifica as especializadas conforme a função: cooperação econômica, cooperação social, cooperação em comunicações e outras para fins específicos – SEITENFUS. Op. cit., p. 181 et seq.

⁴²⁴ KELSEN, Hans. *The Law of the United Nations: A Critical Analysis of Its Fundamental Problems*. Londres: Stevens&Sons, 1950, p. 20.

⁴²⁵ KELSEN. Op. cit, p. 22.

Cooperação no campo social implica promover progresso social e, especialmente, promover o respeito pelos, e a observância aos, direitos humanos (inclusive as liberdades fundamentais) para todos, sem distinção de raça, sexo, língua ou religião. Cooperação no campo econômico implica promover elevados níveis de vida, pleno emprego e condições para o progresso econômico.⁴²⁶

Para uma crítica contemporânea da cooperação na ONU, é importante ponderar, com Fábio Konder Comparato, que no sistema das Nações Unidas o Conselho de Segurança possui papel de protagonista, ao passo que o Conselho Econômico e Social (ECOSOC) resta marginalizado⁴²⁷. Ora, justamente o ECOSOC é a arena propícia para, no quadro da ONU, se discutir a solidariedade e a cooperação, consoante o que determina a própria Carta, no art. 60. Mas a realidade é outra.

As duas principais funções da ONU, por determinação da Carta de 1945, são, de um lado, a manutenção da paz e da segurança internacionais, e, de outro, a cooperação de todos os povos em matéria econômica e social. Para o exercício da primeira função, criou-se o Conselho de Segurança; para o desempenho da segunda, o Conselho Econômico e Social. Entre esses dois órgãos, porém, o desequilíbrio de poderes é gritante. Enquanto o Conselho de Segurança foi dotado de competência decisória para exercer uma “ação pronta e eficaz”, como se diz no artigo 24 da Carta, ao Conselho Econômico e Social somente incumbe a atribuição de “fazer recomendações à Assembléia Geral, aos membros das Nações Unidas e às entidades especializadas interessadas” (art. 62).⁴²⁸

Portanto, percebe-se uma assimetria imensa entre a importância dispensada à *segurança* e a que se dá à *solidariedade*, no sistema decisório da ONU. A superação do abismo que afasta esses dois princípios éticos é um desafio de primeira grandeza para as nações no presente século.

2.1.2. A cooperação na OEA

No continente americano a cooperação também está juridicamente positivada. A Carta da OEA, já no preâmbulo, refere que os Membros estão “persuadidos de que o bem-estar de todos eles, assim como sua contribuição ao progresso e à civilização do mundo exigirá, cada vez mais, uma intensa *cooperação* continental”⁴²⁹.

⁴²⁶ KELSEN. Op. cit, p. 27.

⁴²⁷ COMPARATO, Fábio Konder. *Ética: direito, moral e religião no mundo moderno*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006, p. 625.

⁴²⁸ COMPARATO. Op. cit., p. 682 e 683.

⁴²⁹ OEA. *Carta da Organização dos Estados Americanos*. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/m_30544_1952.htm>. Acesso em 13 nov. 2007.

São propósitos da OEA, entre outros, erradicar a pobreza e “promover, por meio da *ação cooperativa*, seu desenvolvimento econômico, social e cultural” (art. 2º, *b*). Nesse sentido, a Carta impõe um compromisso com a cooperação, que independe do sistema político adotado pelos Estados americanos (art. 3º, *e*). Ademais, a cooperação econômica é considerada “essencial para o bem-estar e para a prosperidade comuns” (art. 3º, *k*) e a eliminação da pobreza crítica “constitui responsabilidade comum e compartilhada dos Estados americanos” (art. 3º, *f*).

Essas disposições sugerem algum *dever* de cooperação, mas cumpre investigar em que medida os Estados periféricos, entre si, estão vinculados a esse dever/necessidade internacional de cooperar. No que se refere aos países americanos, essa indagação se justifica, por exemplo, no fato de que o texto da Carta de Bogotá contempla um capítulo específico para os Direitos e Deveres Fundamentais dos Estados, mas neste capítulo não é referida a cooperação. Embora o capítulo IV da Carta da OEA não refira a cooperação, há nele o art. 17, o qual impõe aos Estados o respeito aos direitos humanos e aos “princípios da moral universal”. Qual o alcance desse dever? Ora, ao afirmar-se que a solidariedade é princípio ético fundamental, diretamente vinculado ao respeito aos direitos humanos, parece correto incluí-lo no que dispõe o art. 17.

Qual o alcance do art. 3º, *f*, também da Carta da OEA, quando afirma que há uma responsabilidade compartilhada pelos Estados na erradicação da miséria? Seria a afirmação de um dever de cooperação internacional?

Além do art. 17 da Carta da OEA, há que se referir o Capítulo VII, dedicado ao *desenvolvimento integral*⁴³⁰, em que expressamente são afirmados os *princípios de solidariedade e cooperação interamericanas*, necessários para o completo desenvolvimento (art. 30). Aqui, a cooperação é afirmada como “responsabilidade comum e solidária dos Estados membros” e “deve compreender os campos econômico, social,

⁴³⁰ Arrighi informa que a ideia de *desenvolvimento integral*, bem como o atual capítulo VII, só integrou-se à Carta com o Protocolo de Cartagena das Índias, de 1985, sendo reafirmada pelo Protocolo de Manágua, de 1993. Esta reforma também criou o Conselho Interamericano para o Desenvolvimento Integral; mais tarde, em 2000, foi criada a Agência Interamericana para a Cooperação e o Desenvolvimento. Segundo o autor, “a Agência, cuja secretaria executiva é parte da Secretaria Geral da OEA e também do Conselho Interamericano para o Desenvolvimento Integral, conta com valiosos instrumentos para a cooperação e a capacitação: subsídios de cooperação, fundos especiais, mecanismos de apoio ao setor privado, e continua a administrar o programa de bolsas concedidas pela OEA nos campos mais variados do conhecimento”. ARRIGHI, Jean Michel. *OEA*. Barueri: Manole, 2004, p. 138.

educacional, cultural, científico e tecnológico” (art. 31). Ademais, a Carta prestigia a existência de organismos multilaterais de cooperação, afirma que ela deve ter a característica da continuidade e ressalva que a contribuição estatal para a cooperação é devida conforme os seus recursos e sua legislação interna (art. 32). Enfim, há regras sobre cooperação técnica, financeira, educacional e de ciência e tecnologia (arts. 39, *b*, ii; 44; 48 e 51).

Celso Mello levanta a questão sobre a obrigatoriedade dos princípios do art. 3º da Carta de Bogotá⁴³¹, entre os quais se inclui a *cooperação econômica* e a erradicação da miséria. Para este autor, ao menos seriam vinculantes os princípios que recebem regulamentação em outros dispositivos da Carta⁴³². Parece ser este o caso da cooperação, considerando os dispositivos citados. Neste sentido, o art. 34 determina o seguinte:

Os Estados-Membros convêm em que a igualdade de oportunidades, a eliminação da pobreza crítica e a distribuição equitativa da riqueza e da renda, bem como a plena participação de seus povos nas decisões relativas a seu próprio desenvolvimento, são, entre outros, objetivos básicos do desenvolvimento integral. Para alcançá-los convém, da mesma forma, em dedicar seus maiores esforços à consecução das seguintes metas básicas:

(...)

- i) defesa do potencial humano mediante extensão e aplicação dos modernos conhecimentos da ciência médica;
- j) alimentação adequada, especialmente por meio da aceleração dos esforços nacionais no sentido de aumentar a produção e disponibilidade de alimentos;
- k) habitação adequada para todos os setores da população;
- l) condições urbanas que proporcionem oportunidades de vida sadia, produtiva e digna; (...).⁴³³

Um balanço do direito da ONU e da OEA indica que em ambas se estabelece o dever de cooperar, como modo de alcançar melhores condições sócio-econômicas. Entretanto, em nenhuma foi estabelecido mecanismo de coerção estatal com este fim.

⁴³¹ A contribuição da OEA para a cooperação nos dias de hoje é, sem dúvida, da maior relevância. No entanto, a sua atuação não escapa de críticas históricas. Durante o período da guerra fria, o afastamento do governo de Fidel Castro da organização, o alinhamento (até pela contiguidade geográfica) com o bloco norte-americano e o apoio às ditaduras capitalistas da América Latina prestam depoimento a favor dessa visão crítica. Albuquerque Mello, por exemplo, recorda que “a democracia representativa é um simples ideal do continente americano. Esta interpretação está de acordo com a prática, vez que a OEA sempre suportou as mais diferentes ditaduras. A Reunião de Consulta de Ministros das Relações Exteriores, em Santiago do Chile (1959) condenou as ditaduras, mas sem que houvesse qualquer sanção contra elas”. MELLO, Celso D. de Albuquerque. *Direito constitucional internacional: uma introdução*. Rio de Janeiro: Renovar, 1994, p. 118.

⁴³² MELLO, Celso D. de Albuquerque. *Direito internacional americano*. Rio de Janeiro: Renovar, 1995, p. 103.

⁴³³ OEA. Op. cit.

Com efeito, como assevera o professor Comparato, “é urgente e indispensável começar, no seio das Nações Unidas, a estabelecer mecanismos internacionais compulsórios de igualdade proporcional entre os povos”⁴³⁴. Essa transformação do direito internacional, segundo professor Guido Soares, já está em marcha:

O Direito Internacional, no século XX, adquiriu conotação diferenciada em relação aos séculos anteriores: transformou-se de um complexo de normas de autolimitação dos Estados (portanto, de natureza proibitiva quanto à atuação dos Estados nas relações internacionais), em um conjunto de normas que estabelecem deveres positivos aos principais atores da cena internacional. De normas que regulavam tão-só os confrontos entre Estados, o Direito Internacional ganhou o novo valor de, igualmente, regular a cooperação entre eles, estabelecida esta como um dever, de natureza impositiva, ou em outras palavras, *transformou-se de um direito de autolimitação em um direito de solidariedade*.⁴³⁵

Essa lição de Guido Soares traduz a necessidade de buscar uma ordem internacional que seja, em primeiríssimo lugar, jurídica, isto é, pelo direito e apenas pelo direito – e não pela força. Mais do que isso, o direito internacional hoje implica o dever positivo de cooperação, ou de solidariedade, principalmente no que se refere à diminuição das desigualdades entre os povos – e também entre as pessoas de um mesmo povo, ou de um mesmo Estado. Com isso, pretende-se uma ordem jurídica internacional que seja *justa*.

Enfim, além dos tratados constitutivos das referidas organizações internacionais, recorde-se que também os principais documentos internacionais sobre direitos humanos⁴³⁶ referem a cooperação como um instrumento jurídico, e sem dúvida fundamental, para a concreção desses direitos. Cumpre, agora, analisar como o direito da OMS contempla a cooperação internacional.

2.1.3. A cooperação na OMS

O Relatório Mundial da Saúde de 2006, da OMS, constata que a expectativa de vida é diretamente proporcional à densidade de profissionais da saúde que atuem em determinada região. Essa conclusão parte da análise de dados demográficos e da

⁴³⁴ COMPARATO, Fábio Konder. *Ética: direito, moral e religião no mundo moderno*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006, p. 626.

⁴³⁵ SOARES, Guido. *Direito internacional do meio ambiente: emergência, obrigações e responsabilidades*. São Paulo: Atlas, 2001, p. 894.

⁴³⁶ Ver a seção 1.1, *supra*, especialmente o art. 22 da Declaração Universal dos Direitos do Homem, o art. 1º, § 2º, do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos e os arts. 1º, § 2º e 2º, § 1º, do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.

quantidade de profissionais da saúde em todos os continentes do globo. O caso mais grave é do continente africano, em que há uma densidade média de apenas 2,3 profissionais da saúde para cada 1000 habitantes. As taxas mais altas são das Américas e da Europa, em que há respectivamente 24,8 e 18,9 profissionais para cada 1000 habitantes⁴³⁷. O problema de falta de profissionais da saúde é ainda mais grave nos países da África subsaariana e em alguns países do sudeste asiático⁴³⁸. Entre as possíveis soluções apontadas pelo relatório está o aumento da *cooperação*⁴³⁹ internacional sanitária, em união de esforços com os quadros sanitários nacionais.

O Relatório da OMS demonstra a atualidade do tema da cooperação sanitária, o qual, porém, não é novo. Com efeito, em 1978 o princípio 9º da Declaração de Alma-Ata⁴⁴⁰ já afirmava que “todos os países devem *cooperar*, num espírito de comunidade e serviço, para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros países”. Textos internacionais posteriores reafirmaram a importância da cooperação em saúde. Por exemplo, na Declaração de Jacarta, de 1977, lê-se o seguinte.

Existe uma flagrante necessidade de derrubar as fronteiras tradicionais dentro dos setores públicos, entre organizações governamentais e não-governamentais e entre os setores público e privado. A *cooperação* é essencial. Em termos específicos, isto requer a criação de novas parcerias em prol da saúde entre os diferentes setores em todos os níveis de governo nas sociedades em condições de igualdade.⁴⁴¹

Embora tenha origens antigas, modernamente podem ser distinguidas três fases da cooperação sanitária. A primeira primava pela defesa dos Estados europeus diante das grandes epidemias e envolvia especialmente as cidades portuárias. Com origens remotas ainda na Idade Média, a defesa sanitária legou, por exemplo, o instituto da *quarentena*. A segunda fase trouxe as primeiras conferências – em 1851, a Conferência de Paris⁴⁴² – e

⁴³⁷ OMS. *The world health report 2006: working together for health*. Genebra: OMS, 2006, p. xvii.

⁴³⁸ No sudeste asiático há em média 4,3 profissionais da saúde para cada 1000 habitantes. Há, porém, regiões críticas em função da densidade populacional muito elevada. OMS, op. cit., p. xviii.

⁴³⁹ OMS, op. cit., p. xxv, 42, 123, 141, 150.

⁴⁴⁰ Essa Declaração resultou dos trabalhos da Conferência internacional sobre cuidados primários em saúde, ocorrida em Alma-Ata, na antiga-URSS, entre os dias 6 e 12 de setembro de 1978.

⁴⁴¹ Ver ainda: Carta de Otawa (1986), Carta de Bogotá (1992), Carta do Caribe (1993) – BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Documentos internacionais. In: *Direito sanitário e saúde pública*. V. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, p. 267-286.

⁴⁴² Seitenfus leciona o seguinte: “Luis Napoleão Bonaparte reúne na cidade de Paris, em 1851, a primeira conferência sanitária internacional. Novas conferências sucederão à de Paris, orientadas constantemente por uma filosofia sanitarista defensiva. Desta nasce a obrigatoriedade em comunicar aos demais países o

convenções internacionais sanitárias. A terceira fase, enfim, desenvolveu-se no marco das organizações internacionais sanitárias. No passo desse desenvolvimento, durante o século XX, tornou-se crescente a quantidade de acordos internacionais que passaram a enfocar algum aspecto da *proteção à saúde*⁴⁴³.

Desde os Conselhos de Quarentena, do século XIX, as instituições internacionais sanitárias têm ampliado sua atuação geográfica e têm generalizado sua pauta de trabalho⁴⁴⁴. Pode-se elencar: o Escritório Internacional de Higiene Pública (1908-1952), a Organização de Higiene da Liga das Nações⁴⁴⁵ (1923-1946), a Organização Pan-americana da Saúde⁴⁴⁶ (OPAS) e a OMS⁴⁴⁷. Pode-se dizer, com Maurice Sédeuilh, que:

(...) a missão conferida à OMS é fazer da saúde mundial uma realidade visível e tangível e, segundo o espírito profundo de sua constituição, é promover a *cooperação* entre seus Estados membros e usar toda sua influência sobre a cena política internacional (...).

A realização pela Organização dos objetivos da saúde internacional exigirá inclusive que os Estados membros estejam dispostos a sacrificar uma parte de sua soberania internacional em matéria de saúde em interesse da solidariedade internacional.⁴⁴⁸

A interpretação de Sédeuilh aproxima-se de uma visão kantiana das relações internacionais, porque trabalha com a ideia de interesses comuns a toda humanidade, afirmando o valor da solidariedade internacional. Trata-se de um ideal que pode e deve ser concretizado por meio da cooperação internacional. Este papel instrumental da cooperação não é lucubração do citado autor, mas sim uma das razões de ser da OMS, como denota, aliás, o seu acordo constitutivo.

surgimento de epidemia, a generalização da quarentena e os cuidados impostos quando ocorrem migrações massivas e temporárias, como, por exemplo, a peregrinação à Meca”. – SEITENFUS, Ricardo. *Manual das organizações internacionais*. 4. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005, p. 233-234.

⁴⁴³ Para um listado de vários desses acordos, ver: FAWCETT, J. Right to health. In: DUPUY, René-Jean (Coord.). *Le droit à la santé en tant que droit de l'homme* : Colloque de l'Académie de Droit International de la Haye, 27-29 juillet 1978. Alphen aan den Rijn : Sijthoff & Noordhoff, 1979, p. 73-75.

⁴⁴⁴ BÉLANGER, Michel. *Droit international de la santé*. Paris: Economica, 1983, p. 13-20.

⁴⁴⁵ Aliás, o próprio Pacto da Liga das Nações determinava aos Estados o dever de “tomar medidas de ordem internacional a fim de prevenir e combater moléstias” (art. 23, f). Assim, em 1919, “pela primeira vez é enfatizada a necessidade de adoção de medidas preventivas no plano internacional” – SEITENFUS. Op. cit., p. 234.

⁴⁴⁶ Originada no *Bureau* Sanitário Internacional na América (1902), que se tornou *Bureau* Sanitário Pan-americano (1923), depois Organização Sanitária Pan-americana (1947), até se tornar OPAS (1958).

⁴⁴⁷ Sobre a OMS, ver: COLAS, Bernard (Org.). *Global Economic Co-operation: a Guide to Agreements and Organizations*. 2ª ed. Boston: Kluwer Law & Taxation, Management Books, 1994, p. 156-159.

⁴⁴⁸ SÉDEUILH, Maurice. Le droit à la santé. In: DUPUY, René-Jean (Coord.). *Le droit à la santé en tant que droit de l'homme* : Colloque de l'Académie de Droit International de la Haye, 27-29 juillet 1978. Alphen aan den Rijn : Sijthoff & Noordhoff, 1979, p. 110.

Com efeito, o preâmbulo do acordo constitutivo da OMS afirma que “a saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança, e depende da mais estreita *cooperação* dos indivíduos e dos Estados”⁴⁴⁹. A OMS tem sede em Genebra e seu acordo constitutivo, de julho de 1946, entrou em vigor em abril de 1948. Seguindo a tendência do século XX, de as organizações internacionais se tornarem importantes espaços de negociação e de produção do direito internacional, a OMS tem grande importância, especialmente no que diz respeito aos *regulamentos* aprovados pela Assembleia Mundial da Saúde⁴⁵⁰, como já foi abordado. Enfim, o direito internacional sanitário ocupa-se da regulamentação e da prevenção em matéria de saúde pública, internacionalmente – o que forçosamente passa pela cooperação internacional.

Portanto, a OMS é um importante espaço de promoção da cooperação internacional sanitária. Isso fica muito claro, tanto no preâmbulo como no corpo do seu acordo constitutivo⁴⁵¹. No momento, o foco da cooperação mundialmente realizada pelos países está nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), traçados pelos Estados reunidos na Assembleia Geral das Nações Unidas no ano 2000. No âmbito da OMS⁴⁵² os ODM são uma pauta privilegiada, porque contemplam vários objetivos de saúde pública⁴⁵³ (a). Além disso, outro âmbito importante da cooperação sanitária atualmente realizada sob os auspícios da OMS diz respeito à aplicação do novo Regulamento Sanitário Internacional (b).

a. A saúde nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

Os ODM são um conjunto de oito amplos objetivos para o desenvolvimento não apenas econômico, mas sobretudo social. Não se trata de uma declaração de princípios gerais e retóricos sem elementos concretos para sua realização. Bem ao contrário, os ODM definem, para cada objetivo geral, metas específicas e, para estas, são determinados

⁴⁴⁹ BITTAR; ALMEIDA. Op. cit., p. 206.

⁴⁵⁰ Ver: SOARES, Guido. O direito internacional sanitário e seus temas: apresentação de sua incômoda vizinhança. *Revista de direito sanitário*. São Paulo, vol. 1, n. 1, nov. 2000, p. 74-79.

⁴⁵¹ Arts. 1º e 2º – BITTAR; ALMEIDA. Op. cit., loc. cit.

⁴⁵² OMS. *Labor de la OMS en pro de la salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio*: áreas de trabajo (2004-2005). Disponível em:

<http://www.who.int/mdg/achieving/who_work/SpanishWHOworkingTowards.pdf>. Acesso em: 10 out. 2008.

⁴⁵³ Ver: <<http://www.who.int/mdg/goals/es/index.html>>. Acesso em: 5 out. 2008.

indicadores que poderão medir o quanto cada país está avançando. Ademais, as metas contemplam quantidades e estabelecem prazo, até o ano de 2015, para seu cumprimento.

O primeiro dos oito ODM é *erradicar a pobreza e a fome* e uma de suas metas é “reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a porcentagem de pessoas que padeçam de fome”⁴⁵⁴. Para conferir sua implementação, entre os indicadores previstos, dois são de ordem sanitária, a saber, o número de crianças menores de cinco anos com peso inferior ao normal e o percentual populacional abaixo do nível mínimo de consumo energético alimentar. O quarto ODM é outro que a OMS trabalha como sanitário, pois se trata de *reduzir a mortalidade infantil*. A meta estabelecida para o objetivo quatro é “reduzir, em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade das crianças menores de cinco anos”⁴⁵⁵. Aqui, foram estabelecidos três indicadores sanitários: taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos, taxa de mortalidade infantil e percentual de crianças de um ano vacinadas contra o sarampo. O quinto ODM é *melhorar a saúde materna* e também é tomado pela OMS como um tema para a cooperação sanitária, principalmente no que se refere à meta de “reduzir, entre 1990 e 2015, a mortalidade materna em três quartos”⁴⁵⁶. Os indicadores para esta meta são a taxa de mortalidade materna e o percentual de partos com assistência de pessoal sanitário especializado. O sexto ODM é *combater o HIV/AIDS, a malária e outras enfermidades*. No que se refere ao combate ao HIV/AIDS, a meta é “ter detido, e começado a reduzir, para o ano de 2015, a propagação do HIV/AIDS”⁴⁵⁷; e, como indicadores, tem-se a taxa de morbidade do HIV entre mulheres grávidas entre quinze e vinte e quatro anos, o percentual do uso de preservativo entre o total de métodos contraceptivos e, enfim, a relação entre a frequência escolar por crianças órfãs entre dez e quatorze anos e crianças não órfãs de mesma faixa etária. No que concerne a outra parte do objetivo seis, a meta é “ter detido, e começado a reduzir, para o ano de 2015, a incidência do paludismo e outras moléstias graves”⁴⁵⁸, igualmente com a definição de indicadores: taxas de morbidade e mortalidade da malária e da tuberculose, proporção da população de zonas de risco para a doença que tomam medidas preventivas, bem como a proporção de casos de tuberculose detectados e curados. Pode-se dizer que o objetivo seis é prioritário na agenda da cooperação da OMS, especialmente no continente africano. O sétimo ODM, que

⁴⁵⁴ OMS. *La salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. 2004. Disponível em: <http://www.who.int/mdg/goals/041222health_mdgchart_sp.pdf>. Acesso em: 5 out. 2008.

⁴⁵⁵ OMS. Op. cit., loc cit.

⁴⁵⁶ OMS. Op. cit., loc cit.

⁴⁵⁷ OMS. Op. cit., loc cit.

⁴⁵⁸ OMS. Op. cit., loc cit.

é *garantir a sustentabilidade do meio ambiente*, também inclui metas sanitárias, que são “reduzir pela metade, até 2015, o percentual de pessoas que careçam de acesso à água potável e a serviços de saneamento” e “ter melhorado consideravelmente, até o ano de 2020, a vida de pelo menos cem milhões de habitantes de favelas”⁴⁵⁹, também com indicadores definidos. Finalmente, no que concerne ao oitavo ODM, que é *fomentar uma associação mundial para o desenvolvimento*, uma de suas metas diz respeito à saúde – trata-se de “em cooperação com as empresas farmacêuticas, proporcionar acesso aos medicamentos essenciais nos países em desenvolvimento”⁴⁶⁰, cujo indicador é a proporção da população com acesso contínuo a medicamentos essenciais.

A apropriação, pela OMS⁴⁶¹, da agenda dos ODM tem a importância de fortalecer a atuação conjunta e direcionada dos países. Trata-se da união de esforços, vale dizer, do adensamento das iniciativas de cooperação sanitária em escala global.

Neste sentido, em dezembro de 2004, um relatório do Secretariado para o Conselho Executivo da OMS tratou dos desafios para a saúde inseridos nos ODM⁴⁶². O relatório afirma que, persistindo no ritmo dos anos 1990, os países mais pobres não terão condições de alcançar, no prazo, as metas do Milênio referentes à saúde. Então, o relatório sugere o incremento da *ação coletiva para a saúde*, referindo a necessidade de aperfeiçoar a ajuda Norte-Sul e mencionando a necessidade de que se aumente a cooperação Sul-Sul. Neste sentido, o conteúdo das ações deveria se direcionar ao fortalecimento dos sistemas de saúde e ao desenvolvimento de capacidades em saúde pública. Além disso, o relatório indica que os países mais frágeis exigem atenção especial, para o que pode contribuir a atuação das organizações não governamentais. Ademais, o relatório destaca o papel da organização, e em especial do seu Secretariado, em promover cooperação sanitária para com os Estados membros. Enfim, esse relatório do Secretariado da OMS deixa claro que os esforços da cooperação sanitária ocorrem para a efetivação do direito à saúde:

Efforts to provide equitable access to health facilities, goods and services are supported by the right to health, as elaborated and underpinned by respective human rights instruments. Although subject to gradual realization, the right to health requires taking deliberate steps to making health facilities, goods and services more available, accessible and of better quality, paying particular

⁴⁵⁹ OMS. Op. cit., loc cit.

⁴⁶⁰ OMS. Op. cit., loc cit.

⁴⁶¹ Em 2005 a OMS publicou um balanço dos avanços (e das dificuldades) nas ações em direção aos ODM – OMS. *Health and the Millennium Development Goals: Keep the promise*. Genebra: OMS, 2005.

⁴⁶² OMS. *Achievement of the health-related Millennium Development Goals: status report*. 2004. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/B115_5-en.pdf>. Acesso em: 10 out. 2008.

attention to vulnerable population groups. It imposes immediate obligations, such as freedom from discrimination which requires generation of disaggregated data and establishment of mechanisms to ensure comprehensive participation of individuals and communities in decision-making on health.⁴⁶³

O trecho citado sintetiza importantes elementos da cooperação sanitária e do direito sanitário: o fortalecimento do acesso a bens e serviços de saúde se fundamenta no direito humano à saúde internacionalmente reconhecido, exige a atuação estatal, impõe obrigações e exige a participação das pessoas e da comunidade nos processos de tomada de decisão sobre as políticas públicas de saúde.

Relatório praticamente igual a este foi apresentado pelo Secretariado para a 58ª Assembleia Mundial da Saúde⁴⁶⁴, em maio de 2005⁴⁶⁵, convidando-a a considerar um anteprojeto de Resolução sobre os Objetivos do Milênio relacionados com a saúde e as ações a serem tomadas pelos países e pela organização. Após o debate suscitado pelo documento, houve a adoção, pela 58ª Assembleia, da Resolução WHA 58.30, sobre a aceleração das ações para cumprimento dos Objetivos do Milênio concernentes à saúde⁴⁶⁶. A Resolução conclama os países desenvolvidos a cumprirem com metas⁴⁶⁷ de ajuda ao desenvolvimento, bem como pede aos países em desenvolvimento, especialmente os países africanos⁴⁶⁸, que vinculem parte de seus orçamentos públicos com a saúde.

Ainda que o relatório, seja na versão encaminhada ao Conselho Executivo, seja na versão enviada para a Assembleia, tenha referido a importância de incrementar a cooperação Sul-Sul, a resolução que foi tomada pela Assembleia deu destaque à cooperação Norte-Sul. Nomeadamente a Ajuda Oficial ao Desenvolvimento (AOD)

⁴⁶³ OMS. Op. cit., p. 5.

⁴⁶⁴ OMS. *Achievement of the health-related Millennium Development Goals: Report by the Secretariat*. Maio 2005. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_5-en.pdf>. Acesso em 10 out. 2008.

⁴⁶⁵ O Secretariado já havia enviado, dois anos antes, relatório sobre o papel da OMS para colaborar com os ODM, apreciado pela 56ª Assembleia Mundial da Saúde – OMS. *WHO's contribution to achievement of the development goals of the United Nations Millennium Declaration: Report by the Secretariat*. Maio 2003.

⁴⁶⁶ OMS. *WHA 58.30: Accelerating achievement of the internationally agreed health-related development goals, including those contained in the Millennium Declaration*. 2005. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_30-en.pdf>. Acesso em 10 out. 2008.

⁴⁶⁷ Trata-se da meta de cada país desenvolvido destinar 0,7% de seu PIB para a AOD, e entre 0,15% e 0,2% para ajuda aos países menos avançados, reafirmada pela Resolução WHA 58.30, no seu art. 3º, mas originalmente definida pela Resolução WHA 55.19.

⁴⁶⁸ A Resolução WHA 58.30, no seu art. 5º, reafirma a meta, estabelecida pela Cúpula de Abuja em 2001, no âmbito da União Africana, para que os países africanos invistam pelo menos 15% do seu orçamento anual em saúde.

realizada pelos países desenvolvidos e a atuação do Banco Mundial⁴⁶⁹ receberam destaque no texto da resolução que, não obstante isso, não criou obrigações vinculantes para os países desenvolvidos.

Para discutir os ODM relacionados à saúde, a OMS, conjuntamente com o Banco Mundial, apoiou a criação do Fórum de Alto Nível para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio em Saúde (HLF)⁴⁷⁰, que se reuniu entre 2004 e 2006 para discutir a concretização dos ODM. O resultado dos debates dos primeiros anos foi publicado pela OMS em conjunto com o Banco Mundial⁴⁷¹, com financiamento do *Ministère des Affaires Étrangères*, da França, e da *Bill & Melinda Gates Foundation*, reunindo diversos *papers* de especialistas e atores da cooperação sanitária⁴⁷². Nesses trabalhos fala-se em *cooperação regional*. Porém, não há referências à cooperação Sul-Sul ou cooperação horizontal propriamente ditas. Por outro lado, o foco do debate é a cooperação Norte-Sul, em que atua o Comitê para a Ajuda ao Desenvolvimento da OCDE⁴⁷³.

A análise desses documentos indicia que a cooperação engendrada pela OMS, no que concerne aos ODM, parece ser muito mais aquela de estrutura vertical, Norte-Sul – cujas contradições, como a seletividade e a imposição de condicionalidades, por exemplo, foram analisadas no primeiro capítulo⁴⁷⁴. Ou seja, embora se reconheça, mas apenas timidamente, a importância da cooperação Sul-Sul, ela poderia ter um espaço maior no labor da Organização Mundial da Saúde. Talvez isso se traduzisse em maior sustentabilidade para a cooperação sanitária dedicada aos países em desenvolvimento.

⁴⁶⁹ Ver: <<http://www.worldbank.org>>.

⁴⁷⁰ High Level Forum on the Health Millennium Development Goals (HLF): <www.hlfhealthmdgs.org>.

⁴⁷¹ Para uma análise mais aprofundada da consecução dos ODM para a saúde, ver: WAGSTAFF, Adam; CLAESON, Mariam. *The millenium development goals for health : rising to the challenges*. Washington: Banco Mundial, 2004.

⁴⁷² BANCO MUNDIAL; OMS. *High Level Forum on the Health Millennium Development Goals: Selected Papers 2003-2005*. 2006. Disponível em: <http://www.who.int/hdp/publications/hlf_volume_en.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2009.

⁴⁷³ Ver: <www.oecd.org>.

⁴⁷⁴ Capítulo I, seção 2.2.

b. A implementação do novo RSI

Outro campo importante da cooperação sanitária desenvolvida no âmbito da OMS diz respeito à implementação do novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI)⁴⁷⁵. Este regulamento estabelece a obrigação de cooperação para o desenvolvimento de capacidades em vigilância sanitária, necessárias para a aplicação nacional do regulamento.

O art. 14, § 1º, do RSI, que trata da cooperação entre a OMS e outros organismos internacionais, determina:

(...) a OMS cooperará e coordenará suas atividades, conforme apropriado, com outras organizações intergovernamentais ou organismos internacionais competentes, inclusive por meio da celebração de acordos ou outros arranjos similares.⁴⁷⁶

Trata-se da cooperação da OMS com outras organizações. Um exemplo desse tipo de cooperação internacional é a que existe entre a OMS e o Banco Mundial para o estudo dos ODM relacionados à saúde, como visto *supra*. No âmbito desse dispositivo, portanto, pode ser desenvolvida cooperação internacional intersetorial. Além disso, ele possibilita a cooperação com blocos regionais.

Outro âmbito da cooperação sanitária determinada pelo RSI é a colaboração e assistência para o fortalecimento da vigilância epidemiológica e sanitária nacional. O Anexo I do regulamento trata da *capacidade básica necessária para as tarefas de vigilância e resposta* em cada país, impondo a necessidade de se desenvolverem capacidades em todos os Estados abrangidos pela incidência do regulamento, com prazos ali definidos. Há, então, o dever de cooperar para este fim. Tanto para os Estados como para a própria OMS têm esse dever. O dever estatal está imposto pelo § 1º do art. 44:

Os Estados Partes comprometem-se a colaborar entre si na medida do possível para: (a) a detecção e avaliação de eventos contemplados, e da resposta aos mesmos, segundo o que dispõe o presente Regulamento; (b) a prestação ou facilitação de cooperação técnica e apoio logístico, em particular para o

⁴⁷⁵ Sobre o novo RSI, ver: BOLIS, Mónica. O tratamento do risco em saúde e a nova regulação internacional. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 8, n. 3, nov.2007-fev.2008, p. 11-37. MONDIELLI, Eric. Breves considerações sobre as especificidades das normas sanitárias internacionais de forma geral e em particular do Regulamento Sanitário Internacional. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 8, n. 1, mar.-jun. 2007, p. 118-150. MENUCCI, Daniel Lins. O Regulamento Sanitário Internacional (2005) e a vigilância em saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 7, n. 1-3, 2006, p. 54-87.

⁴⁷⁶ OMS. *Reglamento Sanitario Internacional* (2005). 2ª Ed. Genebra: 2008. Disponível: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243580418_spa.pdf>. Acesso em 9 nov. 2009.

desenvolvimento e fortalecimento das capacidades na esfera da saúde pública que requer o presente Regulamento; (c) a mobilização de recursos financeiros para facilitar a implementação de suas obrigações procedentes deste Regulamento; e (d) a formulação de projetos de lei e outras disposições legais e administrativos para a aplicação do presente Regulamento.⁴⁷⁷

No que concerne ao dever de cooperar imposto à própria OMS, o § 2º do art. 44 do RSI diz o seguinte:

A OMS colaborará com os Estados Partes, na medida do possível, para: (a) avaliação e estimativa de suas capacidades em saúde pública, para facilitar a aplicação efetiva do presente Regulamento; (b) a prestação ou facilitação de cooperação técnica e apoio logístico aos Estados Partes; e (c) a mobilização de recursos financeiros em apoio aos países em desenvolvimento para criar, reforçar e manter as capacidades a que se refere o Anexo 1.⁴⁷⁸

Essas regras, embora específicas para a aplicação efetiva do RSI, indicam que a cooperação é, sim, um instrumento jurídico para efetivar outros direitos. Primeiro, há o dever de desenvolver capacidades para dar respostas, nacionalmente e de modo concertado com a OMS, em situações de emergência sanitária internacional. Então, há o dever de cooperar, tanto para obter as condições técnicas necessárias, como para auxiliar os outros países a se capacitarem para o mesmo fim.

Com efeito, o sistema internacional de vigilância estabelecido pelo RSI depende da notificação e do diálogo qualificado com cada um dos países obrigados a cumprir essa legislação internacional. Esse diálogo só é eficiente se, nacionalmente, houver uma instituição responsável e capacitada para aplicar o RSI. Trata-se do *ponto focal nacional* (art. 4º). Ocorre que muitos países não possuem essas capacidades bem desenvolvidas, porque por vezes sequer contam com instituições de ensino superior que formem pessoal especializado em saúde pública e, especificamente, em vigilância epidemiológica e sanitária. Por outro lado, o RSI não poderia deixar de exigir o desenvolvimento dessas capacidades, sob pena de tornar-se inefetivo em boa parte do mundo. Então, a solução é determinar a obrigação de cooperar. Esse é um bom exemplo do argumento teórico a seguir analisado, qual seja, de que a cooperação internacional é uma garantia para o direito à saúde.

⁴⁷⁷ OMS. Op. cit.

⁴⁷⁸ OMS. Op. cit.

Enfim, na sociedade globalizada, marcada pelo risco que se socializa internacionalmente⁴⁷⁹, as questões de saúde pública deixam de ser apenas questões internas dos Estados, tornando-se problemas internacionais que necessitam um enfrentamento conjunto. Assim, a cooperação internacional, nos termos dos já referidos artigos 55 e 56 da Carta das Nações Unidas, tem necessariamente uma dimensão sanitária, correlata ao reconhecimento da saúde como direito humano. Falta definir como se traduz, juridicamente, esse papel instrumental da cooperação.

2.2. O reconhecimento de uma garantia internacional

A tese de Luigi Ferrajoli, que percebe o direito como um *sistema de garantias*, pode, apropriada pelo direito internacional, conferir à cooperação internacional o *status* jurídico de norma garantidora de direitos. E, no caso da cooperação sanitária, do direito à saúde.

Tal teoria pretende a substituição⁴⁸⁰ do paradigma legalista de racionalidade formal pelo paradigma constitucional, a partir da percepção de uma tripla crise do direito – crise de legalidade, crise do *Welfare State* e crise do Estado Nacional – segundo a observação que Ferrajoli fez da realidade italiana e, talvez se possa dizer, europeia⁴⁸¹. Seu conceito de direitos fundamentais⁴⁸² é de direitos destinados às pessoas, sem critérios excludentes de aplicação, o que implica distingui-los dos direitos de cidadania⁴⁸³ e dos direitos

⁴⁷⁹ BECK, Ulrich. *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós, 1998.

⁴⁸⁰ Mario Jori discorda de Ferrajoli, considerando que se trata não de superar o paradigma kelseniano, mas de o transformar, o aperfeiçoando – JORI, Mario. Ferrajoli sobre los derechos. In: FERRAJOLI, Luigi et al. *Los fundamentos de los derechos fundamentales*. Madrid: Trotta, 2001, p. 106.

⁴⁸¹ FERRAJOLI, Luigi. *Derechos y garantías: la ley del más débil*. Madrid: Trotta, 1999, p. 15-19.

⁴⁸² Para Ferrajoli “são direitos fundamentais os direitos subjetivos que as normas de um determinado ordenamento jurídico atribuem universalmente a todos enquanto pessoas, cidadãos e/ou pessoas capazes de agir” – FERRAJOLI, Luigi. *Los fundamentos de los derechos fundamentales*. In: FERRAJOLI, Luigi et al. *Los fundamentos de los derechos fundamentales*. Madrid: Trotta, 2001, p. 291.

⁴⁸³ Neste sentido, a leitura deste autor sugere uma dura crítica aos países europeus que, contradizendo seu discurso universalista, vinculam a titularidade de direitos à condição de cidadão, de modo a excluir os estrangeiros, especialmente os imigrantes considerados ilegais pelos direitos nacionais. Ou seja, os direitos fundamentais devem ser mais amplos que os direitos de cidadania porque, devido ao seu caráter supraestatal, são direitos que devem ser reconhecidos às pessoas independentemente de suas cidadanias – FERRAJOLI, Luigi. *Derechos y garantías: la ley del más débil*. Madrid: Trotta, 1999, p. 32, 55-58.

patrimoniais⁴⁸⁴, bem como intepretá-los como limites substanciais à vontade da maioria. O corolário dessa noção abrangente e includente dos direitos fundamentais é a sua necessária vinculação a garantias. Então, Ferrajoli constrói teoricamente o *garantismo*⁴⁸⁵ a partir da afirmação de que garantias podem reduzir, ainda que apenas parcialmente, a incoerência e a falta de plenitude do ordenamento jurídico⁴⁸⁶:

As garantias não são outra coisa que as técnicas previstas pelo ordenamento para reduzir a distância estrutural entre normatividade e efetividade, e, portanto, para possibilitar a máxima eficácia dos direitos fundamentais em coerência com sua estipulação constitucional.⁴⁸⁷

Este conceito implica a diferenciação entre direitos e garantias. A confusão entre ambos, tal como sugere a *teoria pura*, de Kelsen⁴⁸⁸, conduz à negação dos direitos que não contem com garantias jurisdicionais. Ferrajoli refuta esse entendimento, porque do contrário tanto o reconhecimento constitucional dos direitos sociais como a internacionalização dos direitos humanos deixariam de ter reconhecimento como conteúdos jurídicos⁴⁸⁹. Ou seja, a ausência de garantia hábil a efetivar determinado direito não significa a inexistência desse direito, mas denota uma grave lacuna jurídica⁴⁹⁰ que dever ser preenchida, seja interna, seja internacionalmente⁴⁹¹. Esse entendimento, conquanto receba duras críticas, como as de Danilo Zolo⁴⁹², é apropriado ao demonstrar

⁴⁸⁴ Neste sentido, os direitos fundamentais são *de todos*, ao passo que os patrimoniais são *contra todos*. Os primeiros são, portanto, includentes e inalienáveis, ao passo que os segundos são excludentes e disponíveis – FERRAJOLI, Luigi. Op. cit., p. 42, 45-50.

⁴⁸⁵ Garantismo, para o referido autor, “consiste no conjunto de técnicas idôneas para assegurar o máximo grau de efetividade aos direitos constitucionalmente reconhecidos” – FERRAJOLI, Luigi. Los fundamentos de los derechos fundamentales. In: FERRAJOLI, Luigi et al. *Los fundamentos de los derechos fundamentales*. Madrid: Trotta, 2001, p. 374.

⁴⁸⁶ FERRAJOLI, Luigi. *Derechos y garantías: la ley del más débil*. Madrid: Trotta, 1999, p. 25.

⁴⁸⁷ Ibidem, loc. cit.

⁴⁸⁸ Para Kelsen, “a essência do direito subjetivo, que é mais do que o simples reflexo de um dever jurídico, reside em que uma norma confere a um indivíduo o poder jurídico de fazer valer, através de uma ação, o não-cumprimento de um dever jurídico” – KELSEN, Hans. *Teoria pura do direito*. São Paulo: Martins Fontes: 2003, p. 152.

⁴⁸⁹ FERRAJOLI, Luigi. *Derechos y garantías: la ley del más débil*. Madrid: Trotta, 1999, p. 59.

⁴⁹⁰ Inicialmente, o jurista italiano refere a concepção jurisdicional do conceito de garantia. Depois, contudo, ele trata de outras possibilidades não jurisdicionais, como se verá a seguir. Raciocinando pela ótica jurisdicional, as garantias podem ser primárias (obrigações/proibições) ou secundárias (possibilidade de reparar/sancionar judicialmente as violações aos direitos) e para elas há, respectivamente, a possibilidade de lacunas primárias (ausência de obrigações/proibições) e secundárias (ausência de mecanismos jurisdicionais) – FERRAJOLI, Luigi. Op. cit., p. 43, 59, 61-62.

⁴⁹¹ FERRAJOLI, Luigi. Op. cit., p. 63.

⁴⁹² A partir de um enfoque assumidamente jusrealista, Zolo refere que, em face da economia de mercado, há uma *impossibilidade funcional* de prestar os direitos sociais e, por isso, há algo mais profundo que uma *disfunção normativa*, a qual poderia ser resolvida pela proposta teórica de Ferrajoli – ZOLO, Danilo. Libertad, propiedad e igualdad en la teoría de los ‘derechos fundamentales’: a propósito de un ensayo de Luigi Ferrajoli. In: FERRAJOLI, Luigi et al. *Los fundamentos de los derechos fundamentales*. Madrid: Trotta, 2001, p. 93-95.

que há que ser feita uma escolha, necessária mas de resultados incertos, pelo direito. E essa escolha implica uma postura, mais normativista do que jusrealista, de enfrentamento da distância entre o direito posto e a sua efetiva realização social. O grande mérito da teoria de Ferrajoli é, precisamente, possibilitar esse enfrentamento.

Diante disso, o que ora se propõe é uma apropriação da contribuição teórica de Ferrajoli, mas pensando outra realidade, mais específica: a do direito à saúde e, por extensão, dos direitos sociais que recebem reconhecimento internacional e que não de ser efetivados pelos países em desenvolvimento. O que se pretende é que no âmbito do direito internacional também seja pensada a necessária vinculação entre direitos e garantias. Ferrajoli anteviu essa necessidade⁴⁹³, inclusive com relação aos direitos sociais⁴⁹⁴, mas não a desenvolveu, apenas indicou que esta é uma das possíveis expansões do paradigma garantista⁴⁹⁵. Então, há que se pensar a construção de garantias internacionais para direitos internacionalmente reconhecidos.

Transpondo o conceito de garantia, dado pelo jurista italiano, para o contexto da presente investigação, as garantias podem ser pensadas como técnicas, previstas pelo direito internacional, para reduzir a distância entre normatividade e efetividade no que concerne aos direitos humanos internacionalmente reconhecidos. Assim, elas são instrumentos para possibilitar a máxima eficácia desses direitos.

No entanto, Ferrajoli não ignora que “os problemas suscitados pelos direitos sociais são, sobretudo, de caráter econômico e político” e observa que o *Welfare State* “se desenvolveu sem nenhum projeto garantista, por meio de uma caótica acumulação de leis, aparatos e práticas político-administrativas” – FERRAJOLI, Luigi. *Derechos y garantías: la ley del más débil*. Madrid: Trotta, 1999, p. 110.

⁴⁹³ O mencionado autor afirma, por exemplo, que o fortalecimento da democracia exige o reconhecimento do caráter supraestatal dos direitos fundamentais, com a previsão internacional de garantias, inclusive no que respeite aos direitos sociais, especialmente nos países menos desenvolvidos – FERRAJOLI, Luigi. *Derechos y garantías: la ley del más débil*. Madrid: Trotta, 1999, p. 31. O jurista italiano até enuncia algumas hipóteses de garantias internacionais, como um código penal internacional vinculado a uma corte internacional para aplicá-lo, um mecanismo de controle de constitucionalidade dos atos das organizações internacionais, bem como “a imposição e a regulação de ajudas econômicas e de intervenções humanitárias, articuladas com a forma das garantias, em favor dos países mais pobres” – Ibid., p. 65. Porém, o que a presente tese propõe é que a cooperação internacional seja vista desde a perspectiva Sul-Sul, escapando da lógica Norte-Sul das “ajudas econômicas” ou das “intervenções humanitárias”. Estas seriam outras possibilidades.

⁴⁹⁴ “Falta algum sistema de obrigações internacionais para tutela dos direitos sociais e dos mínimos vitais nos países mais pobres” – FERRAJOLI, Luigi. *Los fundamentos de los derechos fundamentales*. In: FERRAJOLI, Luigi et al. *Los fundamentos de los derechos fundamentales*. Madrid: Trotta, 2001, p. 379.

⁴⁹⁵ A internacionalização das garantias, para Ferrajoli, engendra um futuro constitucionalismo mundial. As outras expansões projetadas por ele para o garantismo são o desenvolvimento de melhores garantias para os direitos sociais e a inserção de garantias no que concerne aos poderes privados – FERRAJOLI, Luigi. *Los fundamentos de los derechos fundamentales*. In: FERRAJOLI, Luigi et al. *Los fundamentos de los derechos fundamentales*. Madrid: Trotta, 2001, p. 371-381. O presente trabalho, de algum modo, contribui para o debate sobre as duas primeiras projeções do referido autor, pois a cooperação sanitária é uma garantia para o direito à saúde, o qual, a um só tempo, é um direito social e internacionalmente reconhecido.

Neste sentido, ainda tomando emprestado o conceito de Ferrajoli, pode-se afirmar que a cooperação internacional é uma garantia ao direito à saúde. Afinal, a cooperação sanitária é uma técnica, prevista no direito internacional, para dar concretude ao direito à saúde que foi internacional e transconstitucionalmente pactuado. Por meio dela é possível que, especialmente em países periféricos, o direito à saúde alcance maior efetividade. Caso a cooperação seja aperfeiçoada⁴⁹⁶, poderá, então, ser um meio para que seja atingida a *máxima eficácia* do direito à saúde em países que, sozinhos, não conseguem efetivar esse direito – o qual foi positivado⁴⁹⁷ em suas constituições e nos tratados internacionais dos quais eles fazem parte.

A garantia internacional não opera, contudo, do mesmo modo que a garantia constitucional. Ferrajoli enfatiza, por exemplo, o papel da jurisdição como “garantia do cidadão contra as violações de qualquer nível da legalidade por parte dos poderes públicos”⁴⁹⁸. Não é o caso, a princípio, da cooperação internacional – porque ela talvez não seja uma garantia *jurisdicional* internacional, por não poder ser exigida perante cortes internacionais. No entanto, isso não significa que a cooperação não seja uma garantia *jurídica*, pois ela é reconhecida e executada por instrumentos jurídicos de direito internacional.

Aliás, no que concerne aos direitos sociais, mencionando inclusive o direito à saúde, Ferrajoli sugere que a melhor garantia não está no judiciário⁴⁹⁹, uma vez que esses direitos “requerem o estabelecimento de técnicas de garantia diversas e normalmente mais

⁴⁹⁶ Como se verá no Capítulo IV, a partir do estudo da cooperação Brasil-PALOP é possível fazer uma crítica da cooperação Sul-Sul tendo em vista o seu aperfeiçoamento para a composição de um modelo de cooperação a ser aplicado nos países em desenvolvimento.

⁴⁹⁷ No Capítulo III, conforme o recorte dado à presente pesquisa no que concerne à cooperação Sul-Sul empreendida pelo Brasil, é apresentada a participação dos cinco PALOP no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos Sociais e Culturais, bem como é analisado o reconhecimento constitucional que a saúde, como direito fundamental, recebe em cada um desses países. Este reconhecimento constitucional comum, ainda que com nuances de país a país, permite afirmar que saúde é um direito transconstitucional. – O termo é emprestado da recente teoria do *transconstitucionalismo*, de Marcelo Neves: NEVES, Marcelo. *Transconstitucionalismo*. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

⁴⁹⁸ FERRAJOLI, Luigi. *Derechos y garantías: la ley del más débil*. Madrid: Trotta, 1999, p. 26.

⁴⁹⁹ O citado autor afirma que a reparação judicial não tem, com os direitos sociais, a mesma força que tem com os direitos individuais – FERRAJOLI, Luigi. *Derechos y garantías: la ley del más débil*. Madrid: Trotta, 1999, p. 109. Ele ainda se prende à ideia de que direitos individuais implicam obrigações negativas e que direitos sociais implicam obrigações positivas por parte do Estado. Isso já está, em boa medida, superado. Courtis e Abramovich já demonstraram que essa não é uma distinção fundamental, pois mesmo direitos individuais exigem obrigações ativas por parte do Estado – ABRAMOVICH, Víctor; COURTIS, Christian. *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Madrid: Trotta, 2002.

complexas”⁵⁰⁰. A melhor alternativa seria formalizar a universalizar as prestações sociais⁵⁰¹. Assim, no plano interno, além das garantias jurisdicionais, o direito à saúde pode ser garantido, por exemplo, pela vinculação de parte do orçamento público para a saúde⁵⁰², ou por meio de sistemas nacionais de saúde. No Brasil, além de o acesso à saúde ser um direito judicialmente exigível⁵⁰³, há garantias não judiciais, podendo-se referir a Emenda Constitucional n° 29/2000⁵⁰⁴ e o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual é considerado a principal garantia constitucional para o direito à saúde⁵⁰⁵. Essas garantias não judiciais, no entanto, podem não existir⁵⁰⁶ ou existir de modo insuficiente⁵⁰⁷. Ademais, não existe nem um orçamento público mundial, nem um sistema de saúde global. Mas existe a cooperação internacional.

O modelo garantista de compreender o direito coloca em crise o paradigma positivista, inclusive no que concerne à ciência e ao conhecimento jurídico. A partir de agora, cabe à ciência jurídica a tarefa – que é científica, mas que também é política – de “elaborar e sugerir novas formas de garantias aptas a reforçar os mecanismos de autocorreção”⁵⁰⁸ do direito, com o fim de contribuir para a máxima efetividade normativa. E precisamente aqui reside uma contribuição que o presente trabalho pretende dar ao conhecimento jurídico – reconhecer que a cooperação internacional é uma garantia jurídica.

Afinal, é o direito internacional que reconhece a cooperação como instrumento para efetivar direitos. E o faz expressamente em diversos tratados internacionais, como visto

⁵⁰⁰ FERRAJOLI, Luigi. *Derechos y garantías: la ley del más débil*. Madrid: Trotta, 1999, p. 29.

⁵⁰¹ FERRAJOLI, Luigi. Op. cit., p. 112.

⁵⁰² FERRAJOLI. Op. cit., p. 64.

⁵⁰³ O direito à saúde, considerado direito público subjetivo, pode ser judicializado individualmente, como ocorre no Brasil.

⁵⁰⁴ Esta Emenda estabeleceu percentuais mínimos dos orçamentos públicos municipais, estaduais e federal a serem destinados para a saúde. No entanto, ela ainda não foi regulamentada por lei, o que, entre outros problemas, deixa dúvidas, e consequentemente ampla discricionariedade, acerca do que pode e do que não pode ser despendido pelo administrador público a título de gasto com saúde.

⁵⁰⁵ O SUS pode ser compreendido como “instituição-organismo de Direito Público que reúne os instrumentos necessários para que o Estado brasileiro desenvolva as atividades necessárias para a garantia do Direito à saúde no Brasil. O SUS representa a mais importante instituição jurídica do Direito Sanitário brasileiro na medida em que integra e organiza diversas outras” – AITH, Fernando. *Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil*. São Paulo: Quartier Latin, 2007, p. 339-340.

⁵⁰⁶ Neste caso, ocorre *ausência de garantia material*, por exemplo, quando sequer haja norma que crie um sistema de saúde – JORI, Mario. Op. cit., p. 110.

⁵⁰⁷ É o que Jori chama *garantia material insuficiente* e exemplifica com a hipótese de haver norma sobre fonte de financiamento para a saúde, ou mesmo sobre o acesso ao sistema, mas serem normas insuficientes para garantir o financiamento ou, na outra hipótese, o acesso – Ibid., loc. cit.

⁵⁰⁸ FERRAJOLI. Op. cit., loc. cit.

supra no presente capítulo. Recorde-se, por exemplo, o art. 22 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948; o art. 2º, § 1º, do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966; o art. 14 do Protocolo ao Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 2008; o art. 26 do Pacto de São José da Costa Rica, de 1969; o art. 1º do Protocolo de San Salvador, de 1988; e, enfim, o art. 22, § 2º, da Carta de Banjul, de 1981.

Além disso, o direito internacional *institucional*, para usar a expressão de Dupuy⁵⁰⁹, também prevê mecanismos de cooperação, inclusive, em certa medida, a sua obrigatoriedade. Ao analisar as organizações internacionais, verificou-se que tanto a Carta de Francisco como a Carta de Bogotá contemplam o dever de cooperar. No que concerne à OMS, há intensa cooperação que, nesta última década, tem se debruçado sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, mas o acervo documental indicia que essa cooperação seja principalmente Norte-Sul, com pouco espaço para as iniciativas Sul-Sul. Em todo caso, as regras que tratam da cooperação carecem de meios coercitivos, que obriguem os Estados a cooperar. Essa obrigação poderia alcançar tanto os países desenvolvidos como os países em desenvolvimento renitentes em melhorar parcelas de sua população, por vezes por perseguições de ordem política, étnica ou religiosa.

Por fim, é o direito internacional que por meio de acordos bilaterais, por exemplo, põe em marcha, concretamente, iniciativas de cooperação tendo em vista a realização de direitos – como se verá na segunda parte desta tese⁵¹⁰.

Tudo isso indica, portanto, que existe um dever de cooperar, que este dever, conquanto esteja em construção, já se faz presente em muitas situações concretas, como no art. 44 do RSI de 2005, por exemplo. De modo mais preciso, trata-se de uma *garantia*, nos termos da teoria concebida por Ferrajoli. Guido Soares corroborava essa ideia de que a cooperação é instrumento de realização de direitos e sustentava que se trata, hoje, de um

⁵⁰⁹ Este autor distingue o direito internacional vestefaliano, que ele chama *relacional*, daquele que nasce a partir do surgimento e desenvolvimento das organizações internacionais, que ele diz ser, também, *institucional*. – DUPUY, René Jean, *O direito internacional*. Coimbra: Almedina, 1993.

⁵¹⁰ Capítulos III e IV.

*dever*⁵¹¹ dos Estados. No mesmo sentido, Ricardo Seitenfus percebe a cooperação como solidariedade:

*A cooperação é um novo paradigma pela importância que assume no pós-guerra. Num primeiro momento, até 1948, existe uma cooperação. A partir de então, até 1989, existe uma cooperação apenas intrabloco, a qual justamente por essa razão não é propriamente cooperação, mas alinhamento (aliança coletiva defensiva), sendo que via de regra o alinhado de um bloco não coopera com quem alinhou-se ao outro. Então, a cooperação só volta a ser possível a partir de 1989, mas não é a mesma cooperação de 45-48. Então, pergunta-se: que cooperação é essa? Para responder a esta pergunta, levanta-se a hipótese seguinte: a partir do final da bipolaridade – e consequentemente do fim da latência do CS, em 1991 – a cooperação pode ser entendida como solidariedade. Volta a ser possível uma verdadeira cooperação, e não mais uma limitada cooperação intrabloco (alinhamento).*⁵¹²

A percepção da cooperação como solidariedade evidencia a sua função de promover internacionalmente os direitos humanos, especialmente os direitos sociais, como é o caso do direito à saúde. Assim, parece certo que a cooperação, ao assumir finalidades atinentes à saúde pública, enquadra o direito internacional sanitário no que ele tem de fundamental, que é a promoção da dignidade humana, objetivo-síntese dos direitos humanos.

* * *

Ao final desta primeira parte, conclui-se que o dever de cooperação sanitária se configura, à medida que se reconhece o direito humano à saúde, como uma garantia estabelecida no plano internacional para efetivar, no contexto das realidades estatais territoriais, o direito internacionalmente proclamado. Assim, a cooperação tem a função, teorizada por Ferrajoli, de reduzir a distância entre a normatividade e a efetividade do direito à saúde.

O direito internacional positivado remete a um dever de cooperação, cujo alcance ainda é incipiente. O direito das organizações internacionais e os tratados sobre direitos humanos dão provas desse novo direito internacional, que nas lições de Guido Soares

⁵¹¹ SOARES, Guido. O direito internacional sanitário e seus temas: apresentação de sua incômoda vizinhança. *Revista de direito sanitário*. São Paulo, vol. 1, n. 1, nov. 2000, p. 67.

⁵¹² SEITENFUS, Ricardo. *Manual das organizações internacionais*. 4. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005, p. 173-174.

tornou-se um *direito de solidariedade*, e não mais de mera *autolimitação*. Afinal, o direito internacional reconhece que a cooperação se dá por meio de regras jurídicas e reconhece o dever, ainda que moral, de os Estados mais bem desenvolvidos cooperarem com os Estados menos desenvolvidos. Mas isso ainda não se traduz em regras vinculantes, no sentido de que não há instâncias que obriguem os Estados a cooperar, o que repercute uma cooperação fragmentada e discricionária.

Por outro lado, o direito à saúde encontra amplo reconhecimento e compõe o acervo dos direitos humanos. Desta maneira, os mecanismos de monitoramento e controle do direito internacional dos direitos humanos podem ser acionados para a proteção do direito à saúde, na medida do que determinam os tratados internacionais. No entanto, a saúde ainda é tema de espaço pouco definido em organizações internacionais generalistas e, nas especializadas, há, não raro, sobreposição entre a OMS e a OMC, que implica um entendimento ambíguo acerca do direito sanitário internacional. Neste contexto, a cooperação sanitária se desenha com força retórica, mas muito apegada à lógica vertical, Norte-Sul.

O discurso da cooperação internacional, originado em substituição dos antigos laços coloniais, no contexto da descolonização e da guerra fria, é repleto de contradições. A seletividade, as condicionalidades, a limitada sustentabilidade e a desconsideração ao ponto de vista local são algumas dessas contradições de uma cooperação, ou ajuda, que muitas vezes promove dependência externa ao invés de fomentar o desenvolvimento social e econômico.

Então, a inexistência de um dever verdadeiramente cogente de cooperar, de parâmetros legais para a cooperação, implica a manutenção de práticas que gravitam no paradigma grociano das relações internacionais – atendendo aos interesses nacionais, mormente, dos países doadores, desenvolvidos. Diferentemente, a positivação internacional do direito humano à saúde orbita no paradigma kantiano, de tutela de valores universais que, em termos de interesses, representam interesses de toda humanidade.

A percepção dessa assimetria, em prospecção, permite concluir pela necessidade de enfocar a cooperação internacional pelo paradigma kantiano. A construção de um consenso neste sentido é um caminho legítimo para a consolidação de um dever de cooperação

internacional, como um dever de solidariedade entre todos os integrantes do gênero humano. Afinal, como demonstrado por Comparato, os direitos se constroem entre tensões dialéticas que envolvem, por um lado, a liberdade e a igualdade, e, por outro, a segurança e a solidariedade. E neste contexto a solidariedade, ao reunir o gênero humano, é contrapeso da segurança e, por isso, é o *fecho de abóbada* dos fundamentos dos direitos humanos.

Uma crítica que se poderia fazer ao paradigma kantiano é o seu *idealismo*. Ocorre que o idealismo já não pode ser visto como uma simples opção retórica. O desenvolvimento já não é um problema só dos pobres, pois a perspectiva ambiental do desenvolvimento, que orienta o desenvolvimento sustentável, transforma o desenvolvimento do Sul na preocupação do Norte – por exemplo, no que se refere à saúde, ao meio ambiente e à segurança.

Portanto, o reconhecimento da dimensão jurídica da cooperação, como garantia, pode ser lida como uma proposta realista, porque indica a alternativa existente, diante dos imensos (e fracamente enfrentados) desafios globais – exemplo disso são os ODM. Assim, a cooperação pode ser um instrumento poderoso para a promoção da igualdade entre os seres humanos e, em última análise, para a promoção da sua dignidade. A importância disso é ainda maior no que se refere à cooperação horizontal Sul-Sul, que envolve países em desenvolvimento, inclusive países muito pobres. Através desse tipo de cooperação os Estados podem enfrentar juntos as suas dificuldades na efetivação dos direitos humanos, principalmente os direitos sociais, os quais exigem o agir estatal através de políticas públicas.

Portanto, levar a bom termo iniciativas de cooperação solidária em prol do desenvolvimento sustentável de todos os povos e de toda a humanidade é um desafio hercúleo, que se apresenta ao próprio gênero humano no limiar desse novo milênio. A partir dessas considerações, a próxima parte da tese pretende explorar a possibilidade de que a cooperação Sul-Sul permita aperfeiçoar o instituto da cooperação e, com isso, tornar-se instrumento para a efetivação do direito humano à saúde no plano internacional entre países periféricos.

SEGUNDA PARTE

A COOPERAÇÃO SANITÁRIA EM MOVIMENTO

*Peut-être une leçon d'un certain réalisme n'est-elle pas entièrement inutile quand elle s'adresse à des hommes de bonne volonté qui risquent de pécher par excès et non par manque d'illusions.*⁵¹³

⁵¹³ ARON, Raymond. *Paix et guerre entre les nations*. 3^a ed. Paris : Calmann-Lévy, 1962, p. 586.

Enquanto a primeira parte da tese se ocupa da cooperação sanitária vista de maneira *estática* (fundamento teórico e positivação jurídica), a segunda diz respeito a sua *dinâmica*. Ou seja, verificado o *status* jurídico da cooperação internacional como garantia do direito à saúde, será necessário estudar casos de cooperação sanitária. Foram escolhidos cinco casos da cooperação Sul-Sul do Brasil, respectivamente, com Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe. Ao final, o objetivo é verificar a procedência da hipótese da investigação. Recorde-se que a hipótese trabalhada é de que a cooperação internacional sanitária pode ser um privilegiado instrumento para a efetivação do direito humano à saúde em países periféricos.

Optou-se por tratar como um caso cada um dos processos bilaterais de cooperação brasileira com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP): Brasil-Angola, Brasil-Cabo Verde, Brasil-Guiné-Bissau, Brasil-Moçambique e Brasil-São Tomé e Príncipe. Por um lado, cada uma dessas relações bilaterais possui suas características, sua densidade jurídica, suas temáticas principais, o que em boa medida se deve às condições do próprio país. Por outro lado, o conjunto desses cinco casos possui certa unidade, não apenas porque os cinco países são africanos, de língua portuguesa e descolonização tardia, mas também porque suas demandas em matéria de direitos sociais e, especialmente, saúde pública, são próximas. No conjunto, tem-se um universo bastante representativo da cooperação Sul-Sul praticada pelo Brasil, de extrema atualidade. Portanto, o recorte da investigação é a cooperação brasileira horizontal sanitária com os PALOP.

Assim, o terceiro capítulo apresenta os dados da cooperação Brasil-PALOP, partindo da verificação de que o direito à saúde é formalmente vigente nas ordens jurídicas nacionais desses países africanos, mas materialmente ausente para grande parte das pessoas que vivem nessas nações. O estudo fático do terceiro capítulo, interpretado à luz dos dois primeiros capítulos da tese, dará ensejo às reflexões do quarto e último capítulo, no qual se fará a verificação da hipótese lançada. Isso implica propor elementos para um modelo de cooperação Sul-Sul que seja realmente horizontal e solidária.

CAPÍTULO III

A COOPERAÇÃO DO BRASIL COM OS PAÍSES AFRICANOS DE LÍNGUA PORTUGUESA

*...la historia del derecho es también una historia de utopías (mejor o peor) convertidas en realidad*⁵¹⁴

Para verificar em que medida a cooperação internacional pode garantir o direito à saúde, são estudados os acordos bilaterais celebrados entre o Brasil e cada um dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa – PALOP (2). Essa verificação, no que concerne aos cinco países dessa categoria, exige que se compreenda que, nesses Estados, o direito à saúde está positivado, mas ainda é fracamente realizado (1).

⁵¹⁴ FERRAJOLI, Luigi. *Derechos y garantías: la ley del más débil*. Madrid: Trotta, 1999, p. 119.

1. NOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA, A MESMA TRADUÇÃO A SER FEITA

Uma vez que o recorte da pesquisa é a cooperação em saúde entre o Brasil e os PALOP, e tendo em vista a hipótese de que a cooperação seja instrumento para efetivação do direito à saúde, é preciso ainda responder a uma pergunta prévia: saúde é direito nesses países africanos? Para responder a essa pergunta (1.1), é importante verificar os compromissos internacionais desses países e suas disposições constitucionais. Ocorre que o direito posto não responde, senão formalmente, à pergunta. Então os dados concretos sobre a saúde pública nesses países denunciam que esse direito, embora positivado, está ausente (1.2) e precisa, então, ser traduzido para a realidade.

1.1. O direito escrito

O reconhecimento da saúde como direito humano no direito internacional formalizou-se com a adoção, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), durante a XXI Sessão daquele órgão, em 19 de dezembro de 1966. Com efeito, o art. 12 do PIDESC positivou o direito à saúde, ao passo que o seu art. 2º, § 1º, reconheceu a cooperação internacional como instrumento para que seja alcançada a plena eficácia dos direitos lá reconhecidos. Além desse tratado, muitos outros contemplam o direito à saúde e a cooperação. Recorde-se, quanto a isso, a análise feita no Capítulo II deste trabalho, acerca dos instrumentos legais que reconhecem a saúde como direito e a cooperação como uma garantia.

Então, é importante perguntar (1.1.1) em que medida os países analisados estão comprometidos com o referido Pacto – expressão máxima da internacionalização do direito à saúde – e com outros instrumentos internacionais. Paralelamente, é importante identificar como suas constituições nacionais incorporam a saúde ao direito (1.1.2). Ao final,

entretanto, o direito escrito deve ser lido não como um *dever-ser* abstrato que satisfaz uma racionalidade formal, mas como um direito ausente, inaceitavelmente alheio à própria realidade a que se dirige.

1.1.1. Compromissos internacionais dos PALOP

O PIDESC está em vigor⁵¹⁵ para Brasil, Angola, Cabo Verde e Guiné-Bissau. São Tomé e Príncipe em 31 de outubro de 1995 assinou o Pacto, porém ainda não o ratificou, de modo que ele ainda não está em vigor para o país. No caso de Moçambique, o tratado sequer foi assinado.

O instrumento de adesão angolano foi recebido pelas Nações Unidas em dez de janeiro de 1992 e o Pacto entrou em vigor para Angola em dez de abril do mesmo ano. Poucos dias após Angola, foi a vez de o Brasil depositar a carta de adesão junto a ONU, o que ocorreu em vinte e quatro de janeiro de 1992, de maneira que em vinte e quatro de abril iniciou a vigência do ato para o Brasil. No mesmo ano, foi depositado o instrumento de adesão de Guiné-Bissau, no dia dois de julho, permitindo que o Pacto entrasse em vigor para esse país em dois de outubro. No ano seguinte, em seis de agosto, a organização recebeu o instrumento de Cabo Verde, de modo que o Pacto ganhou vigência para este país em seis de novembro de 1993. Nenhum desses países impôs reservas, declarações de interpretação ou objeções ao PIDESC.

Por outro lado, o Protocolo Opcional ao Pacto sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais foi assinado apenas por Guiné-Bissau, em vinte e cinco de setembro de 2009, mas ainda não entrou em vigor, faltando o depósito do instrumento de ratificação. Angola, Brasil, Cabo Verde, Moçambique e Guiné-Bissau ainda não são partes no Protocolo. Recorde-se a importância desse documento, que estabelece a competência do Comitê sobre Direitos Econômicos Sociais e Culturais da ONU para receber comunicações individuais sobre violações a esses direitos ocorridas nos Estados partes do Protocolo. De grande relevância é a possibilidade de que, ao analisar um caso, o Comitê provoque organismos internacionais a cooperar com o Estado violador do Pacto, a fim de efetivar os direitos nele

⁵¹⁵ Informação oficial sobre o *status* de vigência do PIDESC e de outros tratados do sistema universal de proteção dos direitos humanos está disponível em: <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/Statusfrset?OpenFrameSet>, último acesso em 31 out. 2009.

positivados. Trata-se de um instrumento legal recente, de modo que é possível que, nos próximos anos, seja ratificado por crescente número de países.

Ademais, é importante perguntar pelos compromissos dos PALOP no âmbito do sistema africano de proteção dos direitos humanos⁵¹⁶, sob os auspícios da União Africana⁵¹⁷. Todos os PALOP são membros desta organização continental⁵¹⁸. O mesmo ocorre com a Carta Africana de Direitos Humanos e dos Povos⁵¹⁹. Aliás, ambos os atos estão vigendo para os cinquenta e três países independentes do continente. O Protocolo para criação da Corte Africana de Direitos Humanos e dos Povos⁵²⁰ foi assinado por Angola, Guiné-Bissau e Moçambique, mas apenas esse último o ratificou. Do Protocolo sobre Direitos da Mulher⁵²¹, por sua vez, fazem parte, com exceção de São Tomé e Príncipe, os outros quatro PALOP. O mesmo ocorre com a Carta Africana sobre Direitos e Bem-Estar da Criança⁵²². O quadro a seguir procura resumir a participação desses países nos instrumentos internacionais mencionados, com referência ao ano de assinatura, ao ano de ratificação/adesão entre parênteses e ao ano de depósito entre colchetes.

⁵¹⁶ O reconhecimento do direito à saúde no âmbito desse sistema regional foi abordado no Capítulo II, 1.1.3.

⁵¹⁷ Ver o Capítulo II, 1.1.3 e 1.2.2.a.

⁵¹⁸ UNIAO AFRICANA. *List of countries which have signed, ratified/acceded to the Constitutive Act of the African Union*. 28/01/2009. Disponível em: <<http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/List/Constitutive%20Act%20of%20the%20African%20Union.pdf>>. Acesso em 4 out. 2009.

⁵¹⁹ UNIAO AFRICANA. *List of countries which have signed, ratified/acceded to the African Charter on Human and People's Rights*. 28/01/2009. Disponível em: <<http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/List/African%20Charter%20on%20Human%20and%20Peoples%20Rights.pdf>>. Acesso em 4 out. 2009.

⁵²⁰ UNIAO AFRICANA. *List of countries which have signed, ratified/acceded to the Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Establishment of an African Court on Human and People's Rights*. 27/01/2009. Disponível em: <<http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/List/Protocol%20on%20the%20African%20Court%20on%20Human%20and%20Peoples%20Rights.pdf>>. Acesso em 4 out. 2009.

⁵²¹ UNIAO AFRICANA. *List of countries which have signed, ratified/acceded to the Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Rights of Women in Africa*. 12/02/2009. Disponível em: <<http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/List/Protocol%20on%20the%20Rights%20of%20Women.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2009.

⁵²² UNIAO AFRICANA. *List of countries which have signed, ratified/acceded to the African Charter on the Rights and Welfare of the Child*. 12/02/2009. Disponível em: <<http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/List/African%20Charter%20on%20the%20Rights%20and%20Welfare%20of%20the%20Child.pdf>>. Acesso em 4 out. 2009.

QUADRO 4 – Compromissos internacionais dos PALOP⁵²³:

	Angola	Cabo Verde	Guiné-Bissau	Moçambique	São Tomé e Príncipe
Pacto sobre Direitos Econômicos Sociais e Culturais, 1966	– (–) [1992]	– (–) [1993]	– (–) [1992]	– (–) [–]	1995 (–) [–]
Protocolo Adicional ao PIDESC, 2008	– (–) [–]	– (–) [–]	2009 (–) [–]	– (–) [–]	– (–) [–]
Ato Constitutivo da União Africana, 2000	2001 (2001) [2001]	2000 (2001) [2001]	2000 (2001) [2003]	2000 (2001) [2001]	2000 (2001) [2001]
Carta Africana sobre Direitos Humanos e dos Povos, 1981	– (1990) [1990]	1986 (1987) [1987]	2005 (1985) [1986]	– (1989) [1990]	– (1986) [1986]
Protocolo da Carta Africana (Corte), 1998	2007 (–) [–]	– (–) [–]	1998 (–) [–]	2003 (2004) [2004]	– (–) [–]
Protocolo sobre Direitos da Mulher, 2003	2007 (2007) [2007]	– (2005) [2005]	2005 (2008) [2008]	2003 (2005) [2005]	– (–) [–]
Carta Africana dos Direitos da Criança, 1990	– (1992) [1999]	1992 (1993) [1993]	2005 (2008) [2008]	– (1998) [1998]	– (–) [–]

Além do direito internacional, o direito interno também reconhece o direito à saúde. Basta referir as constituições destes cinco países, ainda que brevemente. O reconhecimento do direito à saúde como direito fundamental na ordem jurídica brasileira é analisado em outro momento⁵²⁴. Portanto, a seguir se procura saber em que medida os PALOP reconhecem constitucionalmente a saúde como direito.

1.1.2. O direito constitucional à saúde nos PALOP

Gomes Canotilho leciona que, cada vez mais, os países não podem ficar de fora da comunidade internacional. Deste modo, a participação no concerto das nações tende a ser um elemento do próprio Estado de Direito⁵²⁵. Neste sentido, o princípio da abertura constitucional – ou princípio internacionalista – adquire uma posição estruturante no

⁵²³ Elaborado pelo autor com base nos sítios eletrônicos citados na presente seção 1.1.1, que permitem o acompanhamento do estágio da participação nestes acordos.

⁵²⁴ Capítulo IV, seção 2.2.1.

⁵²⁵ CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *Direito constitucional e teoria da constituição*. 4. ed. Coimbra: Almedina, 2001, p. 232.

direito dos países. Consequência dessa abertura é não apenas o reconhecimento do direito internacional como direito vigente no território estatal, mas também a necessária participação dos poderes públicos nacionais na solução de problemas internacionais. Para que isso seja possível, há uma “base antropológica amiga de todos os homens e todos os povos”⁵²⁶, que se traduz no princípio da dignidade humana.

Nesse passo, a abertura constitucional para a ordem internacional não significa a abertura para uma ordem qualquer, mas para a paz e os direitos humanos – os quais, por isso mesmo, não podem deixar de ter uma pretensão universal. Então a soberania deixa de ser considerada ilimitada e passa a ser entendida como um jogo dialético que desloca o discurso da independência para a interdependência. Afinal, a constituição – classicamente reconhecida como lei maior de um ordenamento jurídico e ata do contrato social de uma coletividade territorial soberana – não fica imune à recomposição da paisagem jurídica da virada para o século XXI. O direito contemporâneo não obedece mais o traçado estrito das suas *fontes* outrora *naturais*, tampouco se fia na rigidez da *pirâmide*. Como percebido por Delmas-Marty, o que existe hoje é uma paisagem de nuvens que se ordenam aos poucos, respeitando sua inerente diversidade – o que engendra um direito que, para se recompor, procura harmonizar movimentos de subordinação com movimentos de coordenação⁵²⁷. No direito *das nuvens em ordem*, há pluralismo, há complexidade, mas há ordem, também. Assim como Hedley Bull enxergou ordem na anárquica sociedade internacional⁵²⁸, também é possível ver soberania constitucional na ordem global, ainda que seja uma soberania substantivada na interdependência.

A soberania interdependente se realiza, juridicamente, por meio de acordos internacionais – os mesmos acordos que dão alguma ordem à sociedade anárquica. Esses acordos respondem à dependência recíproca dos países, à medida que estabelecem cooperação internacional. Isso, por um lado, permite reinterpretar o princípio da reciprocidade a partir da dependência recíproca entre as nações – ideia que remete a uma das possíveis interpretações do princípio da solidariedade. Por outro, implica reconhecer a

⁵²⁶ CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *Direito constitucional e teoria da constituição*. 4. ed. Coimbra: Almedina, 2001, p. 363.

⁵²⁷ “A partir dos direitos do homem, fica possível imaginar um ‘direito dos direitos’ que permitiria aproximar, e não unificar, os diferentes sistemas. Aproximá-los numa harmonia feita tanto da subordinação deles a uma ordem supranacional como da coordenação deles segundo princípios comuns. Como nuvens que, levadas por um mesmo sopro, se ordenassem aos poucos guardando seu ritmo próprio, suas formas próprias” – DELMAS-MARTY, Mireille. *Por um direito comum*. São Paulo: Martins Fontes, 2004, p. 306.

⁵²⁸ Ver, *supra*, Capítulo I, 2.1.

cooperação internacional não apenas como um instrumento político das relações internacionais (barganha e disputa de poder), mas como um mecanismo jurídico de efetivação de direitos. Essa interpretação permite que seja dado um salto qualitativo do paradigma grociano para o paradigma kantiano.

Então a constituição não mais habita solitária no topo da ordem jurídica, mas é um elemento – importantíssimo – entre outros em uma ordem jurídica complexa. Com a *abertura constitucional*, o direito reconhecido internamente se confunde com o direito proclamado alhures. *Mutatis mutandis*, os desafios enfrentados pela ordem estatal no âmbito interno se confundem com os desafios globais de desenvolvimento e diminuição das iniquidades. A eficácia desse direito, que outrora dependia do próprio indivíduo – homem racional do século das luzes –, passou a depender do Estado – no modelo do *Welfare State* – para, hoje, depender da comunidade internacional e, no limite, de toda a humanidade. A literatura jurídica, então, ou procura dar respostas enunciando um futuro constitucionalismo mundial⁵²⁹ ou global⁵³⁰, ou então procura compreender a realidade complexa, transversalmente, como no transconstitucionalismo⁵³¹.

Esse é o contexto para a leitura dos textos constitucionais a seguir mencionados. A positivação de direitos, mormente direitos sociais, é acompanhada pela *abertura internacional* das constituições. Os Estados se comprometem a prover direitos aos seus cidadãos, como é o caso do direito à saúde, mas igualmente se comprometem a agir em conjunto com as outras nações. Isso é o que se verá a seguir, nas constituições dos países africanos de língua portuguesa. E para ler sem ingenuidade, desde já se percebe que o rei está nu – o que as constituições prometem, como poderão cumprir?

⁵²⁹ Segundo Ferrajoli, “a superação do caráter ilimitado da soberania estatal e, por outra parte, do limite da cidadania para que os direitos fundamentais sejam desfrutados representa, pois, a condição para o desenvolvimento de um constitucionalismo mundial” – FERRAJOLI, Luigi. *Derechos y garantías: la ley del más débil*. Madrid: Trotta, 1999, p. 32. Neste sentido, a internacionalização dos direitos humanos implica, para o direito internacional, assumir elementos de uma *racionalidade material* que, ainda segundo Ferrajoli, é embrião para o constitucionalismo mundial – op. cit., p. 156.

⁵³⁰ O qual, no limite, seria parâmetro de validade para as próprias constituições – CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *Direito constitucional e teoria da constituição*. 4. ed. Coimbra: Almedina, 2001, p. 1317-1320.

⁵³¹ Segundo Neves, “o transconstitucionalismo implica o reconhecimento de que as diversas ordens jurídicas entrelaçadas na solução de um problema-caso constitucional – a saber, de direitos fundamentais ou humanos e de organização legítima do poder –, que lhes seja concomitantemente relevante, devem buscar formas transversais de articulação para a solução do problema, cada uma delas observando a outra, para compreender os seus próprios limites e possibilidades de contribuir para solucioná-lo” – NEVES, Marcelo. *Transconstitucionalismo*. São Paulo: Martins Fontes, 2009, p. 297.

A constituição da República de Angola reconhece os direitos humanos e, especialmente quanto à saúde, no seu art. 47.1, afirma o dever estatal⁵³² de promover “as medidas necessárias para assegurar aos cidadãos o direito à assistência médica e sanitária, bem como o direito à assistência na infância, na maternidade, na invalidez, na velhice e em qualquer situação de incapacidade para o trabalho”. A primeira vista, isso sugere que o direito à saúde em Angola envolve apenas a assistência. No entanto, a prevenção também é elemento do direito fundamental à saúde, uma vez que está contemplada no art. 12, c, do PIDESC. Isso porque os direitos fundamentais constitucionais não excluem outros que derivam dos tratados, conforme o que determina o art. 21 da constituição angolana⁵³³. Portanto, a constituição de Angola é aberta ao direito internacional e aos direitos humanos, determinando que sejam estabelecidas relações externas de amizade e cooperação, ressalvado o princípio da não-intervenção⁵³⁴.

A carta constitucional de Cabo Verde, por sua vez, se fundamenta no respeito à dignidade humana, nos direitos humanos e no objetivo de construção de uma sociedade justa e solidária (art. 1º). É tarefa do Estado “garantir o respeito pelos direitos do homem”, bem como “promover o bem-estar e a qualidade de vida” (art. 7º). No que concerne às relações exteriores, Cabo Verde possui uma constituição aberta que, afirmando o princípio da não-ingerência nos assuntos internos, reconhece o valor da cooperação internacional⁵³⁵,

⁵³² De modo geral, segundo o art. 50: “O Estado deve criar as condições políticas, económicas e culturais necessárias para que os cidadãos possam gozar efectivamente dos seus direitos e cumprir integralmente os seus deveres” – ANGOLA. *Lei constitucional*.1992. Disponível em: <<http://www.governo.gov.ao/abrirDownload.aspx?tipo=1&bdCampo1=ARQLGS&cod=278>>. Acesso em: 1 out. 2009.

⁵³³ Art. 21: “1. Os direitos fundamentais expressos na presente Lei não excluem outros decorrentes das leis e das regras aplicáveis de direito internacional. 2. As normas constitucionais e legais relativas aos direitos fundamentais devem ser interpretadas e integradas de harmonia com a Declaração Universal dos Direitos do Homem, da Carta Africana dos Direitos dos Homens e dos Povos e dos demais instrumentos internacionais de que Angola seja parte. 3. Na apreciação dos litígios pelos tribunais angolanos aplicam-se esses instrumentos internacionais ainda que não sejam invocados pelas partes” – Ibid.

⁵³⁴ Conforme o art. 15: “A República de Angola respeita e aplica os princípios da Carta da Organização das Nações Unidas, da Carta da Organização de Unidade Africana, do Movimento dos Países Não Alinhados, e estabelecerá relações de amizade e cooperação com todos os Estados, na base dos princípios do respeito mútuo pela soberania e integridade territorial, igualdade, não ingerência nos assuntos internos de cada país e reciprocidade de vantagens”. E o art. 16º: “A República de Angola apoia e é solidária com a luta dos povos pela sua libertação nacional e estabelecerá relações de amizade e cooperação com todas as forças democráticas do mundo” – Ibid.

⁵³⁵ Conforme o art. 11: “1.O Estado de Cabo Verde rege-se, nas relações internacionais, pelos princípios da independência nacional, do respeito pelo Direito Internacional e pelos Direitos do Homem, da igualdade entre os Estados, da não ingerência nos assuntos internos dos outros Estados, da reciprocidade de vantagens, da cooperação com todos os outros povos e da coexistência pacífica. 2.O Estado de Cabo Verde defende o direito dos povos à autodeterminação e independência e apoia a luta dos povos contra o colonialismo ou qualquer outra forma de dominação ou opressão política ou militar. 3.O Estado de Cabo Verde preconiza a abolição de todas as formas de dominação, opressão e agressão, o desarmamento e a solução pacífica dos

especialmente com os países de língua oficial portuguesa e os países nos quais sejam recebidos emigrantes cabo-verdianos (art. 11, § 6º). Quanto ao direito à saúde, o reconhecimento constitucional é abrangente, no art. 70:

1. Todos têm direito à saúde e o dever de a defender e promover, independentemente da sua condição económica.
2. O direito à saúde é realizado através de uma rede adequada de serviços de saúde e pela criação das condições económicas, sociais, culturais e ambientais que promovam e facilitem a melhoria da qualidade de vida das populações.
3. Para garantir o direito à saúde, incumbe ao Estado, designadamente :
 - a) Assegurar a existência e o funcionamento de um sistema nacional de saúde;
 - b) Incentivar a participação da comunidade nos diversos níveis dos serviços de saúde;
 - c) Assegurar a existência de cuidados de saúde pública;
 - d) Incentivar e apoiar a iniciativa privada na prestação de cuidados de saúde preventiva, curativa e de reabilitação ;
 - e) Promover a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;
 - f) Regular e fiscalizar a actividade e a qualidade da prestação dos cuidados de saúde;
 - g) Disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso de produtos farmacológicos, e outros meios de tratamento e de diagnóstico.⁵³⁶

A saúde também é protegida no que concerne à prevenção de deficiências (art. 75, II, *a*) e à saúde do consumidor (art. 80, I). Além disso, é direito do trabalhador exercer seu mister em condições de dignidade e saúde (art. 62, I, *a*). Ademais, o direito à saúde, tal como reconhecido no PIDESC, tem hierarquia supralegal no ordenamento cabo-verdiano, por força do dispositivo constitucional que cuida da recepção dos tratados e atos jurídicos internacionais (art. 12, § 4º).

No que concerne à constituição de Guiné-Bissau, o direito à saúde é tutelado não apenas como direito de assistência, mas também como prevenção e promoção. Segundo o art. 15, “a saúde pública tem por objectivo promover o bem-estar físico e mental das populações e a sua equilibrada inserção no meio sócio-ecológico em que vivem. Ela deve orientar-se para a prevenção e visar a socialização progressiva da medicina e dos sectores

conflitos, bem como a criação de uma ordem internacional justa e capaz de assegurar a paz e a amizade entre os povos. 4.O Estado de Cabo Verde recusa a instalação de bases militares estrangeiras no seu território. 5.O Estado de Cabo Verde presta às Organizações Internacionais, nomeadamente a ONU e a OUA, toda a colaboração necessária para a resolução pacífica dos conflitos e para assegurar a paz e a justiça internacionais, bem como o respeito pelos direitos do homem e pelas liberdades fundamentais e apoia todos os esforços da comunidade internacional tendentes a garantir o respeito pelos princípios consagrados na Carta das Nações Unidas. 6.O Estado de Cabo Verde mantém laços especiais de amizade e de cooperação com os países de língua oficial portuguesa e com os países de acolhimento de emigrantes cabo-verdianos. 7.O Estado de Cabo Verde empenha-se no reforço da identidade, da unidade e da integração africanas e no fortalecimento das acções de cooperação a favor do desenvolvimento, da democracia, do progresso e bem-estar dos povos, do respeito pelos direitos do homem, da paz e da justiça” – CABO VERDE. *Constituição da República*: Lei Constitucional nº 1/V/99, de 23 de novembro. Disponível em:

<<http://www.parlamento.cv/images%5C../constituicao/const00.htm>>. Acesso em 1 out. 2009.

⁵³⁶ CABO VERDE. Op. cit., loc. cit.

médico-medicamentosos”⁵³⁷. Embora sucinto, esse dispositivo deve ser lido em consonância com o art. 12 do PIDESC, pois “Os direitos fundamentais consagrados na Constituição não excluem quaisquer outros constantes das demais leis da República e das regras aplicáveis de direito internacional” (art. 29, I), sendo que “Os preceitos constitucionais e legais relativos aos direitos fundamentais devem ser interpretados em harmonia com a Declaração Universal dos Direitos do Homem” (art. 29, II).

O direito à saúde também é reconhecido às margens do Oceano Índico, pois Moçambique, muito embora não seja signatário do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, o insere em seu texto constitucional. Nos termos do art. 89: “Todos os cidadãos têm o direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, bem como o dever de promover e defender a saúde pública”. E o art. 116 especifica o dever do Estado para garantir esse direito:

1. A assistência médica e sanitária aos cidadãos é organizada através de um sistema nacional de saúde que beneficie todo o povo moçambicano.
2. Para a realização dos objectivos prosseguidos pelo sistema nacional de saúde a lei fixa modalidades de exercício da assistência médica e sanitária.
3. O Estado promove a participação dos cidadãos e instituições na elevação do nível da saúde da comunidade.
4. O Estado promove a extensão da assistência médica e sanitária e a igualdade de acesso de todos os cidadãos ao gozo deste direito.
5. Compete ao Estado promover, disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso de produtos químicos, biológicos, farmacêuticos e outros meios de tratamento e de diagnóstico.
6. A actividade da assistência médica e sanitária ministrada pelas colectividades e entidades privadas é exercida nos termos da lei e sujeita ao controlo do Estado.⁵³⁸

Além disso, “todo cidadão tem o dever de (...) defender e promover a saúde pública” (art. 45, *e*). Isso inclui o direito de mover ação popular por infrações contra a saúde pública (art. 81, II, *b*). Ademais, a constituição protege o consumidor, que tem direito à qualidade dos bens e serviços para proteger sua saúde (art. 92, I). Enfim, o Estado moçambicano tem, ao lado do objetivo fundamental de defender e promover os direitos humanos (art. 11, *e*) outro, de desenvolver relações exteriores amistosas e de cooperação internacional (art. 11, *j*). Aliás, as relações exteriores do país africano são fundadas na

⁵³⁷ GUINÉ-BISSAU. *Constituição da República*. Promulgada em 4 de dezembro de 1996. Disponível em: <<http://www.consuladogeralguine-bissau.org/CRGB.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2009.

⁵³⁸ MOÇAMBIQUE. *Constituição da República*. Aprovada pela Assembleia da República em 16 de novembro de 2004. Disponível em: <http://www.portaldogoverno.gov.mz/Legisla/constituicao_republica/constituicao.pdf>. Acesso em: 1 out. 2009.

cooperação⁵³⁹ e na solidariedade⁵⁴⁰ internacionais, especialmente com as nações vizinhas e com os países de língua portuguesa⁵⁴¹. Por fim, o fato de não participar do PIDESC não significa que a constituição moçambicana não seja aberta aos direitos humanos. Bem ao contrário, no art. 43 a constituição determina que “os preceitos constitucionais relativos aos direitos fundamentais são interpretados e integrados de harmonia com a Declaração Universal dos Direitos do Homem e a Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos”.

Olhando novamente para o Atlântico, “A República Democrática de São Tomé e Príncipe é um Estado soberano e independente, empenhado na construção de uma sociedade livre, justa e solidária, na defesa dos Direitos do Homem e na solidariedade activa entre todos os homens e todos os povos”⁵⁴². É nestes termos que, no art. 1º, São Tomé e Príncipe se *constitui* como um Estado Democrático de Direito. Entre os objetivos primordiais do Estado está “Promover o respeito e a efectivação dos direitos pessoais, económicos, sociais, culturais e políticos dos cidadãos” (art. 10, *b*). Paralelamente a esse objetivo, a constituição determina que sejam mantidos laços de cooperação e amizade com os países de língua portuguesa, com os países que acolhem emigrantes santomenses e com os países vizinhos (art. 12, §§ 3º e 4º). Assim como as constituições anteriormente referidas, a santomense também denota abertura ao direito internacional, pois os direitos ali consagrados não excluem os prescritos pelo direito internacional (art. 18, § 1º), sendo que os tratados internacionais possuem *status* hierárquico supralegal (art. 13, § 3º). Portanto, este será o lugar do PIDESC quando ratificado – recordando que até o momento o país apenas subscreveu esse Pacto.

Neste contexto – de obediência aos direitos humanos e de abertura ao direito internacional – a constituição santomense reconhece o direito fundamental à saúde. No

⁵³⁹ Segundo o art. 17, I: “A República de Moçambique estabelece relações de amizade e cooperação com outros Estados na base dos princípios de respeito mútuo pela soberania e integridade territorial, igualdade, não interferência nos assuntos internos e reciprocidade de benefícios” – MOÇAMBIQUE. Op. cit., loc. cit.

⁵⁴⁰ Em artigo intitulado *solidariedade internacional*, é estabelecido que “A República de Moçambique associa-se a todos os Estados na luta pela instauração de uma ordem económica justa e equitativa nas relações internacionais” (art. 19, III) – Ibid.

⁵⁴¹ Conforme o art. 21: “A República de Moçambique mantém laços especiais de amizade e cooperação com os países da região, com os países de língua oficial portuguesa e com os países de acolhimento de emigrantes moçambicanos” – Ibid.

⁵⁴² SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE. *Constituição da República Democrática de São Tomé e Príncipe*. Promulgada em 25 de janeiro de 2003. Disponível em: <<http://www.gov.st/data/filestorage/docs/constitp.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2009.

artigo 44, que trata da seguridade social, é estabelecido um sistema de segurança social, a fim de que o Estado possa garantir à população “o direito a protecção na doença, invalidez, velhice, viuvez, orfandade e noutros casos previstos na lei”. E o direito à saúde em seu sentido positivo – como *saúde* e não como *doença* – também é constitucionalmente reconhecido, no art. 50:

1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender.
2. Incumbe ao Estado promover a Saúde Pública, que tem por objectivo o bem-estar físico e mental das populações e a sua equilibrada inserção no meio sócio-ecológico em que vivem, de acordo com o Sistema Nacional de Saúde.
3. É permitido o exercício da medicina privada, nas condições fixadas por lei.⁵⁴³

Essas referências aos compromissos internacionais e constitucionais permitem estabelecer a premissa de que todos esses países reconhecem a saúde como um direito fundamental cuja efetivação impõe deveres ao Estado. Além disso, todos eles, seja por força do art. 2º, § 1º, do Pacto, seja por determinação do art. 22, § 2º, da Carta de Banjul, seja pelo que determinam suas constituições, reconhecem a importância da cooperação internacional e da aproximação com as nações vizinhas e com o mundo de fala portuguesa.

Ocorre que, após o passo de mágica para a felicidade que parecem ser os textos constitucionais dos países em desenvolvimento, ao badalar da meia-noite a carruagem torna a ser abóbora: os países em desenvolvimento não conseguem, por si mesmos, cumprir com os desígnios constitucionais dos direitos sociais. Assim, o mais importante não é o direito que está escrito, mas é o direito que está ausente.

1.2. O direito ausente

Como traduzir o direito escondido nos textos para a realidade explícita na sociedade? Essa pergunta é importante porque baixos níveis de desenvolvimento e de saúde são uma realidade nos países africanos, inclusive nos cinco países cuja cooperação bilateral com o Brasil é estudada. Uma possível resposta pode estar na cooperação internacional, como se verá em sequência. Partindo de análise de dados internacionais sobre saúde e desenvolvimento (1.2.1), caberá perguntar pelo direito positivado, que parece ausente à realidade para a qual ele, supostamente, foi produzido. Então, emerge

⁵⁴³ SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE. Op. cit., loc. cit.

uma possibilidade de traduzir o texto da lei para a realidade, por meio da cooperação internacional (1.2.2).

1.2.1. Desconexão entre saúde e direito à saúde

Segundo o critério de classificação do Banco Mundial, há quatro grupos de países, conforme o valor da Renda Nacional Bruta (RNB) *per capita* anual – os de renda alta (*High Income*), que são aqueles países com renda nacional bruta *per capita* maior do que US\$ 11.116; os de renda média alta (*Upper Middle Income*), cujo índice fica entre US\$ 3.596 e US\$ 11.115; os de renda média baixa (*Lower Middle Income*), na faixa de US\$ 906 e US\$ 3.595; e, finalmente, os de baixa renda (*Low Income*), com renda nacional bruta *per capita* inferior ou igual a US\$ 905. O Brasil está incluído entre os países de renda média alta, mas isso não acontece com nenhum dos PALOP. Angola e Cabo Verde estão entre os de renda média baixa. Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe e Moçambique são classificados como países de baixa renda. A tabela a seguir, com alguns dados do Banco Mundial, apresenta um panorama comparativo dessas economias:

QUADRO 5 – Comparação entre as economias dos PALOP e do Brasil⁵⁴⁴

Brasil		Angola	Cabo Verde	Guiné-Bissau	Moçambique	São Tomé e Príncipe
188.694.000	População (2006)	16.391.400	518.311	1.632.870	20.143.918	160.055
<i>Upper Middle Income</i>	Categoria	<i>Lower Middle Income</i>	<i>Lower Middle Income</i>	<i>Low Income</i>	<i>Low Income</i>	<i>Low Income</i>
1.333.270,54	PIB total, em milhões US\$ (2007)	59.263,42	1.446,56	381,96	8.010,52	144,92
6.060	PNB <i>per capita</i> (2007)	2.590	2.680	220	340	920
297,12	AOD, em milhões US\$ (2007)	241,19	163,44	123,22	1.776,74	35,98
2	Ajuda <i>per capita</i>, em US\$ (2007)	14	332	80	83	228
0,0	Ajuda, % do PNB (2007)	0,5	11,5	32,9	24,4	23,8

⁵⁴⁴ Elaborado pelo autor com dados do Banco Mundial. Fonte: <<http://geo.worldbank.org>> e <<http://www.worldbank.org>>. Último acesso em: 28 nov. 2009.

Brasil		Angola	Cabo Verde	Guiné-Bissau	Moçambique	São Tomé e Príncipe
427	Gastos em saúde <i>per capita</i>, US\$ (2006)	71	112	12	16	49
7,5	% do PIB gasto com saúde (2006)	2,6	4,9	5,8	5,0	6,3
76 / 69	Expectativa de vida ao nascer, em anos, mulheres / homens (2007)	49 / 45	74 / 68	49 / 46	42 / 42	67 / 64

Esses números mostram que os menores índices de renda *per capita* correspondem às menores cifras de gastos com saúde *per capita*, como se vê principalmente em Guiné-Bissau e Moçambique, mas também em São Tomé e Príncipe. Angola, ainda que gaste um pouco mais em saúde *per capita*, é o país que menos gasta em saúde com relação ao PIB e possui expectativa de vida entre as mais baixas dos PALOP. Cabo Verde, com gasto *per capita* em saúde bem maior do que a média dos PALOP, possui a melhor expectativa de vida. Portanto, os dados sugerem que a condição econômica repercute diretamente nas condições de saúde.

Os dados também mostram que os PALOP são um conjunto heterogêneo. Angola e Cabo Verde possuem níveis de renda maiores do que os dos outros três países. Angola, particularmente, tem uma economia muito maior do que a dos outros PALOP. E mesmo Moçambique, o mais populoso dos PALOP, com PIB sete vezes menor do que o de Angola, tem PIB cinquenta e cinco vezes maior do que o de São Tomé e Príncipe. Além disso, o valor de ajuda externa recebida por Moçambique em 2007 foi maior do que o PIB de Cabo Verde no mesmo ano. E esta diferença é ainda mais gritante com relação a Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe.

Outro aspecto relevante desses números diz respeito à dependência dos países à ajuda externa. Angola é o menos dependente dos PALOP, pois é muito baixo o valor da ajuda em relação à RNB. Em valores brutos, o país que mais recebe ajuda é Moçambique, mas o mais dependente é Guiné-Bissau, onde a ajuda externa corresponde a um terço da RNB. Em Moçambique e São Tomé e Príncipe, a ajuda equivale a quase um quarto da RNB. Em Cabo Verde a ajuda externa corresponde a pouco mais 11% da RNB; no entanto,

é o país de maior valor de ajuda *per capita*. Esses dados sobre ajuda externa se referem à cooperação Norte-Sul. Eles indiciam a dependência da maioria dos PALOP à ajuda externa dos países desenvolvidos. Quanto a esse aspecto, também é importante analisar alguns dos dados do Comitê de Assistência ao Desenvolvimento da OCDE⁵⁴⁵.

QUADRO 6 – AOD nos PALOP e no BRASIL, em milhões de US\$⁵⁴⁶

Brasil		Angola	Cabo Verde	Guiné-Bissau	Moçambique	São Tomé e Príncipe
156,78	AOD dada pelos países do CAD/OCDE em 2001	179,43	49,01	30,38	720,21	21,93
228,78	AOD dada por todos os doadores em 2001	282,72	77,19	60,09	962,52	38,22
269,86	AOD dada pelos países do CAD/OCDE em 2007	85,64	114,16	43,61	1 073,21	31,05
297,00	AOD dada por todos os doadores em 2007	245,89	165,19	123,90	1 772,32	35,98

Esses números, congruentes com os do Banco Mundial, mostram que a maior parte da ajuda externa recebida pelos PALOP é proveniente dos países desenvolvidos, especialmente os membros da OCDE. Fica evidente o peso que a ajuda externa tem nas economias desses países, quando comparadas as suas cifras com as do PIB de cada um desses países.

As iniciativas do CAD/OCDE existem há anos, inclusive no que se refere à saúde⁵⁴⁷. Como mostram os dados do Banco Mundial e, ver-se-á em seguida, também os dados da OMS, a ajuda internacional, inclusive aquela direcionada à saúde, implica dependência externa. Em que pesem esses milionários esforços Norte-Sul, os dados desses países sobre as condições de vida e saúde de suas populações ainda são alarmantes. Neste particular, é importante conferir alguns indicadores da OMS.

⁵⁴⁵ Para outros dados sobre a ajuda do Norte para o Sul, ver as estatísticas do CAD/OCDE em: <http://www.oecd.org/departement/0,2688,en_2649_33721_1_1_1_1_1,00.html>. Especificamente para a ajuda em saúde, ver: <www.oecd.org/dac/stats/health>. Dos PALOP, Moçambique figura na lista dos países que mais recebem dos membros da OCDE ajuda em saúde. O país africano recebe sozinho 3% de toda a ajuda em saúde dada no âmbito dessa organização – OCDE. DAC. *Measuring Aid to Health*. Novembro 2009. Disponível em: <<http://www.oecd.org/dataoecd/44/35/44070071.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2009.

⁵⁴⁶ Elaborado pelo autor com dados do CAD/OCDE. Fonte: <www.oecd.org/dac/stats/idsonline>. Último acesso: 1 dez. 2009.

⁵⁴⁷ Ver estudo de 2006 – OCDE. DAC. *Recent Trends in Official Development Assistance to Health*. 2006. Disponível em: <<http://www.oecd.org/dataoecd/1/11/37461859.pdf>>. Acesso em 30 nov. 2009 – o qual atualiza estudo de 2000 – OCDE. DAC. *Recent Trends in Official Development Assistance to Health*. 2000. Disponível em: <<http://www.oecd.org/dataoecd/12/0/6877046.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2009.

QUADRO 7 – Indicadores de saúde nos PALOP e no Brasil⁵⁴⁸

Brasil		Angola	Cabo Verde	Guiné-Bissau	Moçambique	São Tomé e Príncipe
189.323	População em 2006, em milhares	16.557	519	1.646	20.971	155
7,5 (2004)	Pop. abaixo da linha da pobreza, com menos de US\$ 1 por dia (ano)	-	-	-	36,2 (2002)	-
78%	Percentual de cobertura de terapia antirretroviral entre pessoas com infecções decorrentes do HIV (2006)	16 %	-	9 %	12 %	-
0,1 %	Recursos externos para saúde em relação ao total de despesas com saúde (2006)	7 %	19 %	31,4 %	56,8 %	43,1 %
47,9 %	Despesas governamentais com saúde em relação ao total de despesas com saúde (2006)	86,6 %	81,5 %	24,7 %	69,4 %	85,4 %
52,1 %	Gastos privados com saúde em relação ao total de despesas com saúde (2006)	13,4 %	18,5 %	75,3 %	30,6 %	14,6 %
7,2 %	Despesas governamentais com saúde em relação ao total de despesas governamentais (2006)	5 %	13,2 %	4 %	12,6 %	12,2 %
367	Despesas governamentais em saúde <i>per capita</i> em US\$ (2006)	61	227	10	39	120
765	Gastos <i>per capita</i> com saúde (2006)	71	278	40	56	141
26 (2002)	Leitos hospitalares por 10 mil hab. (ano)	1 (2005)	21 (2005)	7 (2007)	8 (2006)	32 (2003)
75 / 68	Expectativa de vida ao nascer para mulheres / homens (2006)	43 / 40	72 / 66	51 / 46	51 / 49	63 / 60
176	Taxa de mortalidade adulta (probabilidade de morrer entre 15 e 60 anos por 1000 hab. (2006)	493	230	407	477	241
8	Mortes por HIV/AIDS por 100 mil hab. por ano (2005)	188	-	170	707	-
454	Prevalência de HIV entre adultos com mais de 15 anos, por 100 mil hab. (2005)	3 281	-	3 483	14 429	-
20	Taxa de mortalidade infantil em menores de 5 anos, por mil nascidos vivos (2006)	260	34	200	138	96
0,3 %	Mortes entre crianças com menos de 5 anos devidas ao HIV/AIDS (2000)	2,2 %	3,7 %	2,6 %	12,9 %	3,7 %
0,5 %	Mortes entre crianças com menos de 5 anos devidas à malária (2000)	8,3 %	4,3 %	21 %	18,9 %	0,6 %
110	Taxa de mortalidade materna, por 100 mil nascidos vivos (2005)	1 400	210	1 100	520	-
13	Taxa de mortalidade neonatal, por mil nascidos vivos (2004)	54	9	47	35	38

⁵⁴⁸ Elaborado pelo autor com dados da OMS. Fonte: *WHOSIS – WHO Statistical Information System*. Disponível em: <<http://apps.who.int/whosis/data/Search.jsp>>. Último acesso em: 1 dez. 2009.

Esses dados do WHOSIS (Sistema de Informação Estatística da OMS)⁵⁴⁹ em boa parte se assemelham aos produzidos pelo Banco Mundial⁵⁵⁰, confirmando que as condições de saúde da população são correlatas às condições econômicas. Aliás, o primeiro Relatório Mundial da Saúde, produzido pela OMS em 1995, já denunciava a pobreza como “a mais mortal das doenças”⁵⁵¹. Com efeito, os dados estatísticos da OMS mostram que mais de 36% da população moçambicana vivia, em 2002, com menos de um dólar norte-americano por dia. Não há essa informação com relação aos demais PALOP, mas a cifra da miséria em Moçambique se reflete, por exemplo, no índice de prevalência do HIV, o qual beira 15% da população.

Além disso, note-se que é baixo, nos PALOP, o percentual de doentes com HIV/AIDS que recebem terapia antirretroviral, chegando a menos de um décimo em Guiné-Bissau. Esse dado, conquanto incompleto, por faltarem informações referentes a Cabo Verde e São Tomé e Príncipe, denuncia a inefetividade do direito à saúde. Afinal, o direito à saúde é o direito de *acesso* aos bens e serviços de saúde que forem necessários à pessoa, e as cifras de acesso a tratamento antirretroviral em Angola, Cabo Verde e Moçambique são pífias.

Paralelamente, são elevadas as cifras da ajuda externa, majoritariamente vinda dos países desenvolvidos. Neste particular, os recursos externos destinados à saúde correspondem a grande parte do esforço econômico nacional – no caso de Moçambique, mais da metade, mas esse índice também é elevado em São Tomé e Príncipe e Guiné-Bissau, um pouco menos em Cabo Verde. O percentual de despesas em saúde a que correspondem recursos externos indicia o quanto o país é dependente de ajuda externa para cumprir, ainda que insuficientemente, com sua tarefa de garantir o acesso à saúde para o povo.

⁵⁴⁹ Além do WHOSIS, ver: *Global Health Atlas*. Disponível em: <<http://apps.who.int/globalatlas>>. Último acesso em: 1 dez. 2009.

⁵⁵⁰ Contudo, verificam-se diferenças importantes nos cálculos dos gastos em saúde *per capita* e diferenças, menores, nas contas da expectativa de vida e da população. Além de cada organismo internacional ter sua metodologia de trabalho para composição das estatísticas, os países menos desenvolvidos muitas vezes não produzem dados, ou o fazem de modo muito impreciso. Em que pese essas diferenças, ora observadas, a sua análise não diverge, ao menos no que concerne ao escopo deste trabalho.

⁵⁵¹ OMS. *The World Health Report 1995: Bridging the Gaps*. Genebra: 1995. Disponível em: <http://www.who.int/whr/1995/en/whr95_en.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2008, p. v.

Em que pese a falta de recursos, ainda é aos governos dos PALOP que cabe sustentar a maioria dos custos com saúde, à exceção de Guiné-Bissau, onde apenas um quarto dos gastos com saúde são governamentais. No entanto, a elevada proporção de despesas governamentais com saúde em relação ao total de despesas com saúde ainda é pouco quando se vê que, no conjunto dos dispêndios dos governos, à saúde não é destinado mais do que 13% do orçamento público, em Cabo Verde, um pouco menos em Moçambique e São Tomé e Príncipe e bem menos em Angola e Guiné-Bissau.

Os poucos recursos aplicados em saúde, no contexto de escassos recursos públicos, se reflete em índices de saúde muito pouco condizentes com as promessas constitucionais de garantir o direito fundamental à saúde. Ainda que se percebam importantes diferenças entre os dados PALOP, em todos eles há elementos para afirmar que o direito à saúde, constitucional e internacionalmente proclamado, encontra pouca efetividade. Com efeito, é baixa a expectativa de vida – principalmente em Angola, Guiné-Bissau e Moçambique – e são elevados os índices de mortalidade. A mortalidade infantil é maior em Angola, mas também é bastante elevada em Guiné-Bissau e Moçambique. O mesmo ocorre com a mortalidade adulta, com a mortalidade materna e com a mortalidade neonatal. Em Cabo Verde e São Tomé e Príncipe, os dados, embora incompletos, tampouco indicam elevadas condições de saúde da população – a mortalidade neonatal em São Tomé e Príncipe é maior do que em Moçambique.

HIV/AIDS e malária são duas das piores chagas do continente africano e, inclusive, dos cinco PALOP. Em Moçambique, HIV/AIDS mata 0,7% da população nacional por ano, cifra robusta quando se recorda que são vinte milhões os moçambicanos. Também é considerável a quantidade de mortes pela mesma razão em Angola e Guiné-Bissau, não havendo dados sobre Cabo Verde e São Tomé e Príncipe. A infância é particularmente atingida por essa *peste* do final do século. Com efeito, em Moçambique em torno de 13% dos mortos menores de cinco anos perderam a vida em decorrência do HIV/AIDS. Esse percentual, nos demais PALOP, é bem menor do que no país do oceano Índico, mas está longe de ser aceitável. Os números mostram que Moçambique é o PALOP mais afetado pela epidemia de HIV/AIDS, mas a malária mata ainda mais as suas crianças, pois quase um quinto das mortes dos menores de cinco anos nesse país são atribuídas ao paludismo. No que concerne a essa enfermidade, a situação é ainda pior em Guiné-Bissau, onde mais

de um quinto das mortes infantis de até um lustro de idade tem essa causa. Enfim, isso confirma que o direito à saúde carece de efetividade nos mencionados países africanos.

Então, diante de tamanha ajuda Norte-Sul e de tanta miséria e tantas enfermidades persistentes, cabe perguntar pela efetividade de décadas de relações verticais. Recordando as críticas feitas no Capítulo I sobre o discurso e as contradições da cooperação Norte-Sul, abre-se a oportunidade de perceber algo novo – que o caminho para a efetividade do direito à saúde não é necessariamente trilhado desde o Norte, mas pode sê-lo desde o Sul.

Os dados do Brasil, mostrados paralelamente aos dos PALOP, indiciam que o primeiro está em posição dialética em relação aos outros. Por um lado, em alguns aspectos o Brasil compartilha os mesmos problemas, o que sugerem um ponto de partida *horizontal* para as relações bilaterais com cada um dos PALOP. Por outro, contudo, os números também mostram que o Brasil desfruta de condições sócio-econômico-sanitárias muito melhores, indicando que há um elemento *vertical* na origem dessas relações bilaterais⁵⁵².

Compreendida a ausência do direito lá dos textos, ou se acata o destino, ou se faz o destino. A primeira hipótese é, no limite, a possibilidade da conservação de tudo com o abandono de si mesmo. A segunda, da transformação de tudo com comprometimento de todos. Assim, a constatação de que há um direito ausente não pode se tornar a resignação com a injustiça. Afinal, deve haver um modo de traduzir na sociedade o direito escrito.

Talvez seja esse papel da cooperação internacional. Mais adiante, a fim de verificar essa hipótese, será apresentado o acervo jurídico da cooperação Sul-Sul realizada pelo Brasil com os PALOP. Os atos bilaterais, se bem que não tenham o condão, eles próprios, de transformar a realidade, podem ser o rascunho para a tradução a ser feita. Mas antes disso é preciso compreender em que medida a cooperação pode ser uma forma de tradução.

⁵⁵² Essa tensão será explorada no Capítulo IV, seção 1.2.1.b.

1.2.2. Cooperação como tradução

A tradução opera no espaço do *plural* e implica a aceitação mútua de ao menos duas línguas, o que, como observado por François Ost, engendra uma ética de *hospitalidade*, de aceitação do outro na sua diferença. Então ele procura aplicar também ao direito, visto como *rede internormativa*, o *paradigma da tradução*. Em direito comparado, a aplicação do paradigma da tradução se refere a situações em que mais de um direito se encontram de modo dinâmico – dialogam. Nos saberes, esse paradigma se realiza com a interdisciplinaridade, que permite o diálogo entre mais de um campo do conhecimento. Nos processos de regulação de governança, traduzir implica aproximar a cidadania da tecnologia, o que propicia políticas públicas marcadas pela intersectorialidade. No que concerne à teoria política, o paradigma também opera – a língua da Europa é a tradução. Finalmente, o diálogo entre as religiões também é um espaço para a tradução, para o reconhecimento mútuo e dialógico. Esses cinco campos (direito comparado, interdisciplinaridade, regulação e governança, filosofia política e diálogo interreligioso), segundo Ost, são terrenos propícios para a aplicação de uma *metodologia da tradução*.⁵⁵³

O paradigma da tradução parece ser aplicável também à cooperação internacional. Cooperar é um modo de traduzir, afinal, a cooperação – ao aproximar sociedades, culturas e direitos – é dialógica. Voltando a Ost, a tradução, percebida como diálogo, implica *responsabilidade* – responder à interpelação do outro⁵⁵⁴. Assim também ocorre com a cooperação. Para avançar nesse entendimento, é importante notar que a cooperação opera a tradução em duas dimensões.

Em um dos seus eixos, interestatal, ela promove o diálogo entre múltiplas culturas jurídicas, dos países cooperantes, para solucionar problemas comuns, para intercambiar experiências e saberes. Trata-se do envio e reenvio entre o que é próprio e o que é estrangeiro. Espaço de mútua aprendizagem, pela cooperação se aprende como lidar com problemas comuns, seja porque existem concomitantemente em mais de uma realidade nacional (p. ex., a necessidade de produzir fármacos nacionalmente), seja porque transcendem o âmbito estatal (p. ex., as pandemias).

⁵⁵³ OST, François. Les détours de Babel. In : *Dire le droit, faire justice*. Bruxelas: Bruylant, 2007.

⁵⁵⁴ OST. Op. cit.

Ocorre que, quando ao invés de haver *cooperação* propriamente dita, ocorre *ajuda*, como no contexto Norte-Sul antes mencionado, a cooperação pode não cumprir com a sua função tradutora. Ao invés de operar a tradução, a *ajuda* pode manejar a substituição do que é local pelo que vem de alhures e, ao invés de favorecer o desenvolvimento, implicar maior dependência (p. ex., a substituição dos antigos laços coloniais pelos novos vínculos de ajuda). Nesta hipótese, a cooperação é a não-tradução, porque o que é local sequer é ouvido pelo que vem de fora, o qual está preocupado com seus próprios interesses.

No outro eixo, intraestatal, a cooperação é a atuação de um elemento estrangeiro que ajuda o próprio sistema a compreender sua realidade em face das regras estabelecidas e, então, o auxilia a compor suas falhas. Dito de outro modo, a cooperação favorece, no interior de uma realidade jurídica territorial, a diminuição da distância entre o direito vigente, formal, e o direito ausente, material⁵⁵⁵ (p. ex., quando tecnologia recebida de fora permite aumentar o acesso à saúde localmente).

Neste segundo eixo também há a possibilidade negativa, que não é de não-tradução, como no primeiro eixo, mas é da banalização da tradução. Neste caso, a cooperação se reduz a uma simples operação formal de transferência de normas ou de procedimentos ou, ainda, de políticas públicas estrangeiras sem pensar a realidade local. Neste caso, a cooperação é a tradução totalizante – o local não quer se fazer ouvir pelo que vem de fora, pois considera que existam soluções universais para os problemas locais (p. ex., práticas locais são substituídas acriticamente por modelos estrangeiros).

Aliás, como observa Ost, o agir da tradução passa entre Caríides e Cila – é assim que, metaforicamente, ele chama os pontos da *intraduzibilidade* e da *onitraduzibilidade*. A primeira é a radicalização da heterogeneidade, que considera impossível o traduzir; a segunda, a naturalização da tradução, como algo que conduza a uma suposta língua universal⁵⁵⁶.

O conjunto dos dois eixos da cooperação como tradução, com seus respectivos planos negativo e positivo, pode ser resumido no quadro a seguir.

⁵⁵⁵ Ver a aplicação da teoria do garantismo, de Ferrajoli, à cooperação internacional, no Capítulo II, 2.2.

⁵⁵⁶ OST. Op. cit.

QUADRO 8 – Modos da cooperação como tradução

Desenvolvimento	
<p>A</p> <p>O que vem de fora e o que é local trocam saberes mutuamente para resolver problemas comuns</p>	<p>B</p> <p>O que vem de fora interage com o que é local e propicia a efetividade do direito localmente vigente</p>
<p>C</p> <p>O que vem de fora se impõe ao que é local, ocupando um espaço para torná-lo instrumental para seus próprios interesses</p>	<p>D</p> <p>O que é local abandona a si próprio por meio da importação acrítica de normas e políticas públicas pretensamente universais</p>
Dependência	

Tanto A como B favorecem o desenvolvimento, pois dizem respeito a formas de cooperação qualificadas (A) pela *pluralidade* – que significa o abandono da hierarquia em nome de interesses comuns –, ou (B) pela *sustentabilidade* – pela qual o local, ao receber contribuição do que é externo, desenvolve modos de agir por si mesmo. Diversamente, C e D tendem a reproduzir dependência tecnológica e econômica, pois se referem a modos de ajuda em que impera ou (C) a *seletividade* do doador – que impõe *condicionalidades* –, ou (D) a *pasteurização* – que cai na falácia de que traduzir seria dizer exatamente a mesma coisa, só que de outro modo.

Do ponto de vista da ética – retomando que foi abordado no Capítulo I, 1.1 – A e B são formas de *solidariedade*, pois pressupõem (A) a interdependência diante de uma comunidade de destino e (B) a percepção de que a melhora do outro é o próprio aperfeiçoamento. Por sua vez, C e D limitam-se à perspectiva positivista da *segurança*. Neste sentido, (C) o exercício do domínio alhures é visto como garantia da própria independência e (D) a crença em modelos universais *prêt-à-porter* presume um caminho *formalmente* apto a solucionar os problemas locais.

No que concerne à abordagem das relações internacionais – analisada no Capítulo I, 2.1.1 – A e B correspondem ao paradigma kantiano das relações internacionais. Afinal, por um lado, (A) o que se está defendendo são interesses comuns a toda a humanidade. Por outro, (B) uma vez que o ser humano é um fim em si mesmo, não importa

a nacionalidade quando o assunto é melhorar as condições de vida e saúde humanas. Por seu turno, C e D correspondem ao paradigma grociano – ou porque (C) são os interesses de Estado que determinam as ações solidárias, ou porque, (D) partindo da formal igualdade, os Estados se convencem de que para sua própria sobrevivência o melhor é aceitar instituições e regras internacionais.

Portanto, quando a cooperação é percebida como tradução, não apenas se reforça a possibilidade de pensar a primeira de maneira crítica, mas também se abre a possibilidade de pensar a segunda de maneira transformadora – o que um não compreende, o outro esclarece. Em face disso, a próxima seção, ao apresentar a realidade jurídica da cooperação bilateral do Brasil com os PALOP, permitirá refletir sobre possibilidades de tradução por meio da cooperação.

2. RASCUNHOS PARA A TRADUÇÃO: OS ACORDOS BILATERAIS COM O BRASIL

Para verificar a hipótese de que a cooperação sanitária seja um instrumento para diminuir a distância entre a normatividade e a efetividade do direito à saúde, foi analisada a cooperação bilateral realizada pelo Brasil com Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe e Moçambique. A pesquisa contemplou o estudo dos atos bilaterais celebrados e sua análise, em conjunto com as reflexões realizadas nos capítulos anteriores, procurará indicar um modelo de cooperação Sul-Sul que favoreça a efetivação de direitos em países periféricos.

O universo investigado foi a totalidade dos atos bilaterais assinados pelo Brasil com cada um dos mencionados países. Isso compõe um acervo abrangente, pois inicialmente nenhum filtro foi aplicado para o estudo dos atos de cooperação em saúde. Foram analisados todos os atos bilaterais, inclusive aqueles que ainda não estão em vigor, o que compõe um conjunto de 176 atos, dos quais 167 estão em vigor. O critério de inclusão na pesquisa foi a publicidade dada pela Divisão de Atos Internacionais do Ministério das

Relações Exteriores do Brasil (DAI/MRE). Ou seja, determinou-se como universo de análise os atos disponibilizados para acesso público no sítio eletrônico do Ministério⁵⁵⁷. Importante referir que a DAI/MRE disponibiliza consulta temática aos atos bilaterais e multilaterais celebrados pelo Brasil. No entanto, verificou-se que muitos atos bilaterais, em seu texto, tratavam de questões de saúde, no entanto não estavam inseridos na sessão temática sobre *saúde*⁵⁵⁸ do banco de dados da DAI/MRE. Em razão disso, optou-se por consultar a listagem completa⁵⁵⁹ dos atos bilaterais, vigentes e não vigentes, país por país. Assim, os dados são trabalhados a partir da leitura dos inteiros teores dos atos bilaterais e não da classificação oferecida no sítio do MRE. Essa escolha se mostrou adequada, pois possibilitou o enfrentamento de todo o acervo, possibilitando achados sobre cooperação sanitária em acordos sobre os mais diversos temas. Enfim, isso permitiu produzir dados precisos sobre a cooperação sanitária do Brasil com os PALOP.

Os atos bilaterais⁵⁶⁰ analisados são de cinco tipos: acordos de cooperação, ajustes complementares, programas de trabalho ou programas executivos, protocolos de intenções e memorandos de entendimento. Estes instrumentos jurídicos, segundo Cachapuz de Medeiros, são tipos de *acordos em forma simplificada* – prática diplomático-jurídica dos governos brasileiros desde a constituição de 1946⁵⁶¹. Eles são exemplos da farta nomenclatura dos tratados internacionais, ainda que exemplifiquem *tratados bilaterais de importância reduzida*⁵⁶².

Os acordos de cooperação são tratados bilaterais que, de modo geral, constituem o quadro jurídico da cooperação bilateral. Esses acordos foram assinados nos primeiros anos após a independência dos PALOP e, no Brasil, foram submetidos à aprovação pelo Congresso Nacional. Ocorre que normalmente nenhum programa ou projeto de cooperação concreto é desenhado nos acordos gerais.

⁵⁵⁷ Ver: <<http://www2.mre.gov.br/dai/home.htm>>.

⁵⁵⁸ Atos bilaterais em vigor para o Brasil no âmbito da saúde. Disponível em: <<http://www2.mre.gov.br/dai/bisaude.htm>>. Acesso em 4 jul. 2009.

⁵⁵⁹ Ver: <<http://www2.mre.gov.br/dai/bilaterais.htm>>.

⁵⁶⁰ Fugiria à delimitação temática deste trabalho discutir a natureza jurídica desses atos bilaterais. Para os fins da pesquisa, adota-se a classificação do Ministério de Relações Exteriores do Brasil. Não obstante isso, para um estudo dos tratados na ordem jurídica brasileira, ver: MEDEIROS, Antônio Paulo Cachapuz de. *O poder de celebrar tratados*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1995. Ver, também: DALLARI, Pedro Bohomoletz de Abreu. *Constituição e tratados internacionais*. São Paulo: Saraiva, 2003, p. 13-19.

⁵⁶¹ MEDEIROS. Op. cit., p. 436.

⁵⁶² A expressão é de Francisco Rezek: “*ajuste, arranjo e memorando* têm largo trânsito na denominação de tratados bilaterais de importância reduzida” – REZEK, Francisco. *Direito internacional público: curso elementar*. 10ª ed. São Paulo: Saraiva: 2005, p. 16.

Então, para dar concretude à cooperação, o instrumento jurídico que aprova programas e projetos de cooperação, vinculando as partes, é o ajuste complementar. Como o nome indica, trata-se de ato bilateral que complementa o que fora pactuado no acordo de cooperação, ou melhor, o executa. Via de regra, os ajustes entram em vigor com sua assinatura, prescindindo aprovação legislativa por duas razões. Primeiro, por não trazerem compromissos gravosos ao patrimônio nacional – por vezes há no ajuste cláusula que afirma exatamente isso – de maneira que não incide o dispositivo constitucional⁵⁶³ que ordena a aprovação pelo Congresso. Segundo, porque são atos executórios do acordo geral, este sim devidamente aprovado pelo Poder Legislativo. Deste modo, o ajuste confere maior densidade jurídica à cooperação internacional, pois ele é um instrumento jurídico que cria obrigações e direitos entre as partes⁵⁶⁴. Além disso, o conteúdo de vários ajustes complementares são políticas públicas, as quais são “exportadas” pelo Brasil por meio da cooperação bilateral. Por vezes se trata de uma cooperação *à la carte*, fragmentada, mas muitas vezes os ajustes complementares dão colorido a uma agenda da cooperação bilateral previamente estabelecida.

A assinatura de ajustes complementares para o desenvolvimento de ações concretas de cooperação no marco de um acordo geral de cooperação é comum, mas não obrigatória. Por vezes, são assinados programas de trabalho ou programas executivos diretamente ligados aos acordos de cooperação, prevendo ações concretas conforme objetivos definidos pelas partes. Esses programas, assim como os ajustes, muitas vezes compõem um mosaico fragmentado de iniciativas de cooperação, outras, contudo, são parte de um processo de cooperação pautado por uma agenda anteriormente definida.

Essa agenda normalmente é entabulada por meio de atos bilaterais menos formais. São os protocolos de intenções, atos bilaterais que, na prática diplomática brasileira, indicam o “início de um compromisso”⁵⁶⁵. Portanto, os protocolos de intenções não formalizam programas ou projetos de cooperação concretos, mas enunciam objetivos e

⁵⁶³ Art. 49, I, da Constituição Federal do Brasil.

⁵⁶⁴ “Os ajustes complementares aos Acordos Básicos de Cooperação Técnica normalmente estão destinados a dar arcabouço jurídico a programas específicos de cooperação dentro do marco do Acordo principal” – MEDEIROS. Op. cit., p. 433.

⁵⁶⁵ BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. *Denominações dos Atos Internacionais*. Disponível em: <<http://www2.mre.gov.br/dai/003.html>>. Acesso em: 7 jun. 2009. No mesmo sentido: MEDEIROS. Op. cit., p. 436.

áreas temáticas da cooperação a serem desenvolvidas. No entanto, eles guardam com os ajustes complementares e com os programas executivos a semelhança de, normalmente, entrarem em vigor na data da sua assinatura, sem maiores formalidades. No que concerne à cooperação sanitária, esse tipo de ato bilateral é importante para indicar os temas de saúde pública que serão objeto de ajustes complementares – p. ex., combate ao HIV/AIDS e à malária. Então, a função desses atos também é a de aumentar a densidade jurídica da cooperação. Até porque, muito embora sejam um *início* de comprometimento, os protocolos de intenções não podem ser lidos como atos jurídicos vazios. Algum comprometimento eles implicam, mormente o de desenvolver determinadas searas da cooperação. Mas esses não são os únicos atos bilaterais menos formais.

Há, também, os memorandos de entendimento, atos bilaterais que têm a função de “registrar princípios gerais que orientarão as relações entre as Partes, seja nos planos político, econômico, cultural ou em outros”⁵⁶⁶. Desta forma, eles também contribuem para a elaboração da agenda bilateral. Redigidos de maneira mais simplificada, os memorandos comumente não se traduzem em *compromissos gravosos*, razão pela qual costumam entrar em vigor imediatamente. No entanto, não se está com isso afirmando que não implicam comprometimento. Ao orientarem as relações bilaterais, eles dão as linhas que devem ser seguidas quando da assinatura de ajustes ou acordos posteriores.

Enfim, esses são os atos bilaterais objetos do estudo. No tratamento das fontes documentais foram analisados, especialmente, os seguintes elementos: informação sobre vigência, objetivos da cooperação, horizontalidade da relação bilateral, forma de avaliação das atividades, possibilidade de triangulação ou obtenção de financiamento junto a outros atores. O acervo indica que a saúde é um tema privilegiado da cooperação brasileira com esses países e sua análise mais aprofundada será realizada no próximo capítulo. Cumpre, agora, apresentar os dados da pesquisa, com relação a cada país mencionado em suas relações jurídicas bilaterais com o Brasil.

⁵⁶⁶ BRASIL. Op. cit., loc. cit. MEDEIROS. Op. cit., p. 435.

2.1. Cooperação sanitária do Brasil com Angola

*a minha pátria
é um órfão
baloçando de muletas
ao tambor das bombas*⁵⁶⁷

Brasil e Angola já firmaram trinta e sete atos bilaterais, dos quais trinta e cinco estão em vigor. Para o presente estudo, são relevantes aqueles que tratam do tema da cooperação com espaço para iniciativas no âmbito da saúde pública, bem como aqueles que expressamente se referem à cooperação sanitária. Após a análise dos textos dos trinta e sete acordos, concluiu-se que dezoito deles podem implicar cooperação sanitária e, destes, seis expressamente dizem respeito à cooperação em saúde. Inicialmente serão analisados os atos internacionais do primeiro grupo, cujo marco inicial foi dado pelos Acordos de 1980.

O Acordo de Cooperação Cultural e Científica⁵⁶⁸, de 1980, inaugura o grupo de pactos que não dizem respeito especificamente à cooperação sanitária, mas que podem abarcar programas neste sentido. Com efeito, esse Acordo prevê apoio ao ensino e à pesquisa de maneira ampla, que pode direcionar-se a áreas da saúde pública.

Celebrado na mesma ocasião, o Acordo de Cooperação Econômica, Científica e Técnica⁵⁶⁹ fixou o marco jurídico da cooperação técnica Brasil-Angola, a qual tem sido densificada, inclusive na área da saúde, por ajustes complementares que se acomodam sob seu guarda-chuva. Este Acordo, como de costume, prevê a celebração de protocolos, convênios ou ajustes complementares que definam programas ou projetos de cooperação

⁵⁶⁷ BARBEITOS, Arlindo. In: APA, Livia; BARBEITOS, Arlindo; DÁSKALOS, Maria Alexandre (Orgs.). *Poesia africana de língua portuguesa*: antologia. Rio de Janeiro: Lacerda Editores, Academia Brasileira de Letras, 2003, p. 82.

⁵⁶⁸ Aprovado pelo Congresso Nacional pelo Decreto Legislativo nº 64/81 e promulgado pelo Decreto nº 99.558/90. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_02_501.htm>. Acesso em 4 jul. 2009.

⁵⁶⁹ Aprovado pelo Congresso Nacional pelo Decreto Legislativo nº 48/81 e promulgado pelo Decreto nº 99.559/90. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_03_502.htm>. Acesso em 4 jul. 2009.

específicos (art. 3º). Em matéria de financiamento, ele prevê que sejam solicitados recursos a organismos internacionais, ou seja, abre espaço para a cooperação triangular (art. 4º, *b*).

Ainda no conjunto dos acordos sobre cooperação em geral que permitem a cooperação sanitária, há que se referir o Ajuste na área de comércio⁵⁷⁰ complementar ao Acordo de Cooperação Econômica, Científica e Técnica, com o qual Brasil e Angola comprometem-se a “cooperar para a regularização do abastecimento da República Popular de Angola em bens de alimentação e de consumo corrente, matérias-primas e outros, mediante exportações brasileiras desses produtos, (...)” (art. 1º). Este acordo estabeleceu o abastecimento do mercado angolano com gêneros alimentícios exportados pelo Brasil, compensados com petróleo adquirido pelo país além de pagamentos em dinheiro (Anexo do Ajuste). O abastecimento de alimentos, como sabido, é fator condicionante da saúde. Importante notar, porém, que não se tratou de medida filantrópica brasileira, mas de um típico acordo comercial.

Outro documento internacional desse tipo é o Protocolo de Cooperação Técnica na área do Meio Ambiente⁵⁷¹, de 2003, celebrado no bojo do Acordo de Cooperação Econômica, Científica e Técnica (art. 3º). O Protocolo estipula a cooperação em “educação ambiental; legislação ambiental; caracterização de recursos naturais e gestão de áreas protegidas; crimes ambientais e avaliação de impactos ambientais urbanos e industriais” (art. 1º). Além disso, prevê parceria triangular com organismos internacionais governamentais e não-governamentais (art. 6º). A razão de mencioná-lo aqui é que o meio ambiente é um importante fator condicionante da saúde.

No mesmo sentido, pode-se citar o Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Econômica, Científica e Técnica para implementação do Projeto “Fortalecimento da Educação Ambiental em Angola”⁵⁷², também de 2003, o qual prevê a capacitação de pessoal angolano para multiplicar conhecimentos sobre educação ambiental no país

⁵⁷⁰ Assinado em abril de 1983 e em vigor desde então, por se tratar de Ajuste Complementar a um Acordo, este sim aprovado pelo Congresso Nacional e promulgado por Decreto do Poder Executivo Federal. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_06_504.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

⁵⁷¹ Assinado em três de novembro de 2003 e em vigor desde então, por se tratar de Protocolo a um Acordo, este sim aprovado pelo Congresso Nacional e promulgado por Decreto do Poder Executivo Federal. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_39_5191.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

⁵⁷² Assinado em três de novembro de 2003 e em vigor desde a mesma data. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_31_5183.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

africano. Sem que se constitua um formal instrumento de avaliação, o Ajuste prevê que ao final do Projeto sejam elaborados “relatórios finais informativos” (art. 3º) por cada parte, de publicidade não obrigatória. Esse programa foi renovado com a assinatura, em 2006, de um novo Ajuste⁵⁷³ para realização do mesmo Projeto. Neste momento, os acordos bilaterais de cooperação brasileiros já contam com cláusula de avaliação mais bem elaborada, que prevê a elaboração de “relatórios sobre os resultados”, sem, contudo, estabelecer critérios precisos de avaliação, tampouco sua publicidade (art. 9º). Além disso, o Ajuste de 2006 prevê triangulação, para obtenção de recursos inclusive de organizações não-governamentais e fundos internacionais (art. 5º).

O Protocolo de Cooperação Técnica para Apoio ao Instituto de Formação da Administração Local (IFAL)⁵⁷⁴, também de 2003, prevê a celebração de Ajustes Complementares ao Acordo de Cooperação Econômica, Científica e Técnica (art. 3º), bem como a implementação de projetos de cooperação com apoio triangular em parcerias institucionais com organismos internacionais e organizações não-governamentais (art. 5º). Aparentemente alheio à temática da saúde, esse tipo de cooperação em verdade pode contribuir muito para ela, mormente no que se refere à administração de sistemas de saúde e gestão de instituições prestadoras de serviços de saúde.

O mesmo se pode dizer sobre o Protocolo de Intenções sobre Cooperação Técnica na Área de Administração Pública⁵⁷⁵, de 2005, que também propicia Ajustes Complementares (art. 2º) e parcerias triangulares com organismos internacionais, inclusive organizações não governamentais (art. 3º). Igualmente, o Memorando de Entendimento para Cooperação com Vista ao Fortalecimento da Administração Pública de Angola⁵⁷⁶, de 2007, pode repercutir no fortalecimento da administração da saúde pública. É importante notar que o Memorando de 2007 incorpora uma cláusula que prevê reuniões entre as partes para “avaliar o andamento do projeto”, sendo extremamente recente – e ainda incipiente –

⁵⁷³ Assinado em 26 de maio de 2006 e em vigor desde a mesma data. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_50_5775.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

⁵⁷⁴ Assinado em novembro de 2003 e em vigor desde então, por se tratar de Protocolo a um Acordo, este sim aprovado pelo Congresso Nacional e promulgado por Decreto do Poder Executivo Federal. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_37_5189.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

⁵⁷⁵ Assinado em maio de 2005 e em vigor desde então, por se tratar de Protocolo a um Acordo, este sim aprovado pelo Congresso Nacional e promulgado por Decreto do Poder Executivo Federal. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_44_5500.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

⁵⁷⁶ Assinado em 9 de novembro de 2007. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_58_4551.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

a preocupação do Brasil com a avaliação da sua cooperação internacional. Em suma, o IFAL pode se tornar um importante espaço de qualificação da administração pública em Angola, inclusive para a área da saúde coletiva. Um aspecto interessante desse tipo de iniciativa, que cria a escola *in loco*, no país recebedor da ajuda, ao invés de intercambiar estudantes, é a sustentabilidade da cooperação.

Há que se referir, ainda, três atos bilaterais de outubro de 2007. O Memorando de Entendimento para o Incentivo à Formação Científica de Estudantes Angolanos⁵⁷⁷, ao prever a concessão de bolsas para estudantes angolanos cumprirem estágio no Brasil, contribui para o desenvolvimento de capacidades em Angola em diversas áreas do conhecimento. O Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Econômica, Científica e Técnica para Implementação do projeto “Escola de Todos”⁵⁷⁸, quando se ocupa da educação inclusiva para deficientes, toca uma questão central da saúde pública, em sua interface com a educação. Este Ajuste contempla cláusula de triangulação (art. 4º) e de elaboração de relatórios sobre resultados (Art. 6º). Finalmente, o Memorando de Entendimento para o Estabelecimento de Mecanismos de Consultas Políticas⁵⁷⁹ celebrado entre os dois países indica a densidade da relação bilateral, podendo ser um importante instrumento para o planejamento e a avaliação das iniciativas de cooperação internacional entre as partes.

Passa-se agora à análise dos acordos Brasil-Angola que expressamente incorporam a cooperação sanitária à agenda bilateral. Os dois primeiros atos neste sentido foram celebrados em novembro de 2003.

O Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Econômica, Científica e Técnica para as Áreas do Trabalho, Emprego e Formação Profissional⁵⁸⁰ prevê cooperação em matéria de “promoção social e educação para a saúde” (art. 1º, inciso I, alínea e). Se

⁵⁷⁷ Assinado em 18 de outubro de 2007 e em vigor desde então. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_56_4546.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

⁵⁷⁸ Assinado em 18 de outubro de 2007 e em vigor desde então. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ang_55_4545.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

⁵⁷⁹ Assinado em 18 de outubro de 2007 e em vigor desde então. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_57_6114.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

⁵⁸⁰ Assinado em novembro de 2003 e em vigor desde então, por se tratar de Ajuste Complementar a um Acordo, este sim aprovado pelo Congresso Nacional e promulgado por Decreto do Poder Executivo Federal. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_30_5182.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

bem que o tema central do Ajuste seja a qualificação laboral, a educação para a saúde é elemento chave para a promoção da saúde, um dos pilares da saúde pública.

Simultaneamente, o Programa de Trabalho em Matéria de Cooperação Científica e Tecnológica⁵⁸¹ estabeleceu a cooperação temática em pesquisa e em formação de nível de pós-graduação em diversas áreas, entre as quais está a “saúde, em especial o estudo de doenças tropicais” (art. 1º, *e*). Ademais, ele prevê que angolanos participem de cursos de pós-graduação no Brasil, em diversas áreas, inclusive a saúde (art. 2º, *c*). Portanto, o Programa inclui a saúde na agenda da cooperação Brasil-Angola para desenvolvimento de capacidades.

Além dos atos de 2003, em 2005 os dois países firmaram, no âmbito do Acordo de Cooperação Econômica, Científica e Técnica de 1980, o Ajuste Complementar sobre Cooperação Técnica e Procedimentos nas Áreas Sanitária e Fitossanitária⁵⁸². Este Ajuste, quando entrar em vigor, favorecerá a troca de informações e o comércio internacional de bens de origem animal e vegetal, tendo em vista a prevenção de doenças de animais e de pragas de plantas (arts. 2º e 4º).

Os dois acordos de 2003 formalizam a inclusão da saúde na agenda da cooperação bilateral, o ajuste de 2005 procura incrementá-la, mas é em julho de 2007 que esse movimento se consolida, com a celebração de dois Ajustes Complementares aos Acordos de 1980 especialmente dedicados ao desenvolvimento de capacidades em saúde pública em Angola.

Com efeito, com o Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Econômica, Científica e Técnica para Implementação do Projeto “Capacitação do Sistema de Saúde da República de Angola”⁵⁸³, o Brasil se compromete a apoiar o Estado angolano no que se refere à criação de um curso de mestrado em saúde pública, ao fortalecimento da Escola de Saúde Pública de Angola, à estruturação da rede de bibliotecas em saúde, às Escolas

⁵⁸¹ Assinado em novembro de 2003 e em vigor desde então, por se tratar de Programa de Trabalho de um Acordo, este sim aprovado pelo Congresso Nacional e promulgado por Decreto do Poder Executivo Federal. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_35_5187.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

⁵⁸² Assinado em 3 de maio de 2005, ainda não está em vigor. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_45_3995.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

⁵⁸³ Assinado em 9 de julho de 2007 e em vigor desde a mesma data. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_51_6068.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

Técnicas de Saúde e ao Instituto Nacional de Saúde Pública de Angola (art. 1º). Do lado brasileiro, a cooperação é coordenada pela ABC/MRE e pela AISA/MS e executada pela FIOCRUZ; do lado angolano, a coordenação incumbe ao Ministério da Saúde e a execução toca à Direção Nacional de Recursos Humanos (art. 2º). Ambos os Estados têm a tarefa de acompanhar e avaliar o desenvolvimento do projeto (art. 3º), o qual pode contar com parcerias triangulares. Com cláusula de praxe nos ajustes complementares dos últimos anos, o acordo em tela estipula que “as Partes Contratantes poderão dispor de recursos de instituições públicas e privadas, de organizações não-governamentais, de organismos internacionais, de agências de cooperação técnica, de fundos e de programas regionais e internacionais” (art. 5º). Igualmente, há previsão de elaboração de “relatórios sobre os resultados” (art. 9º), cuja publicidade não é obrigatória e cujos critérios não são definidos.

Além disso, o Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Cultural e Científica na área de “Formação de Docentes em Saúde Pública na Angola”⁵⁸⁴ tem como objetivos a abertura de uma primeira turma de mestrado em Angola e a estruturação da Escola Nacional de Saúde Pública de Angola (art. 1º). A execução deste projeto cabe, no Brasil, a ENSP/FIOCRUZ e a CAPES, com assessoramento da Divisão de Temas Educacionais do MRE, da AISA/MS e da Assessoria Internacional do Ministério da Educação. Em Angola, a Direção Nacional de Recursos Humanos do Ministério da Saúde é quem executa o projeto, assessorada pelo Gabinete de Intercâmbio Internacional do Ministério da Saúde. Este projeto também prevê triangulação, pois as Partes podem “contar com a participação de terceiros países e de organismos multilaterais de cooperação e organizações não-governamentais” (art. 4º, inc. 2). De modo inovador, este Ajuste prevê não apenas a elaboração de relatórios ao final das atividades, mas determina sua periodicidade trimestral (art. 5º, § 1º), o que sugere que o Brasil começa a se preocupar com o *monitoramento* da sua cooperação internacional.

Ainda em 2007, a cooperação sanitária Brasil-Angola ganhou novo ingrediente. Até então uma cooperação realizada estritamente no campo do desenvolvimento de capacidades, ela passa a ocorrer, também, na seara do controle e prevenção de enfermidades, especificamente a malária. Com efeito, o Ajuste Complementar para

⁵⁸⁴ Assinado em 9 de julho de 2007 e em vigor desde a mesma data. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_52_6069.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

Implementação do Projeto “Apoio ao Programa de Prevenção e Controle da Malária”⁵⁸⁵ possui as seguintes finalidades, descritas no seu art. 1º:

- a) contribuir para o aperfeiçoamento das diretrizes técnicas do Programa de Controle da Malária em Angola e para o fortalecimento do Sistema de Vigilância Epidemiológica de Angola;
- b) instruir formadores em diagnóstico parasitológico da malária com controle de qualidade e em tratamento efetivo da malária e capacitá-los como agentes multiplicadores de conhecimento, e
- c) capacitar técnicos para o controle integrado de vetores com base entomo-epidemiológica.⁵⁸⁶

Do lado brasileiro, esse projeto é coordenado pela ABC/MRE e pela AISA/MS, contando com a SVS/MS (Secretaria de Vigilância em Saúde) para a sua execução. Do lado Angolano, as atividades ficam sob responsabilidade do Ministério da Saúde (art. 2º). O Ajuste é claro ao determinar que ele “não implica qualquer compromisso de transferência de recursos financeiros do Estado brasileiro ou qualquer outra atividade gravosa ao patrimônio nacional” (art. 3º, inc. 3). Essa ressalva resguarda o Ajuste da necessidade de aprovação pelo Congresso Nacional, diante do que dispõe o art. 49, inc. I, da Constituição Federal. Por outro lado, isso reflete a realidade da cooperação sanitária brasileira, que se limita a cooperação técnica custeada pelo orçamento do Ministério das Relações Exteriores, não por verba do Ministério da Saúde. Ainda quanto ao custeio o Ajuste, no art. 4º, prevê que atividades poderão ser financiadas com recursos oriundos de “instituições públicas e privadas, de organizações não-governamentais, de organismos internacionais, de agências de cooperação técnica, de fundos e de programas regionais e internacionais”, a depender da assinatura de outros instrumentos legais. Portanto, a triangulação da cooperação exige ainda maior densificação jurídica. Finalmente, o art. 6º determina a elaboração de “relatórios sobre os resultados”, o que confirma o instrumento de avaliação, muito embora não se confirme o monitoramento do programa, pois a periodicidade dos relatórios não é definida. Novamente, a publicidade dos relatórios fica sob resguardo de consulta prévia e formal de parte a parte.

Em suma, os Ajustes de 2007 consolidam a agenda sanitária da cooperação bilateral entre Brasil e Angola, conferem maior densidade jurídica a essa cooperação e refletem as

⁵⁸⁵ Assinado em 18 de outubro de 2007 e em vigor desde a mesma data, por ser complementar ao Acordo de Cooperação Econômica Científica e Técnica, de 1980.

⁵⁸⁶ ANGOLA; BRASIL. *Ajuste Complementar ao Acordo de cooperação econômica, científica e técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Angola para implementação do Projeto “Apoio ao Programa de Prevenção e Controle da Malária”*. 2007. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_53_4543.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

cores da cooperação brasileira dos anos 2000 com os países em desenvolvimento, especialmente os países africanos de língua portuguesa. Neste sentido, verifica-se o cuidado diplomático com a formal igualdade entre as partes contratantes, o que sugere uma horizontalidade formal, muito embora o conteúdo das iniciativas deixe claro que o Brasil *ajuda* mais do que *coopera* com essas nações, como é o caso de Angola. Com efeito, no conjunto dos atos bilaterais analisados, fica claro que é a *expertise* brasileira que se pretende transferir para Angola. Na linguagem dos documentos, são correntes as referências à *transferência de conhecimento e experiência* brasileiros e à *capacitação* de angolanos.

Outro elemento marcante desses acordos é a previsão de parcerias que significam a possibilidade de cooperação triangular, seja com terceiros países, seja com organismos internacionais, seja ainda com organizações não-governamentais ou fundos internacionais. Dos dezoito atos bilaterais Brasil-Angola que podem abarcar ações de saúde pública, nove deles trazem esse tipo de cláusula de parceria. O primeiro – o Acordo de 1980 que estabelece o marco jurídico da cooperação técnica bilateral – prevê apenas o recurso a *organismos internacionais*. Nos anos mais recentes, essa cláusula se transforma, de modo que as organizações não governamentais passam a ser reconhecidas nos atos bilaterais como possíveis financiadoras de atividades de cooperação desenvolvidas no âmbito do direito internacional pactuado. Neste sentido, registram-se dois acordos de 2003, um de 2005, um em 2006 e quatro de 2007.

Um terceiro aspecto relevante dos acordos analisados é o enfoque interministerial que a cooperação recebe pelo lado brasileiro. Com efeito, os ajustes complementares seguidamente responsabilizam pela coordenação dos programas tanto a Agência Brasileira de Cooperação do Ministério das Relações Exteriores (ABC/MRE) como a Assessoria Internacional do Ministério da Saúde (AISA/MS). Portanto, a política externa de saúde brasileira é um exemplo de política intersetorial, que envolve saúde e relações exteriores. Este elemento intersetorial também é percebido nos atos bilaterais de cooperação com os demais PALOP.

Por fim, nota-se que ainda são incipientes os mecanismos de monitoramento e avaliação da cooperação Sul-Sul praticada pelo Brasil. Dos dezoito atos bilaterais pertinentes à matéria da cooperação sanitária, apenas seis deles preveem a elaboração de

relatórios, dos quais cinco deixam claro que esses relatórios devem apresentar os *resultados obtidos* (portanto configuram-se como instrumento de *avaliação*) e apenas um destes determina que sejam periódicos (sugerindo algum tipo de *monitoramento* da cooperação). É positivo que haja essa tendência, verificada desde 2006, de relatar os *resultados* dos projetos de cooperação. Porém, pelo menos em três aspectos os acordos podem ser aperfeiçoados: deve haver clareza quanto ao monitoramento das atividades durante o projeto, devem ser estabelecidos critérios para a avaliação/monitoramento e deve ser dada ampla publicidade a esses documentos.

2.2. Cooperação sanitária do Brasil com Cabo Verde

*Dizem que o campo se cobriu de verde,
da cor mais bela, porque é a cor da esp'rança.
Que a terra, agora, é mesmo Cabo Verde.
– É a tempestade que virou bonança...*⁵⁸⁷

Brasil e Cabo Verde celebraram trinta e sete atos bilaterais, todos em vigor. Após a análise dos textos desses instrumentos, chegou-se à conclusão de que vinte deles podem implicar cooperação sanitária, muito embora apenas seis sejam expressamente relacionados ao tema. Inicia-se pela análise daqueles que indiretamente tocam a cooperação sanitária.

A cooperação bilateral com o Cabo Verde se formalizou com a celebração do Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica⁵⁸⁸, em 1977. Por ser o acordo-marco da cooperação entre os países, este acordo, geral, prevê que ajustes complementares especifiquem programas e projetos de cooperação (art. 3º). A cada ajuste deve ser estabelecido o modo de financiamento *in casu* (art. 5º, *a*), com possibilidade de triangulação com organismos internacionais (art. 5º, *b*). Juntamente com o acordo foi

⁵⁸⁷ CABRAL, Amílcar. Regresso. In: APA, Livia; BARBEITOS, Arlindo; DÁSKALOS, Maria Alexandre (Orgs.). *Poesia africana de língua portuguesa: antologia*. Rio de Janeiro: Lacerda Editores, Academia Brasileira de Letras, 2003, p. 183.

⁵⁸⁸ Assinado em Brasília, em 28 de abril de 1977, este Acordo foi aprovado pelo Congresso pelo Decreto Legislativo nº 102/77 e promulgado pelo Executivo por meio do Decreto nº 85.545/80. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_02_1126.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

assinado um primeiro Memorandum de Entendimento⁵⁸⁹, documento político que estabeleceu a pauta inicial do diálogo sobre cooperação entre os dois países, nas áreas de Educação, Agricultura, Pecuária, Transporte, Comunicações, Previdência Social, Urbanização e Saúde.

Em 1979, os dois países celebraram o Acordo sobre Cooperação Cultural⁵⁹⁰, que prevê “intercâmbio de professores, profissionais, técnicos e pesquisadores” (art. 2º, *a*), bem como a concessão de bolsas, tanto para estudantes de pós-graduação (art. 2º, *b*) como para treinamentos técnicos (art. 2º, *c*). De escopo abrangente, este acordo pode contribuir para o desenvolvimento de capacidades em quaisquer áreas do conhecimento, o que pode incluir a área da saúde.

Na mesma data, em fevereiro de 1979, foi celebrado o Tratado de Amizade e Cooperação⁵⁹¹, entre Brasil e Cabo Verde, estabelecendo, de modo genérico, as bases da cooperação bilateral econômica, comercial, financeira, judicial, bem como técnica, científica e cultural. Este ato criou a Comissão Mista de Cooperação Brasileiro-Caboverdiana, com as funções de analisar temas de interesse e propor aos governos iniciativas concretas (art. 3º).

Após longo interregno, o próximo acordo bilateral que, embora não trate especialmente da cooperação sanitária, teve a possibilidade de repercutir nesta seara, foi o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Tecnológica para Implementação do Projeto Piloto de Dessalinização em Ribeira da Barca⁵⁹², de 2003. Trata-se de projeto, executado pelo Brasil, que tem o objetivo de dessalinizar as águas subterrâneas da Ribeira da Barca, em Cabo Verde, para com isso melhorar a qualidade de vida da população local (art. 1º). Portanto, ao contribuir para o abastecimento de água, os resultados desse projeto guardam estreita relação com a saúde pública.

⁵⁸⁹ Cfr. <<http://www2.mre.gov.br/dai/bicabo.htm>>. Acesso em 5 jul. 2009.

⁵⁹⁰ Assinado em 7 de fevereiro de 1979, aprovado pelo Congresso Nacional pelo Decreto Legislativo nº 27/80 e promulgado pelo Decreto nº 85.621/81. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_04_1128.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

⁵⁹¹ Assinado em 7 de fevereiro de 1979, aprovado pelo Congresso Nacional pelo Decreto Legislativo nº 37/80 e promulgado pelo Decreto nº 87.236/82. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_05_1129.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

⁵⁹² Assinado e em vigor desde 30 de dezembro de 2003. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_26_5278.htm>. Acesso em: 11 jul. 2009.

Refira-se, ainda, o Protocolo de Intenções sobre Cooperação Técnica na Área de Tecnologia Eletrônica⁵⁹³, de 2004. Sem esclarecer pontualmente o alcance e as ações de cooperação em tecnologia da informação, o Protocolo entabulou a doação de computadores do Brasil para Cabo Verde (art. 4º), previu que futuros projetos e programas de cooperação, a serem desenvolvidos a partir de Ajustes Complementares (art. 2º), possam contar com “parcerias com instituições dos setores público e privado, organismos e entidades internacionais, bem como com organizações não governamentais” (art. 3º). Muito embora não se trate de um acordo específico sobre saúde, o campo da tecnologia da informação pode desenvolver programas de cooperação sanitária, seja no que toca aos seus aspectos científicos, seja no que diz respeito à organização do sistema de saúde nacional.

O desenvolvimento de cooperação em ensino superior também é um campo conexo à cooperação sanitária. Assim, o Programa de Trabalho em Matéria de Educação Superior e Ciência, de 2005⁵⁹⁴, estabelece ajuda brasileira para fortalecimento do ensino e da pesquisa de nível superior em Cabo Verde, em diversas áreas e a nível de mestrado e doutorado. Prevê-se que as atividades contem com participação de terceiros países e organismos multilaterais de cooperação internacional (art. 2º).

Em 2006, a cooperação universitária entre os dois países é fortalecida pelo Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica para Implementação do Projeto “Apoio à Implantação da Universidade de Cabo Verde e ao Desenvolvimento do Ensino Superior”⁵⁹⁵. A universidade no país africano, ao desenvolver o ensino e a pesquisa em diversas áreas do conhecimento, contribuirá para o desenvolvimento de capacidades também na área da saúde.

Juntamente com o Ajuste para implementação da Universidade de Cabo Verde, também no campo da cooperação educacional, foi assinado o Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica para Implementação do Projeto “Escola de Todos”⁵⁹⁶. Este Ajuste prevê ajuda brasileira para desenvolver em Cabo Verde o ensino para alunos

⁵⁹³ Assinado em Praia, em 29 de julho de 2004, entrou em vigor na mesma data. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_28_5335.htm>. Acesso em: 11 jul. 2009.

⁵⁹⁴ Assinado em 14 de janeiro de 2005, em vigor desde a assinatura. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_33_5433.htm>. Acesso em: 11 jul. 2009.

⁵⁹⁵ Assinado em 15 de março de 2006, em vigor desde sua assinatura. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_35_5743.htm>. Acesso em: 11 jul. 2009.

⁵⁹⁶ Assinado em 15 de março de 2006, em vigor desde sua assinatura. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_34_5745.htm>. Acesso em: 11 jul. 2009.

deficientes auditivos e visuais, com capacitação para trabalhar em sistema Braille, entre outras atividades (art. 3º). Aqui, novamente, embora não seja um acordo sobre cooperação sanitária, sua aplicação pode repercutir no campo da saúde dos deficientes, especialmente no que toca a promoção e a prevenção em saúde pública.

Ambos os Ajustes de março de 2006 têm cláusula, idêntica, que prevê que as partes “poderão dispor de recursos de instituições públicas e privadas, de organizações não-governamentais, de organismos internacionais, de agências de cooperação técnica, de fundos e de programas regionais e internacionais” (art. 5º de ambos). Além disso, é importante referir que estes acordos determinam a elaboração de “relatórios sobre os resultados obtidos no projeto” (art. 9º de ambos), muito embora não seja prevista ampla publicidade a esses relatórios e tampouco estejam claros os critérios de avaliação das atividades.

Ainda no conjunto dos atos bilaterais que não tratam especificamente da cooperação sanitária, mas que podem trazer repercussões no campo da saúde, há que se referir o Protocolo de Intenções no Domínio da Proteção e Promoção dos Direitos Humanos e da Inclusão Social⁵⁹⁷, de julho de 2006. Sem reconhecer ou especificar direitos, esse ato prevê “mútua cooperação técnica no domínio da proteção e promoção dos direitos humanos e da inclusão social” (art. 1º). Como tem sido de praxe nos acordos bilaterais desta década, o Protocolo estabelece a possibilidade de as partes buscarem “parcerias com instituições dos setores público e privado, organismos e entidades internacionais, bem como com organizações não-governamentais” (art. 5º). Uma vez que a cooperação bilateral é vinculada ao fortalecimento dos direitos humanos, isso fortalece tanto a internacionalização dos direitos como a própria cooperação. Sendo instrumento de política externa que pode atender aos mais diversos interesses, a cooperação internacional fica mais protegida das suas contradições quando a baliza dos direitos humanos está consigo.

Em 2008, no conjunto dos acordos de Brasília⁵⁹⁸, foi assinado o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica para Implementação

⁵⁹⁷ Assinado em 28 de julho de 2006 e em vigor desde a sua assinatura. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_36_5808.htm>. Acesso em 11 jul. 2009.

⁵⁹⁸ Em março de 2008, em Brasília, a cooperação bilateral Brasil-Cabo Verde foi incrementada com quatro acordos nas áreas de educação especial, alimentação escolar, farmacovigilância e vigilância epidemiológica.

do Projeto “Escola de Todos – Fase II”⁵⁹⁹. Dando continuidade ao Projeto e renovando acordo firmado em 2006, com este Ajuste o Brasil visa a “apoiar a formulação de políticas públicas para a educação especial em Cabo Verde” (art. 1º, inc. I, *a*) e propõe o oferecimento, pelo Brasil, de formação continuada para educadores do Cabo Verde, especialmente no que se refere à educação de deficientes visuais e auditivos (art. 1º, inc. I, *b*). O acordo prevê triangulação, inclusive com organizações não governamentais (art. 4º). Estabelece, ainda, a elaboração de “relatórios sobre os resultados obtidos no Projeto” (art. 6º) sem, contudo, estabelecer critérios precisos de monitoramento/avaliação e sem previsão de ampla publicidade desses relatórios.

Outro dos acordos de Brasília é o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica para implementação do Projeto “Apoio ao Programa Nacional de Cantinas Escolares de Cabo Verde – Fase I – Fortalecimento do ICASE”⁶⁰⁰. O cerne do acordo é a capacitação, pelo Brasil, de técnicos cabo-verdianos em controle social e segurança alimentar e nutricional, bem como o apoio brasileiro à elaboração e validação do Planejamento Estratégico e do Plano Diretor do programa cabo-verdiano de alimentação escolar (art. 3º). De acordo com o art. 4º deste Ajuste, é possível que atividades sejam financiadas ou custeadas por organizações não governamentais ou fundos internacionais. Além disso, na esteira do que vem ocorrendo nos últimos anos, este Ajuste de 2008 também prevê a elaboração de “relatórios sobre os resultados obtidos (...), os quais serão apresentados às instituições coordenadoras” (art. 6º, inc. I), porém, aqui novamente o Ajuste é omissivo quanto aos critérios de avaliação, não havendo expressa previsão de monitoramento, tampouco previsão de publicidade dos relatórios de resultados. Embora trate do tema da educação, o seu objeto – alimentação e segurança alimentar – torna este Ajuste bilateral um importante instrumento de promoção de política de saúde pública, que toca não apenas ao direito humano à saúde, mas também ao direito humano à alimentação adequada.

O incremento da cooperação bilateral nesta primeira década do milênio fomentou a assinatura do Memorando de Entendimento para o Estabelecimento de Mecanismos de

⁵⁹⁹ Assinado em 12 de março de 2008 e em vigor desde a mesma data. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_43.htm>. Acesso em 7 set. 2009.

⁶⁰⁰ Assinado em 12 de março de 2008 e em vigor desde a mesma data. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_44.htm>. Acesso em 6 set. 2009.

Consultas Políticas e de Cooperação⁶⁰¹. Este ato faz parte dos acordos firmados em Praia, em junho de 2008. Ele estabelece um mecanismo de consultas bilaterais que pode ser útil para o acompanhamento dos projetos de cooperação entre os dois países, inclusive aqueles referentes à cooperação sanitária.

Também em Praia, na mesma ocasião, foi assinado o Programa Executivo relativo ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica para Implementação do Projeto “Fortalecimento e Capacitação Técnica de Recursos Humanos para o Sistema de Formação Profissional de Cabo Verde – Fase II”⁶⁰². Trata-se de programa de capacitação técnica de cabo-verdianos, realizado pelo Brasil, por meio do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), “cuja finalidade é consolidar o funcionamento do Centro de Formação Profissional da Praia (...) nas áreas de informática, preparação de alimentos, serralheria, eletricidade predial e industrial, canalização e engenharia civil” (art. 1º). Embora não trate diretamente de temas da saúde, poderá ter repercussão na saúde pública, uma vez que os técnicos qualificados possam contribuir para obras de saneamento no país africano, bem como melhorar a qualidade da produção de alimentos no país. No que concerne aos demais dispositivos deste Programa Executivo, registre-se que há as cláusulas usuais sobre triangulação (art. 4º) e avaliação (art. 6º), já comentadas. Há, ainda, cláusula afirmando que o Programa Executivo “não gera direitos e obrigações no plano do direito internacional” (art. 5º, inc. II), a qual será comentada a seguir, quando forem analisados os Programas Executivos de junho de 2008 referentes à atenção primária em saúde e aos bancos de leite humano.

Finalmente, o Memorando de Entendimento para o Incentivo à Formação Científica de Estudantes Cabo-verdianos⁶⁰³, de abril de 2009, prevê a concessão de bolsas, pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), para estudantes de graduação cabo-verdianos realizarem estágio em universidades brasileiras durante seu período de férias escolares. De aspecto amplo, o Memorando não especifica as áreas de conhecimento que serão contempladas pelo programa. De modo geral, ele poderá favorecer a capacitação de pessoal de Cabo Verde também na área da saúde.

⁶⁰¹ Assinado em 27 de junho de 2008 e em vigor desde o mesmo momento. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_45.htm>. Acesso em 7 set. 2009.

⁶⁰² Assinado em 27 de junho de 2008 e em vigor desde o mesmo momento. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_49.htm>. Acesso em 7 set. 2009.

⁶⁰³ Assinado em Brasília, em 14 de abril de 2009 e em vigor desde a mesma data. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_50.htm>. Acesso em 7 set. 2009.

Vistos os acordos bilaterais que tratam da cooperação em geral com perspectiva de aplicação na cooperação sanitária, passa-se a analisar os acordos Brasil-Cabo Verde que expressamente versam sobre saúde. O primeiro deles foi o já referido Memorandum de Entendimento que acompanhou o acordo de 1977, que inseriu a saúde na pauta geral da cooperação bilateral que estava sendo iniciada entre os dois países.

No bojo do acordo-marco de 1977, em janeiro de 2005 foi assinado o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica para implementação do “Programa de Cooperação Internacional em HIV/AIDS – Fase II”⁶⁰⁴. Com o objetivo de fortalecer o enfrentamento cabo-verdiano à epidemia de HIV/AIDS (art. 1º), o Ajuste estabelece ajuda brasileira, por meio da ABC e do Ministério da Saúde (art. 2º, inc. I), no que concerne às atividades de envio de especialistas, de assessoria em assistência, vigilância e prevenção, de fornecimento de medicamentos antirretrovirais, de envio de publicações e de fornecimento de treinamento no Brasil para técnicos do país africano (art. 3º, inc. I). Por outro lado, Cabo Verde compromete-se a fornecer tratamento antirretroviral gratuito para os seus pacientes e tratamento para infecções oportunistas relacionadas à enfermidade (art. 3º, inc. II). Do mesmo modo, são suas contrapartidas a disponibilização de infra-estrutura para o desenvolvimento das atividades em seu território, bem como designar pessoal técnico para treinamento no Brasil e para acompanhamento dos especialistas brasileiros. Para o desenvolvimento das atividades do projeto, prevê-se a possibilidade de “participação de terceiros países e de organismos multilaterais de cooperação e organizações não governamentais” (art. 4º, inc. II).

Além disso, esse acordo traz dois elementos novos ao texto dos compromissos bilaterais entre os dois países. Primeiro, as partes reconhecem formalmente que a cooperação sanitária para responder à epidemia de HIV/AIDS inclui o fortalecimento dos direitos humanos (art. 4º, inc. III). Isso é importante, à medida que contextualiza a saúde como direito humano e confirma a hipótese de que a cooperação sanitária faz parte do esforço de efetivação dos direitos correlatos à proteção da dignidade dos seres humanos.

⁶⁰⁴ Assinado em 14 de janeiro de 2005 e em vigor desde a sua assinatura.

O segundo elemento inovador do Ajuste Complementar de 2005 é o estabelecimento de uma cláusula sobre monitoramento e avaliação do projeto de cooperação, no art. 5º:

1. As instituições executoras mencionadas no Artigo II elaborarão relatórios trimestrais sobre os resultados obtidos no projeto desenvolvido no âmbito deste Ajuste Complementar, os quais serão apresentados aos órgãos coordenadores e às Assessorias Internacionais dos respectivos países.
2. Os documentos elaborados e resultantes das atividades desenvolvidas no contexto do projeto a que se refere o presente Ajuste Complementar serão de propriedade conjunta das Partes. A versão oficial dos documentos de trabalho será elaborada no idioma do país de origem do trabalho. Em caso de publicação dos referidos documentos, deverão as Partes ser expressamente consultadas, científicas e mencionadas no corpo do documento objeto de publicação.⁶⁰⁵

Solenemente ausente da maioria dos acordos bilaterais da cooperação internacional brasileira, a preocupação com o monitoramento e a avaliação dos projetos de cooperação é elemento fundamental para que o discurso diplomático se traduza em desenvolvimento e em fortalecimento dos direitos humanos nos países envolvidos. Assim, o citado art. 5º representa um importante avanço, ao menos sob o aspecto formal do direito, para que o Brasil torne corrente a prática de monitorar e avaliar os programas e projetos de cooperação que estabelece com países em desenvolvimento. Isso serve não apenas para garantir o cumprimento das atividades e objetivos propostos, como para fortalecer o modelo de cooperação Sul-Sul do Brasil. Ou seja, trata-se de mecanismo indispensável para que o país possa, periodicamente, avaliar globalmente sua política externa de cooperação e, com isso, planejar estrategicamente ações que sejam eficientes e que sejam adequadas ao discurso da horizontalidade e do desenvolvimento. Não obstante isso, em que pese a importância deste art. 5º do Ajuste de 2005, ele ainda significa muito pouco. Note-se que os relatórios trimestrais serão apresentados às autoridades de cada país, sem previsão para sua ampla publicidade. O ideal é aperfeiçoar esse sistema, para deixar claro o procedimento e os critérios de monitoramento das atividades, bem como o modo de avaliação final do projeto, tudo isso com ampla publicidade.

Além disso, há que se referir os acordos firmados em Brasília, em março de 2008, dentre os quais dois se referem expressamente à cooperação sanitária entre Brasil e Cabo

⁶⁰⁵ CABO VERDE; BRASIL. *Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cabo Verde para Implementação do "Programa de Cooperação Internacional em HIV/AIDS Fase II"*. 2005. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_31_5431.htm>. Acesso em 11 jul. 2009.

Verde. Um destes instrumentos contempla a farmacovigilância. O outro, a vigilância epidemiológica e, especialmente, o combate à malária.

Assim, o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica para implementação do Projeto “Consolidação da ARFA como agente regulador dos setores farmacêutico e alimentar visando ao fortalecimento de sua capacidade institucional”⁶⁰⁶ formalizou⁶⁰⁷ a cooperação sanitária no tema de medicamentos. Seu objetivo é capacitar pessoal técnico da Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares (ARFA)⁶⁰⁸, o que fica a cargo de técnicos brasileiros da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Recursos para a execução das atividades do Projeto poderão vir “de instituições públicas e privadas, de organizações não-governamentais, de organismos internacionais, de agências de cooperação técnica, de fundos e de programas regionais e internacionais” (art. 4º). Há a previsão de relatórios de resultados, não havendo critérios de avaliação, tampouco previsão de ampla publicidade (art. 6º). A ARFA publicou a Descrição Sucinta dos Objetivos e Resultados Esperados do Projeto de Cooperação ANVISA-ARFA, documento que reitera o compromisso com o monitoramento e com a avaliação das atividades, incluindo entre os resultados esperados o fortalecimento da farmacovigilância com enfoque no uso racional de medicamentos, o fortalecimento da ARFA em matéria de registro de medicamentos sintéticos com ênfase em genéricos, bem como o fortalecimento da regulação econômica de medicamentos em Cabo Verde⁶⁰⁹.

O outro dos acordos de Brasília sobre cooperação sanitária de 2008 é o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica para Implementação

⁶⁰⁶ Assinado em 12 de março de 2008 e em vigor desde a mesma data. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_42.htm>. Acesso em 6 set. 2009.

⁶⁰⁷ A cooperação brasileira com Cabo Verde em matéria de vigilância sanitária teve início em julho de 2007, quando uma missão da ANVISA e do Ministério da Saúde do Brasil, em Praia, buscou, juntamente com pessoal da ARFA, identificar áreas de cooperação possível. Então, setembro e outubro deste mesmo ano, técnicos da ARFA realizaram estágio junto a ANVISA. Elaborada uma proposta de cooperação para os dois anos seguintes, só então foi firmado o Ajuste de março de 2008. Finalmente, em julho de 2008, foi assinado o texto do projeto – ARFA. *Parcerias*. 2008. Disponível em: <http://www.arfa.cv/index.php?option=com_content&task=view&id=111&Itemid=138>. Acesso em 6 set. 2009.

⁶⁰⁸ Ver: <<http://www.arfa.cv>>. Acesso em 6 set. 2009.

⁶⁰⁹ ARFA. Descrição Sucinta dos Objetivos e Resultados Esperados do Projeto de Cooperação ANVISA-ARFA. Disponível em: <<http://www.arfa.cv/images/stories/acordoParceriaANVISA.pdf>>. Acesso em 6 set. 2009.

do Projeto “Apoio ao Programa de Prevenção e Controle da Malária em Cabo Verde”⁶¹⁰. Ele tem como metas o controle do número de casos de malária e a identificação das áreas de sua ocorrência, bem como a capacitação de técnicos especializados em diagnóstico e tratamento dessa enfermidade e em controle de vetores (art. 1º, inc. I). O Ajuste possui cláusula de triangulação (art. 4º) idêntica àquela do art. 4º do Ajuste sobre a cooperação com a ARFA. O mesmo ocorre com a previsão de relatórios de avaliação (art. 6º de ambos os Ajustes).

O ano de 2008 foi profícuo em atos bilaterais. Além dos mencionados arranjos de Brasília, de março, devem ser mencionados os acordos de Praia, assinados em junho. Dentre estes cinco acordos, dois dizem respeito à cooperação sanitária expressamente, nas áreas da atenção primária e do aleitamento materno.

O Programa Executivo Relativo ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica para Implementação do Projeto “Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em Cabo Verde”⁶¹¹ tem como objetivo “melhorar a gestão dos cuidados e a organização dos serviços de saúde elaborados e disponibilizados à população cabo-verdiana” (art. 1º, inc. I). Como em outros projetos, as atividades envolvem a capacitação de técnicos cabo-verdianos por pessoal especializado brasileiro (art. 3º). Novamente se repetem as cláusulas padrão sobre financiamento das atividades por parceiros internacionais, inclusive organizações não governamentais (art. 4º), e sobre a elaboração de relatórios (art. 6º).

Outro dos ajustes de Praia é o Programa Executivo Relativo ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica para Implementação do Projeto “Apoio Técnico para Implantação de Banco de Leite Humano em Cabo Verde”⁶¹². Com o objetivo de criar um Banco de Leite Humano (BLH) em Cabo Verde e de capacitar pessoal deste país para atuar no BLH, o Programa prevê a atuação da Fiocruz, que também realiza intensa cooperação nessa área com países iberoamericanos. Mais uma vez, repetem-se os dispositivos sobre triangulação (art. 4º) e sobre avaliação (art. 6º).

⁶¹⁰ Assinado em 12 de março de 2008 e em vigor desde a mesma data. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_41.htm>. Acesso em 6 set. 2009.

⁶¹¹ Assinado em 27 de julho de 2008 e em vigor desde a mesma ocasião. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_48.htm>. Acesso em 7 set. 2009.

⁶¹² Assinado em 27 de julho de 2008 e em vigor desde a mesma ocasião. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_47.htm>. Acesso em 7 set. 2009.

Um elemento curioso dos Programas Executivos de junho de 2008 é o art. 5º, inc. II, de ambos, que diz o seguinte: “O presente Programa Executivo não gera direitos e obrigações no plano do direito internacional”. Ora, o nome dado ao ato não é capaz de tirar-lhe a natureza de acordo bilateral. Assinado por ministros de Estado de relações exteriores, o Programa Executivo, como foi chamado, tem cláusula de vigência (art. 7º), de denúncia (art. 9º), de emenda por troca de notas (art. 10), bem como mecanismo de solução de controvérsias, por via diplomática (art. 8º). Ele é bem claro ao determinar quais as obrigações de parte a parte⁶¹³. Além disso, evoca a aplicação subsidiária do Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica (art. 11), de 1977, o qual é incontestavelmente um tratado bilateral, marco jurídico de toda a cooperação Brasil-Cabo Verde. É, pois, um acordo bilateral. Qual, então, a interpretação a ser dada ao indigitado inc. II do art. 5º?

É comum que os Ajustes celebrados para estabelecer programas específicos de cooperação, no marco do Acordo Básico de 1977, tragam cláusula que diga que o Ajuste não traz compromissos gravosos ao patrimônio nacional, tampouco implica transferência de recursos entre as partes. O objetivo de tal regra é evitar, considerando dispositivo constitucional brasileiro, que o Ajuste haja de ser submetido à aprovação pelo Congresso Nacional⁶¹⁴. Aliás, os Programas Executivos ora analisados trazem essa regra (art. 3º, inc. III). Então, fosse essa a intenção – evitar que o Programa tramitasse pelo legislativo – o inc. II do art. 5º seria de todo dispensável, diante do inc. III do art. 3º.

Outra hipótese é que se tenha pretendido definir as obrigações do Programa Executivo como obrigações de meio, não de resultado. Ora, mas se fosse essa a intenção, bastaria redigir o acordo de maneira a deixar claro que as partes se *esforçarão para* conseguir os objetivos propostos, ou que *envidarão seus melhores esforços com o objetivo de...* De todo modo, não seria o caso de não gerar quaisquer direitos e obrigações no plano

⁶¹³ Art. 3º: 1. Ao Governo da República Federativa do Brasil cabe: a) designar e enviar técnicos para desenvolver, em Cabo Verde, as atividades de cooperação técnica previstas no Projeto; b) receber técnicos cabo-verdianos no Brasil para serem capacitados; c) prestar o apoio operacional necessário aos técnicos cabo-verdianos na execução do Projeto; d) disponibilizar a infra-estrutura para a realização dos treinamentos no Brasil; e e) acompanhar e avaliar o desenvolvimento do Projeto. 2. Ao Governo da República de Cabo Verde cabe: a) designar técnicos cabo-verdianos para receber treinamento no Brasil; b) disponibilizar instalações e infra-estrutura adequadas à execução das atividades de cooperação técnica previstas no Projeto; c) prestar o apoio operacional necessário aos técnicos brasileiros na execução do Projeto; e d) acompanhar e avaliar o desenvolvimento do Projeto. 3. O presente Programa Executivo não implica compromisso de transferência de recursos financeiros das Partes ou qualquer outra atividade gravosa a seus patrimônios nacionais.

⁶¹⁴ Segundo o inc. I do art. 49 da Constituição Federal, compete exclusivamente ao Congresso Nacional “resolver definitivamente sobre tratados, acordos ou atos internacionais que acarretem encargos ou compromissos gravosos ao patrimônio nacional”.

do direito internacional, mas tão somente seria o caso de estabelecerem-se direitos e obrigações mais suaves. O mesmo se diga com relação ao entendimento de que Programas Executivos representem apenas um início de compromisso entre as partes. Da análise do conteúdo desses documentos, fica claro se tratar de um acordo bilateral que implica direitos e deveres. Enfim, o mencionado inc. II do art. 5º dos Programas Executivos de junho de 2008 é indefensável do ponto de vista do direito internacional.

O balanço da análise dos acordos Brasil-Cabo Verde é semelhante da cooperação Brasil-Angola. É evidente a aproximação com os países africanos na presente década, o que se demonstra com o aumento no número de atos assinados e no alargamento das temáticas abrangidas pela cooperação bilateral. Em que pese o discurso da horizontalidade, novamente se percebe que o Brasil oferece conhecimento técnico e, nesse sentido, *ajuda* Cabo Verde a capacitar seus quadros para atuação em saúde pública.

Também se verifica o reconhecimento do papel ativo das organizações internacionais, de agências internacionais de cooperação, de organizações não governamentais e de fundos internacionais para a concessão de recursos para as atividades de cooperação. Com efeito, nos anos mais recentes se transforma a cláusula referente à obtenção de recursos. Dos vinte atos bilaterais Brasil-Cabo Verde que podem trazer implicações para a cooperação sanitária, quatorze contém cláusula que permite triangulação para obtenção de recursos. O Acordo marco de 1977 faz referência somente a organizações internacionais. O Programa de Trabalho, de 2005, refere terceiros países e organismos multilaterais de cooperação. Os outros doze atos com cláusula de triangulação – um de 2004, um de 2005, três de 2006 e sete de 2008 – reconhecem também os novos atores.

Finalmente, no tocante ao monitoramento/avaliação dos programas de cooperação, novamente fica claro que se trata de aspecto ainda negligenciado pela cooperação brasileira. Dos vinte acordos referidos, apenas a metade estabelece a elaboração de relatórios sobre *resultados* – um acordo de 2005, dois de 2006 e sete de 2008. Destes dez, apenas o Ajuste Complementar do programa HIV/AIDS, de 2005, impõe claramente o monitoramento das atividades, ao determinar que os relatórios sejam periódicos. Em que pese ser esta uma tendência positiva, pode-se repetir os aspectos a serem aperfeiçoados:

maior clareza quanto ao monitoramento das atividades, critérios de avaliação/monitoramento definidos e ampla publicidade a tais documentos.

Após analisar os acordos da cooperação brasileira com Angola e com Cabo Verde, percebe-se a mesma contradição – embora chamada de *horizontal*, a cooperação Sul-Sul é quase sempre uma via de mão única, do Brasil para os países africanos. Essa contradição será explorada no próximo capítulo. Por ora, segue-se na análise da cooperação bilateral.

2.3. Cooperação sanitária do Brasil com Guiné-Bissau

*Namorando a morabeza dos oceanos
fraternalmente somos África*

Nem outra coisa ⁶¹⁵

Em 1978 foi formalizado o marco jurídico ⁶¹⁶ das relações Brasil-Guiné-Bissau, quando, simultaneamente, foram assinados o Tratado Básico de Amizade, Cooperação e Comércio ⁶¹⁷, o Acordo de Comércio ⁶¹⁸ e o Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica ⁶¹⁹. A cooperação desenvolvida desde então se dá no bojo desses acordos. No total, hoje existem quinze atos bilaterais em vigor entre o país africano e o Brasil, além de um acordo de cooperação no domínio da defesa, o qual ainda não está vigendo. No que é pertinente à presente investigação, a análise desse universo de atos bilaterais indica que

⁶¹⁵ AURIGEMMA, Pascoal d'Artagnan. Bilhete postal. In: APA, Livia; BARBEITOS, Arlindo; DÁSKALOS, Maria Alexandre (Orgs.). *Poesia africana de língua portuguesa*: antologia. Rio de Janeiro: Lacerda Editores, Academia Brasileira de Letras, 2003, p. 185.

⁶¹⁶ Há um antecedente. Em 21 de junho de 1976, Brasil e Guiné-Bissau assinaram Memorando de Entendimento, documento político que contextualizou a negociação dos acordos de 1978.

⁶¹⁷ Assinado em 18 de maio de 1978, em vigor internacionalmente desde 29 de julho de 1980 e promulgado pelo Decreto n° 85.371 de 18 de novembro de 1980.

⁶¹⁸ Assinado em 18 de maio de 1978, aprovado pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo n° 48, de 26 de junho de 1979, em vigor entre as partes desde 7 de agosto de 1979 e promulgado pelo Decreto n° 83.927, de 3 de setembro de 1979. Disponível em:

<<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=125402>>. Acesso em: 19 jul. 2009.

⁶¹⁹ Assinado em 18 de maio de 1978, aprovado pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo n° 26, de 31 de maio de 1979, em vigor entre as partes desde 1° de agosto de 1979 e promulgado pelo Decreto n° 84.573, de 17 de março de 1980. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_guib_4_2609.pdf>. Acesso em 19 jul. 2009.

nove podem repercutir em saúde, muito embora apenas um deles seja direcionado à cooperação sanitária em sentido estrito.

A cooperação técnica em saúde ocorre, como se verá a seguir, no âmbito do Acordo Básico Cooperação Técnica e Científica. Este acordo determina que a cooperação bilateral Brasil-Guiné-Bissau seja estabelecida em consonância com “políticas e planos globais, regionais ou setoriais” e funcione como “apoio complementar” aos esforços nacionais de desenvolvimento econômico e social (art. 1º). O Acordo Básico, seguindo a lógica dos marcos jurídicos de cooperação bilateral, determina que convênios complementares entabulem programas e projetos de cooperação (art. 3º), conferindo densidade jurídica à concretização da cooperação. Ao prever as futuras iniciativas, o Acordo Básico abre espaço para que organismos internacionais financiem a execução de programas bilaterais (art. 4º). Nos acordos dos últimos anos, além dos organismos internacionais, as organizações não-governamentais terão expresso reconhecimento como atores, e como financiadores, da cooperação bilateral.

Mantendo a sistemática de análise dos atos bilaterais, são distinguidos aqueles que expressamente se referem à saúde, daqueles que, embora não sejam acordos sobre cooperação sanitária, podem repercutir nela. Este é o caso, por exemplo, do Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica na Área da Formação Profissional para Implementação do Projeto “Centro de Formação Profissional e Promoção Social de Bissau”⁶²⁰, de 2002⁶²¹. Trata-se de cooperação para o desenvolvimento, que instrumentaliza o compromisso com a estruturação dessa instituição de formação profissional em Bissau, com o objetivo de realizar “programas de formação profissional voltados a jovens e adultos” (art. 1º). O Brasil se compromete a “propiciar a transferência do conhecimento e experiência brasileiros na área de formação profissional” (art. 4º, I, *a*) e Guiné-Bissau, a recebê-los. Assim, a cooperação bilateral se revela muito mais como ajuda do que como cooperação mútua. Enfim, registre-se que o Ajuste prevê a elaboração de “relatórios informativos sobre o avanço e os resultados obtidos” (art. 3º), bem como a avaliação semestral da implementação do projeto (art. 11, § 3º); no entanto, a publicidade dessa avaliação depende dos órgãos coordenadores em cada país.

⁶²⁰ Assinado em Brasília, em 31 de julho de 2002, entrou em vigor na mesma data. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_guibi_18_4995.htm>. Acesso em 19 jul. 2009.

⁶²¹ Há um antecedente na cooperação para formação profissional em Guiné-Bissau. Trata-se de um Protocolo de Intenções firmado com o Brasil em 20 de agosto de 1993.

Ainda no âmbito do Acordo Básico de 1978, foi assinado, em fevereiro de 2007, o Programa de Trabalho em Matéria de Educação Superior e Ciência⁶²², pelo qual se estabelece o apoio brasileiro à Universidade Amílcar Cabral no período entre 2007 e 2011. O Programa se constitui da ida de especialistas brasileiros para Guiné-Bissau, para lá desempenharem atividades acadêmicas com o fim de contribuir para a formação de recursos humanos neste país. Muito embora o campo da saúde não esteja contemplado nas searas do conhecimento inicialmente incluídas no Programa, ele poderá contribuir para a saúde pública, pois contempla a formação de pessoal nas áreas de planejamento urbano, estatística e políticas públicas (art. 7º).

Em novembro de 2007 houve importante incremento da cooperação Brasil-Guiné-Bissau, com a assinatura de cinco atos bilaterais. A perspectiva de adensamento da cooperação bilateral motivou o estabelecimento de um mecanismo de consultas políticas entre as partes⁶²³. De âmbito geral, este mecanismo constitui um espaço para o diálogo bilateral, tanto para fortalecer a cooperação bilateral, como para que sejam negociados temas regionais ou internacionais. Além do Memorando de Entendimento que estabeleceu esse mecanismo de consultas, outros três atos bilaterais interessam para a presente pesquisa – dois deles tratam da cooperação agrícola e um diz respeito especificamente à cooperação sanitária.

Um dos acordos de cooperação agrícola é o Ajuste Complementar para Implementação do Projeto “Transferência de Conhecimento e Capacitação Técnica para Segurança Alimentar e Desenvolvimento do Agronegócio na Guiné-Bissau”⁶²⁴. O seu objetivo é transferir tecnologia do Brasil para Guiné-Bissau, tendo em vista a “redução do déficit de alimentos, o aumento da sustentabilidade e da competitividade das cadeias produtivas de alimentos” neste país (ar. 1º, § 1º). O outro acordo sobre cooperação agrícola é o Ajuste Complementar para Implementação do Projeto “Apoio ao

⁶²² Assinado em Bissau, em 9 de fevereiro de 2007 e em vigor desde então. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_guib_22_5893.htm>. Acesso em: 19 jul. 2009.

⁶²³ Memorando de Entendimento para o Estabelecimento de Consultas Políticas, assinado em Brasília, em 14 de novembro de 2007, data em que entrou em vigor. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_guib_24_4553.htm>. Acesso em: 19 jul. 2009.

⁶²⁴ Assinado em Brasília, em 14 de novembro de 2007, data em que entrou em vigor. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_guib_26_4555.htm>. Acesso em: 19 jul. 2009.

Fortalecimento do Centro de Promoção do Caju na Guiné-Bissau”⁶²⁵. Ambos os Projetos de cooperação agrícola guardam relação com a saúde pública, seja porque o sucesso dessas iniciativas implicará melhor acesso da população do país africano à alimentação adequada, seja porque oportunizará melhores condições de trabalho àqueles que receberem a capacitação técnica.

O ato bilateral que trata especificamente de cooperação sanitária entre Brasil e Guiné-Bissau é o Ajuste Complementar para Implementação do Projeto “Apoio ao Programa de Prevenção e Controle da Malária na Guiné-Bissau”⁶²⁶. Este projeto contempla três objetivos (art. 1º):

- a) fortalecer o Sistema de Vigilância Epidemiológica guineense que vise a localizar as áreas de ocorrência e a controlar o número de casos de malária;
- b) melhorar a qualidade do diagnóstico e do tratamento por meio da capacitação de técnicos especializados; e
- c) capacitar técnicos especializados em controle integrado de vetores.⁶²⁷

Trata-se da transferência de conhecimentos sobre o controle da malária, o que se dá pelo trabalho do Ministério da Saúde brasileiro com o Ministério da Saúde Pública de Guiné-Bissau (art. 2º), por meio do intercâmbio de técnicos e especialistas. Aqui, novamente, é o Brasil que *capacita* o país estrangeiro. Este é um inegável elemento de *verticalidade* no conteúdo da cooperação que pretende ser *horizontal*.

Nesses três Ajustes – os dois sobre cooperação agrícola e este para controle da malária – há cláusulas comuns. Prevê-se a possibilidade de obter financiamento junto a instituições públicas e privadas, organizações não-governamentais, organismos internacionais, agências de cooperação técnica, bem como fundos e programas internacionais (art. 4º - idêntico). Igualmente, determina-se a elaboração de “relatórios sobre resultados” (art. 6º, §1º - idêntico), mas não ficam definidos os critérios de avaliação da cooperação internacional, tampouco a sua periodicidade. A publicação dos documentos referentes aos projetos fica condicionada a prévia e formal consulta por parte de ambas as partes (art. 6º, §2º - idêntico).

⁶²⁵ Assinado em Brasília, em 14 de novembro de 2007, data em que entrou em vigor. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_guib_25_4554.htm>. Acesso em: 19 jul. 2009.

⁶²⁶ Assinado em Brasília, em 14 de novembro de 2007, data em que entrou em vigor.

⁶²⁷ GUINÉ-BISSAU; BRASIL. *Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República da Guiné-Bissau para Implementação do Projeto “Apoio ao Programa de Prevenção e Controle da Malária na Guiné-Bissau”*. 2007. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_guib_27_4556.htm>. Acesso em: 19 jul. 2009.

Um balanço dos atos bilaterais celebrados entre Brasil e Guiné-Bissau indica um modelo de cooperação semelhante ao dos demais PALOP. No caso de Guiné-Bissau, verificou-se que nove atos bilaterais podem repercutir em saúde pública, mas apenas um deles trata diretamente do tema, versando especificamente sobre combate à malária.

Destes nove atos bilaterais, quatro possuem cláusula que permite a cooperação triangular. O primeiro deles foi o Acordo Básico de 1978 que, retratando a característica da época, mencionou apenas a possibilidade de triangulação com organismos internacionais governamentais. Diferentemente, os outros três, todos do ano de 2007, abrem espaço para que organizações não governamentais, fundos e programas internacionais estabeleçam parcerias com os Estados cooperantes, inclusive para financiar as atividades de cooperação. Como já foi dito, essa é uma tendência da cooperação brasileira dos últimos anos.

Outra tendência confirmada no estudo da cooperação Brasil-Guiné-Bissau é a recente previsão de algum tipo de avaliação do processo de cooperação. Com efeito, dos nove atos bilaterais que podem repercutir em saúde pública, quatro deles preveem algum tipo de avaliação do programa/projeto em questão – um de 2002 e os outros três de 2007. O primeiro deles foi o Ajuste Complementar para estruturação do Centro de Formação Profissional e Promoção Social de Bissau, que previu avaliação semestral das atividades e elaboração de relatórios informativos. Note-se que a definição de uma periodicidade para a avaliação sugere o monitoramento das atividades, o que é fundamental para a melhoria dos processos de cooperação, contribuindo para sua sustentabilidade. Além desta regra do Ajuste de 2002, nos Ajustes de 2007 também há cláusula semelhante. Neste caso, estabeleceu-se a elaboração de relatórios sobre resultados, mas, retrocedendo com relação ao ato de 2002, em 2007 não foi definida uma periodicidade de monitoramento. De modo geral, os quatro atos bilaterais são exemplo de uma incipiente regulação da avaliação da cooperação brasileira. Por um lado, essa inovação percebida apenas nos atos da presente década é um avanço no sentido do aperfeiçoamento da cooperação para o desenvolvimento de capacidades. Por outro, contudo, os mecanismos estabelecidos ainda são frágeis, seja porque não são definidos os critérios da avaliação, seja porque sua publicidade a princípio é restrita – os relatórios se destinam aos órgãos coordenadores do Executivo de cada país e a publicação de qualquer folha de papel depende da concordância de ambas as partes. Esse

modelo diplomático de consenso para publicidade é algo que precisa ser abandonado para que os cidadãos possam se apropriar de processos de cooperação. Afinal, esses processos, na prática, significam a exportação/importação de políticas públicas.

Nota-se, até aqui, um traço comum na cooperação sanitária Brasil-PALOP. Trata-se da existência de programas de capacitação de técnicos dos serviços de saúde dos países africanos – por técnicos do sistema de saúde brasileiro – no combate à malária, especialmente no que concerne ao controle de vetores e ao fortalecimento da vigilância epidemiológica. Os atos bilaterais da cooperação no combate à malária exemplificam o preponderante papel do Executivo, não apenas do lado de quem oferece ajuda, mas também do lado de quem recebe a transferência de conhecimento. Não se trata de constatar que a cooperação se dá entre chancelarias, o que seria uma obviedade, mas se trata de verificar que os órgãos de coordenação das atividades concretas da cooperação são, quase sempre, órgãos governamentais do poder Executivo, especialmente ministérios, como o Ministério da Saúde. Assim, a cooperação bilateral com os PALOP muitas vezes capacita agentes estatais desses países. Este é um dado cuja leitura pode ser positiva, considerando que isso traduz uma cooperação que supera o nível *individual*, alcançando o nível *institucional*. Sem dúvida, há possibilidade de lograr melhor sustentabilidade. Porém, ainda existe um terceiro nível⁶²⁸ da cooperação internacional para o desenvolvimento de capacidades – *social* – verificado quando a sociedade em geral se apropria do conhecimento compartilhado, alterando seu modo de vida para assumir, no caso da cooperação sanitária, melhores condições de vida ou hábitos saudáveis. Este ainda é um desafio a ser enfrentado.

⁶²⁸ Esses três níveis foram abordados no Capítulo I, 2.2.2. No próximo Capítulo os dados ora apresentados serão interpretados à luz do que se discute na primeira parte da tese.

2.4. Cooperação sanitária do Brasil com Moçambique

*De manhã quando acordo
em Maputo
o almoço é uma esperança.
Mãe tenho fome
marido tenho bicha*

*e mil malárias me disputando a vontade*⁶²⁹

O marco jurídico da cooperação entre Brasil e Moçambique está dado por dois tratados internacionais. O primeiro deles é o Acordo Geral de Cooperação⁶³⁰, de 1981. De amplo escopo, o Acordo prevê a cooperação “nos campos econômico, científico, técnico, tecnológico, cultural, de formação de pessoal e em outros” (art. 2º). No âmbito deste Acordo, a realização de programas ou projetos de cooperação depende da celebração de ajustes complementares.

O segundo tratado que dá moldura jurídica à cooperação dos dois países é o Acordo de Cooperação Cultural⁶³¹, de 1989. Este Acordo estabelece o espaço da cooperação em educação e cultura, mormente a cooperação universitária (arts. 5º e 13), prevendo a concessão de bolsas de estudos (art. 6º) e abrindo espaço para a participação de organismos internacionais e entidades governamentais ou não-governamentais, seja para o financiamento, seja para a execução dos programas ou projetos de cooperação (art. 3º). Note-se o pioneirismo deste Acordo, que reconheceu o papel das ONGs para o

⁶²⁹ CARDOSO, Carlos. Cidade 1985. In: APA, Livia; BARBEITOS, Arlindo; DÁSKALOS, Maria Alexandre (Orgs.). *Poesia africana de língua portuguesa: antologia*. Rio de Janeiro: Lacerda Editores, Academia Brasileira de Letras, 2003, p. 238.

⁶³⁰ Assinado em Brasília, em 15 de setembro de 1981, foi aprovado pelo Congresso Nacional pelo Decreto Legislativo nº 94, de 14 de novembro de 1983, entrou em vigor com a troca dos instrumentos de ratificação, em 8 de junho de 1984, e foi finalmente promulgado pelo Decreto nº 89.929, de 9 de julho de 1984. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_04_2745.htm>. Acesso em: 20 jul. 2009.

⁶³¹ Assinado em Maputo, em 1º de junho de 1989, foi aprovado pelo Congresso Nacional pelo Decreto Legislativo nº 39, de 29 de outubro de 1990, entrou em vigor em 26 de abril de 1991 e foi finalmente promulgado pelo Decreto nº 159, de 2 de julho de 1991. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moca_08_2984.htm>. Acesso em: 20 jul. 2009.

financiamento e a execução da cooperação internacional. Esse reconhecimento só se torna comum nos acordos bilaterais do Brasil com os PALOP nos anos 2000.

A partir desses tratados bilaterais, a cooperação Brasil-Moçambique, assim como aquela havida com os demais PALOP, tem adquirido densidade com a assinatura de protocolos de intenções, ajustes complementares e memorandos de entendimento. Para os objetivos do presente trabalho, é importante distinguir os atos que expressamente tem como objeto a cooperação sanitária daqueles que indiretamente podem refletir neste tipo de cooperação internacional. Neste grupo se incluem instrumentos jurídicos que orientam a cooperação em educação, em proteção de direitos humanos, em administração pública, em segurança pública, em matéria de meio ambiente, de recursos hídricos etc.

Em junho de 2001 foi estabelecida uma pauta ampla para a cooperação bilateral, por meio de protocolos de intenções no marco do Acordo de Cooperação Geral. A promoção dos direitos da mulher, do idoso, da criança e dos deficientes foi objeto de um desses protocolos⁶³². Igualmente a cooperação em educação, que recebeu foco na “alfabetização e educação de adultos, investigação e pesquisa educacional, ensino técnico profissionalizante, ensino secundário, educação à distância”⁶³³. Também foi firmado um protocolo na área da saúde, inaugurando a cooperação sanitária Brasil-Moçambique, como se verá mais adiante. Em todos os protocolos de 2001 prevê-se a realização de “parcerias com instituições dos setores público e privado, organismos e entidades internacionais, bem como com organizações não governamentais” (art. 3º comum a todos).

A pauta definida em 2001 prestigiou a cooperação educacional. Com efeito, além do mencionado Protocolo, foram celebrados dois outros atos bilaterais: o Memorando de Entendimento na Área da Cooperação Educacional⁶³⁴, que previu o desenvolvimento de programas em todos os níveis da educação, e o Ajuste Complementar para Implementação

⁶³² Protocolo de Intenções sobre Cooperação Técnica no Domínio da Mulher e da Ação Social, assinado em Brasília, em 20 de junho de 2001 e em vigor desde a mesma data. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_19_4834.htm>. Acesso em: 20 jul. 2009.

⁶³³ Protocolo de Intenções sobre Cooperação Técnica na área da Educação, assinado em Brasília, em 20 de junho de 2001 e em vigor desde a mesma data. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_18_4833.htm>. Acesso em: 20 jul. 2009.

⁶³⁴ Assinado em Brasília, em 20 de junho de 2001, e desde então em vigor. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_21_4836.htm>. Acesso em: 20 jul. 2009.

do Programa “Alfabetização Solidária em Moçambique”⁶³⁵. O tema da alfabetização é importante na pauta da cooperação Brasil-Moçambique, de modo que, em 2003, motivou a assinatura de outro Ajuste Complementar⁶³⁶ que, reconhecendo o sucesso da cooperação, apoiou o programa piloto nacional de alfabetização do país africano. A educação, principalmente a de nível básico, é um instrumento importante para prevenção e a promoção da saúde pública.

Também no nível superior há cooperação Brasil-Moçambique que pode repercutir na saúde pública. O Protocolo de Intenções para Incentivo à Formação Científica de Estudantes Moçambicanos⁶³⁷, de setembro de 2007, prevê a concessão, pelo governo brasileiro, de bolsas de estudos para que estudantes daquele país africano realizem estágios em pesquisa em instituições de ensino brasileiras. De amplo escopo, o Protocolo de Intenções não exclui a utilização desse instrumento para o desenvolvimento de capacidades em saúde.

Além disso, ao cooperar em matéria de educação ambiental, os dois países cooperam no campo de um importante fator condicionante da saúde. Nesta seara foi assinado o Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação para Implementação do Projeto “Fortalecimento da Educação Ambiental em Moçambique”⁶³⁸, de julho de 2007, que prevê a formação, pelo Brasil, de educadores ambientais moçambicanos (art. 1º).

O campo da cooperação educacional contempla, enfim, a educação alimentar. Neste sentido, há que se referir o Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação para Implementação do Projeto “Programa de Educação Alimentar e Nutricional – Cozinha Brasil-Moçambique”⁶³⁹. Trata-se de programa que, com a atuação do SESI, pretende “apoiar a melhoria na qualidade da alimentação da população, traduzido em maior

⁶³⁵ Assinado em Brasília, em 20 de junho de 2001, em vigor desde então. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_22_4837.htm>. Acesso em: 20 jul. 2009.

⁶³⁶ Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação para apoiar o desenvolvimento do Programa Piloto Nacional de Alfabetização de Moçambique, assinado em 5 de novembro de 2003 e em vigor na mesma data. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moca_31_5200.htm>. Acesso em: 21 jul. 2009.

⁶³⁷ Assinado em 6 de setembro de 2007 e em vigor na mesma data. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_60_4508.htm>. Acesso em 22 jul. 2009.

⁶³⁸ Assinado em nove de julho de 2007 e em vigor na mesma data. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_56_6017.htm>. Acesso em: 21 jul. 2009.

⁶³⁹ Assinado em Maputo, em 16 de outubro de 2008 e em vigor desde então. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_69.htm>. Acesso em: 22 jul. 2009.

consumo de produtos in natura, melhor aproveitamento dos alimentos e redução do desperdício” (art. 1º).

Tanto naquele ajuste complementar sobre educação ambiental, como neste sobre educação alimentar, há a possibilidade de financiamento junto a instituições terceiras, inclusive ONGs (arts. 5º e 4º, respectivamente). Como de praxe nos últimos anos, os ajustes preveem a elaboração de *relatórios sobre resultados*, um tímido começo de sistema de avaliação da cooperação brasileira, sem que estejam claros os critérios de avaliação, sua periodicidade e sua publicidade (arts. 9º e 6º, respectivamente).

Outro tema da agenda bilateral Brasil-Moçambique, que pode repercutir na saúde pública, é a cooperação técnica na área da administração pública, por exemplo, no que se refere ao sistema de governo eletrônico⁶⁴⁰, ou no que tange ao desenvolvimento de capacidades para implementação de políticas públicas que visem ao desenvolvimento do país⁶⁴¹.

Igualmente, a segurança pública, especialmente o sistema prisional, é tema da cooperação bilateral que, embora não seja diretamente ligado à saúde, pode repercutir de modo importante sobre ela. Por exemplo, o Protocolo de Intenções sobre Cooperação Técnica na Área de Formação de Pessoal Especializado em Prisões⁶⁴², de 2004, prevê o aperfeiçoamento da cooperação, com possibilidade de parcerias internacionais, inclusive com organizações não-governamentais (art. 3º), em diversos temas, entre os quais inclui a “formação de psicólogos especializados” (art. 1º, inc. I, *i*), bem como a “introdução e aplicação dos princípios inerentes ao respeito pela dignidade humana e dos direitos humanos” (art. 1º, inc. I, *b*), o que seguramente repercute na saúde do preso.

⁶⁴⁰ Protocolo de Intenções sobre cooperação técnica na área da administração pública, assinado em Maputo, em 5 de novembro de 2003 e em vigor desde então. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moca_35_5204.htm>. Acesso em 20 jul. 2009.

⁶⁴¹ Programa Executivo do Acordo Geral de Cooperação para o Projeto “Apoio ao desenvolvimento gerencial estratégico do governo de Moçambique”, assinado e em vigor em seis de maio de 2009. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moçam_73.htm>. Acesso em: 22 jul. 2009. Este acordo contém cláusulas de triangulação – com organizações governamentais ou não-governamentais (art. 5º) – e de elaboração de relatórios sobre resultados – sem critérios ou periodicidade definidos e sem previsão de ampla publicidade (art. 7º).

⁶⁴² Assinado em Brasília, em 31 de agosto de 2004 e em vigor desde a mesma data. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_44_5353.htm>. Acesso em: 21 jul. 2009.

Além disso, a cooperação em matéria de promoção de direitos sociais e inclusão social dos jovens, esboçada por um Protocolo de Intenções de dezembro de 2006, reconhece que a efetivação do direito à saúde é importante para “a integração das novas gerações ao processo de desenvolvimento social e econômico” de ambos os países⁶⁴³. Por ser um protocolo de intenções, esse documento apenas sinaliza o início de um compromisso, mas já prevê que as atividades de cooperação desta seara poderão contar com parcerias, junto a “instituições do setor público, organismos e instituições nacionais ou internacionais, bem como associações e organizações não-governamentais” (art. 5º).

Finalmente, há que se mencionar a cooperação na temática de recursos hídricos, a qual também possui uma relevante interface com a saúde, uma vez que o acesso à água é um dos principais fatores condicionantes da saúde. Neste sentido, em seis de setembro de 2007, foi assinado o Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação para Implementação do Projeto “Apoio à construção de cisternas, barragens subterrâneas, captação de água da chuva *in situ* e jardins produtivos em comunidades rurais de Moçambique”⁶⁴⁴. Com a finalidade de “contribuir para a segurança alimentar” e “garantir o acesso à água” (art. 1º, *a*), o Brasil, por meio a Embrapa, se compromete a capacitar técnicos moçambicanos. Prevê-se a possibilidade de obtenção de recursos em outras fontes, inclusive ONGs (art. 5º). Quanto à avaliação, apenas é referida a elaboração de *relatórios sobre resultados*, cuja publicidade depende da vontade das partes (art. 9º).

Vistos os atos bilaterais que podem repercutir na área da saúde, passa-se à análise dos instrumentos jurídicos diretamente correlatos à cooperação sanitária. O destaque, na cooperação sanitária em sentido estrito, é para o combate ao HIV/AIDS e para o desenvolvimento de uma indústria farmacêutica pública para produção de genéricos em Moçambique.

A cooperação internacional sanitária entre Brasil e Moçambique teve início em 2001, com a assinatura do Protocolo de Intenções sobre Cooperação Técnica na Área da

⁶⁴³ Preâmbulo do Protocolo de Intenções para intercâmbio e cooperação técnica na área de inclusão e promoção dos direitos juvenis, assinado em 8 de dezembro de 2006 e em vigor na mesma data. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_48_5870.htm>. Acesso em 22 jul. 2009.

⁶⁴⁴ Em vigor na mesma data. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_61_4509.htm>. Acesso em 22 jul. 2009.

Saúde⁶⁴⁵. Ele colocou a saúde pública na pauta da cooperação bilateral, prevendo a assinatura de ajustes complementares ao Acordo de 1981 e autorizando a realização de “parcerias com instituições dos setores público e privado, organismos e entidades internacionais, bem como com organizações não governamentais” (art. 3º). O discurso da horizontalidade está presente, com a invocação dos princípios da soberania, da independência, da não ingerência e da reciprocidade. Os objetivos envolvem várias áreas da saúde, conforme o art. 1º:

As Partes comprometem-se em regime de reciprocidade, e quando para tanto solicitadas, com a prestação mútua de cooperação técnica no domínio da saúde, a desenvolver-se principalmente nas áreas de saúde da família, da mulher, da criança e do adolescente; formação, atualização e aperfeiçoamento de quadros superiores de saúde; fortalecimento e apoio institucional entre institutos de ciências de saúde de Moçambique e escolas de formação no Brasil; organização do ensino à distancia voltado à formação contínua dos profissionais de saúde; formação de formadores; elaboração de currícula dos cursos de saúde; transferência de tecnologias no âmbito da produção de antirretrovirais, tratamento e controle laboratorial das pessoas portadoras de HIV/SIDA, e em outras áreas que as Partes considerem adequadas à realização dos seus interesses.⁶⁴⁶

O primeiro desses temas a ser desenvolvido foi o combate ao HIV/AIDS, objeto de um Memorandum de Entendimento⁶⁴⁷ assinado em maio de 2003. Este instrumento, no preâmbulo, reconheceu “a eficácia da cooperação em saúde como meio de concertação e diálogo político”. Concretamente, ele previu a execução de um projeto-piloto para tratamento de uma centena de moçambicanos com medicamento antirretrovirais genéricos produzidos pelo Brasil, fornecidos pelo Ministério da Saúde brasileiro. Como na maioria dos instrumentos jurídicos de cooperação dos anos 2000, o Memorandum prevê a possibilidade de “participação de terceiros países e de organismos multilaterais de cooperação e organizações não-governamentais em ações específicas” (art. 2º, e). O objetivo foi estimular o país africano a adotar política, semelhante à brasileira, de assistência aos pacientes com HIV/AIDS, promovendo o acesso a medicamentos.

Com efeito, Moçambique instituiu seu Programa Nacional de Combate à AIDS, o qual passou a contar com a cooperação brasileira para fortalecer sua *capacidade gerencial*.

⁶⁴⁵ Assinado em Brasília, em 20 de junho de 2001, em vigor desde então.

⁶⁴⁶ MOÇAMBIQUE; BRASIL. *Protocolo de Intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique sobre Cooperação Técnica na Área da Saúde*. 2001. Disponível em: <<http://www2.mre.gov.br/dai/mocasaude.htm>>. Acesso em 20 jul. 2009.

⁶⁴⁷ Memorandum de Entendimento no âmbito do Programa de Cooperação Internacional do Ministério da Saúde do Brasil, assinado e em vigor desde 2 de maio de 2003. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moca_25_5108.htm>. Acesso em 20 jul. 2009.

Trata-se do Projeto PCI-Ntwanano, estabelecido por Ajuste Complementar⁶⁴⁸ firmado em novembro de 2003. Este ato bilateral definiu da seguinte forma as obrigações de cada país, no seu art. 3º:

Cabe ao Governo brasileiro:

- a) Designar e enviar especialistas para prestar assessoria a Moçambique, em cuidado e tratamento de pessoas vivendo com HIV e AIDS, promover os direitos humanos e articulação com a sociedade civil, planejar, avaliar e gerir programas de AIDS, bem como para avaliar o projeto;
- b) designar especialistas para realizar treinamento de técnicos moçambicanos no Brasil e em Moçambique, em cuidado e tratamento de pessoas vivendo com HIV e AIDS, promover os direitos humanos e a articulação com a sociedade civil, planejar, avaliar e gerir programas de AIDS;
- c) disponibilizar a infra-estrutura para a realização dos treinamentos no Brasil;
- d) identificar perfil técnico dos participantes das capacitações;
- e) enviar medicamentos anti-retrovirais genéricos produzidos pelo Brasil e fornecidos pelo Ministério da Saúde brasileiro; e
- f) enviar equipamentos de micro-informática para a reestruturação do Hospital de Dia do Hospital Geral de Maputo.

2. Cabe ao Governo moçambicano:

- a) designar técnicos para acompanhar os trabalhos dos especialistas brasileiros que prestarão assessoria a Moçambique em cuidado e tratamento de pessoas vivendo com HIV e AIDS, promover os direitos humanos e a articulação com a sociedade civil, planejar, avaliar e gerir programas de AIDS, bem como para avaliar o projeto;
- b) designar técnicos moçambicanos para participar dos treinamentos, no Brasil e em Moçambique, em cuidado e tratamento de pessoas vivendo com HIV e AIDS, promover os direitos humanos e articulação com a sociedade civil; planejar, avaliar e gerir programas de AIDS;
- c) disponibilizar a infra-estrutura para a realização das assessorias, treinamentos e eventos;
- d) internalizar medicamentos anti-retrovirais genéricos produzidos e fornecidos pelo Brasil, bem como quaisquer outros equipamentos e insumos envolvidos na execução do projeto; e
- e) responsabilizar-se pelos aspectos logísticos, como o transporte e o armazenamento dos medicamentos em local que apresente condições seguras e apropriadas, incluindo refrigeração quando necessário.⁶⁴⁹

Este dispositivo legal evidencia que, de fato, o Brasil presta *ajuda* ao país africano. Isso sugere uma *verticalidade material* da cooperação sanitária brasileira com os PALOP – o conteúdo das atividades coloca, de um lado, os especialistas e o envio de medicamentos e, do outro, os técnicos a serem capacitados e o recebimento dos fármacos. Ocorre que isso não desautoriza totalmente o discurso da horizontalidade da cooperação Sul-Sul, pois também é verdade que os instrumentos jurídicos assinados não contêm cláusulas de endividamento do país africano, tampouco impõem condicionalidades ao apoio do Brasil.

⁶⁴⁸ Assinado em 5 de novembro de 2003 e desde então em vigor.

⁶⁴⁹ MOÇAMBIQUE; BRASIL. *Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para Implementação do Projeto PCI-Ntwanano no Âmbito do Programa de Cooperação Internacional do Ministério da Saúde do Brasil*. 2003. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moca_29_5198.htm>. Acesso em 20 jul. 2009.

É importante referir que o Ajuste Complementar do Projeto PCI-Ntwanano conta com cláusula de avaliação e monitoramento. Com efeito, o art. 6º determina, de modo ainda incipiente, a elaboração de relatórios semestrais de resultados, pois eles são endereçados aos Ministérios da Saúde de ambos os países, sendo que sua publicação depende da prévia consulta da outra parte. Ademais, como já foi apontado no que se refere aos atos bilaterais com os demais PALOP, não há critérios claros de avaliação e monitoramento dos programas da cooperação empreendida pelo Brasil.

Em julho de 2003 houve uma missão da FIOCRUZ a Maputo, com a intenção de iniciar um programa de cooperação para transferência de tecnologia para a produção de medicamentos antirretrovirais genéricos. Então, em novembro, o Protocolo de Intenções sobre Cooperação Científica e Tecnológica na Área da Saúde⁶⁵⁰ deu um passo adiante na cooperação em matéria de HIV/AIDS. O Memorandum se limitava ao envio de medicamentos do Brasil para Moçambique, ao passo que o Protocolo prevê a instalação de um laboratório farmacêutico neste país para a produção de antirretrovirais genéricos. Trata-se de transferência da tecnologia brasileira, com possibilidade de parcerias, inclusive com organizações não-governamentais (art. 4º), “tendo em vista a intenção do Governo de Moçambique de instalar e gerenciar laboratório farmacêutico público para atender predominantemente as necessidades de saúde pública de Moçambique” (art. 1º). Além de fortalecer o sistema de saúde do país africano, a instalação de tal laboratório tem um valor estratégico para o Brasil, que é fortalecer, em países em desenvolvimento, a política de produção de genéricos.

Para dar concretude ao Protocolo de Intenções, que definiu a *intenção* de criação do laboratório farmacêutico, foi assinado, em julho de 2005, o Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação para Implementação do Projeto “Estudo de viabilidade técnico-econômico para instalação de fábrica de medicamentos em Moçambique para produção de medicamentos antirretrovirais e outros”⁶⁵¹. Coube ao Brasil “levantar dados técnicos e econômicos”, bem como desenvolver o estudo de viabilidade, ao passo que a Moçambique tocou *apoiar e acompanhar* o desenvolvimento do projeto, fornecendo as informações necessárias para o estudo (art. 3º). Como se percebe em praticamente todo o

⁶⁵⁰ Assinado em Maputo, em 5 de novembro de 2003 e em vigor desde a mesma data. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moca_36_5205.htm>. Acesso em 20 jul. 2009.

⁶⁵¹ Assinado em Maputo, em 15 de julho de 2005, e em vigor na mesma data. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_46_5563.htm>. Acesso em: 21 jul. 2009.

acervo de atos bilaterais do Brasil com os PALOP, há elementos de verticalidade no *conteúdo* dos instrumentos jurídicos da cooperação sanitária. Neste caso, uma vez mais é nítida a verticalidade material da cooperação, pois cabe ao Brasil verificar a viabilidade da instalação da indústria farmacêutica em Moçambique, ao passo que aos técnicos deste país toca apoiar e acompanhar os técnicos brasileiros.

Em setembro de 2008, três ajustes complementares e um acordo incrementaram a cooperação nessa matéria. O acordo⁶⁵², o qual ainda não está em vigor, estabelece a instalação de uma sede da FIOCRUZ em continente africano, com imunidades e tratamento jurídico similar ao dispensado às organizações internacionais. A presença institucional desta Fundação brasileira em território africano, em um país de língua portuguesa, eleva a cooperação sanitária a um patamar privilegiado na agenda das relações exteriores do país. É sabido que, muitas vezes, a agenda da cooperação é uma política do governo do momento. A institucionalização da cooperação, por meio da internacionalização física da FIOCRUZ, sugere a sedimentação de algo de longo prazo. Isso, quiçá, tem o valor de estabelecer uma baliza com a função de dificultar retrocessos na relação brasileira com os países em desenvolvimento do continente africano⁶⁵³.

Um dos ajustes de 2008 trata da transferência de tecnologia para a produção de medicamentos em Moçambique. Outro, da regulação do setor farmacêutico. O terceiro, do estabelecimento de padrões de qualidade nas mercadorias produzidas no país africano. Nestes três atos bilaterais há cláusulas sobre a utilização de recursos de terceiros (inclusive organizações não-governamentais, agências de cooperação técnica e fundos internacionais) e sobre a elaboração de relatórios com os resultados das atividades (sem critérios precisos para a avaliação da cooperação bilateral e sem que seja determinada a ampla publicidade desses relatórios). É importante analisar, ainda que brevemente, cada um desses ajustes complementares.

⁶⁵² Assinado em Brasília, em 4 de setembro de 2008. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_63.htm>. Acesso em: 22 jul. 2009.

⁶⁵³ Note-se que a presença de instituições públicas brasileiras na África não ocorre apenas no que concerne à saúde. A EMBRAPA possui um escritório de negócios na África, em Gana.

O Ajuste Complementar ao Acordo Geral para Implementação do Projeto “Capacitação em Produção de Medicamentos Antirretrovirais e Outros Medicamentos”⁶⁵⁴, no preâmbulo, expressamente menciona o ajuste complementar que, em 2005, permitiu a realização do *estudo de viabilidade* para implantação da fábrica estatal de medicamentos. Então estabelece novo passo na constituição da indústria farmacêutica em Moçambique, que é a transferência de conhecimento sobre a produção de antirretrovirais e outros medicamentos. Trata-se de “capacitar e fornecer conhecimentos aos profissionais de Moçambique” (art. 1º), nas áreas de gestão e administração da indústria farmacêutica, produção de medicamentos, controle de qualidade, gestão de projetos de engenharia e manutenção de indústria farmacêutica (art. 2º). O órgão responsável pelo desenvolvimento dessas capacidades em Moçambique é o Instituto de Tecnologia em Fármacos do Ministério da Saúde do Brasil – Farmanguinhos.

Outro ato bilateral de setembro de 2008 é o Ajuste Complementar ao Acordo Geral para Implementação do Projeto “Fortalecimento Institucional do Órgão Regulador de Medicamentos de Moçambique como Agente Regulador do Setor Farmacêutico”⁶⁵⁵. Este ato bilateral prevê a capacitação técnica de funcionários moçambicanos pela ANVISA. O objetivo é desenvolver capacidades no âmbito da regulação em fármaco-vigilância. Não se trata de uma iniciativa isolada da cooperação sanitária bilateral. O fortalecimento do setor regulatório ocorre *pari passu* com a transferência de saber para produção de medicamentos, com a criação da indústria farmacêutica moçambicana e com o desenvolvimento da política nacional de combate ao HIV/AIDS naquele país. Tudo isso sob os auspícios da cooperação brasileira.

Além disso, com o Ajuste Complementar ao Acordo Geral para Implementação do Projeto “Fortalecimento Institucional e Técnico do Instituto Nacional de Normalização e Qualidade de Moçambique”⁶⁵⁶ o Brasil, por meio do Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO), pretende:

(...) contribuir para o desenvolvimento de Moçambique, por meio da implementação de padrões de qualidade dos produtos fabricados no país (e dos produtos importados), para assegurar sua credibilidade e garantir qualidade e

⁶⁵⁴ Assinado em Brasília, em 4 de setembro de 2008, em vigor desde então. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_65.htm>. Acesso em 22 jul. 2009.

⁶⁵⁵ Assinado em Brasília, em 4 de setembro de 2008, em vigor desde então. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_64.htm>. Acesso em 22 jul. 2009.

⁶⁵⁶ Assinado em Brasília, em 4 de setembro de 2008, em vigor desde então.

competitividade no mercado interno e externo, bem como a segurança à sociedade moçambicana.⁶⁵⁷

É verdade que este último ajuste complementar não trata especificamente da saúde, pois a rigor se encontra no grupo antes mencionado – de atos bilaterais que indiretamente dizem respeito à cooperação sanitária. No entanto, percebe-se que, ao mesmo tempo em que o Brasil desenvolve em Moçambique capacidades para produção de medicamentos (indústria farmacêutica), também capacita técnicos moçambicanos em matéria de regulação de medicamentos (fármaco-vigilância) e de normalização e qualidade industrial – por isso este último ajuste complementar é analisado juntamente com os atos bilaterais sobre cooperação sanitária em sentido estrito. Seria ingênuo imaginar que as três iniciativas (produzir medicamentos, regular a fármaco-vigilância e normalizar a produção industrial) não fazem parte de um mesmo movimento.

Recentemente, tramitou no Congresso brasileiro o Projeto de Lei nº 193/2009, iniciado na Câmara dos Deputados, que autorizou o Poder Executivo a doar o valor de treze milhões e seiscentos mil reais – oriundo do orçamento do Ministério da Saúde – para “a primeira fase de instalação de uma fábrica de antirretrovirais e outros medicamentos”⁶⁵⁸ em Moçambique. Após ter sido aprovado pela Comissão de Relações Exteriores e Defesa Nacional do Senado, por dez votos a favor e nenhum contra⁶⁵⁹, o projeto tramitou até a promulgação da Lei 12.117, de 14 de dezembro de 2009⁶⁶⁰.

O segundo daqueles temas do art. 1º do Protocolo de Intenções de 2001 a ser desenvolvido foi a formação de quadros superiores e o apoio a instituições científicas da área da saúde. Com efeito, em abril de 2007 foi assinado o Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação para Implementação do Projeto “Fortalecimento do Instituto

⁶⁵⁷ Art. 1º, inc. I – MOÇAMBIQUE; BRASIL. *Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para Implementação do Projeto “Fortalecimento Institucional e Técnico do Instituto Nacional de Normalização e Qualidade de Moçambique”*. 2008. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_66.htm>. Acesso em 22 jul. 2009.

⁶⁵⁸ Art. 1º, caput. – BRASIL. Congresso Nacional. *Projeto de Lei da Câmara dos Deputados nº 193: Autoriza a União a doar recursos à República de Moçambique para a primeira fase de instalação de fábrica de antirretrovirais e outros medicamentos*. 2009. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/mate-pdf/66852.pdf>>. Acesso em 14 nov. 2009.

⁶⁵⁹ BRASIL. Agência Senado. *Brasil doará R\$ 13,6 milhões a Moçambique para produção de remédio contra Aids*. 12/11/2009. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/agencia/verNoticia.aspx?codNoticia=97332&codAplicativo=2>>. Acesso em: 14 nov. 2009.

⁶⁶⁰ BRASIL. Congresso Nacional. *Lei 12.117*. 14 de dezembro de 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/12117.htm>. Acesso em: 24 dez. 2009.

Nacional de Saúde de Moçambique”⁶⁶¹. Isso implica, além da elaboração do planejamento estratégico do Instituto Nacional, a implementação de um curso de mestrado em ciências da saúde e a reestruturação da rede de bibliotecas em saúde do país africano (art. 1º). Novamente é a FIOCRUZ a encarregada de executar o trabalho da cooperação, mediante o envio de especialistas brasileiros a Moçambique. Não obstante isso, o Ajuste abre espaço para que sejam buscados “recursos de instituições públicas e privadas, de organizações não-governamentais, de organismos internacionais, de agências de cooperação técnica, de fundos e de programas regionais e internacionais” (art. 5º). Com a finalidade de avaliar o projeto, fica estabelecida a elaboração de *relatórios sobre resultados*, os quais são apresentados às instituições nacionais coordenadoras do programa, sem previsão para sua ampla publicidade (art. 9º).

O combate à fome e à desnutrição também é um tema da cooperação sanitária Brasil-Moçambique, desde a assinatura do Ajuste Complementar ao Acordo Geral para Implementação do Projeto “Fortalecimento das Ações de Alimentação e Nutrição”⁶⁶², de julho de 2007. Trata-se da capacitação de técnicos moçambicanos (art. 3º) para atuarem na promoção da saúde, ensinando sobre alimentação saudável (art. 1º, *c*). Abre-se a possibilidade de que recursos sejam obtidos junto a outras instituições, inclusive organizações não governamentais (art. 5º). Prevê-se a elaboração de *relatórios sobre resultados*, para quais não é prevista ampla publicidade (art. 9º).

Outro tema, menos importante, da cooperação sanitária Brasil-Moçambique é a medicina desportiva e o esporte para deficientes físicos. Esses dois temas estão entre os onze que compõe a agenda de cooperação esportiva definida pelo Ajuste Complementar ao Acordo Cultural para a Cooperação no campo dos Esportes⁶⁶³, de 2003, no art. 3º, alíneas *b* e *e*. Neste caso, os organismos cooperantes são os Ministérios do Esporte e da Juventude e Desportos, respectivamente, do Brasil e de Moçambique. Este ato bilateral é pioneiro no que concerne à definição de mecanismos de acompanhamento e avaliação da cooperação bilateral, uma vez que estabelece a avaliação anual das atividades, de modo que, no último trimestre de cada ano, sejam definidas as atividades do ano seguinte (art. 6º), sendo que o

⁶⁶¹ Assinado em 23 de abril de 2007 e em vigor na mesma data. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_49_5971.htm>. Acesso em 22 jul. 2009.

⁶⁶² Assinado em 6 de julho de 2007 e em vigor desde então. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_55_6016.htm>. Acesso em 22 jul. 2009.

⁶⁶³ Assinado em Maputo, em 5 de novembro de 2003 e em vigor desde a mesma data. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moca_28_5197.htm>. Acesso em 20 jul. 2009.

Ajuste é executado por meio da assinatura de protocolos anuais. Do mesmo modo que o Ajuste significa o adensamento das relações jurídicas definidas no Acordo Cultural, os protocolos anuais que definem novas atividades com base na avaliação do período precedente conferem densidade e efetividade ao Ajuste Complementar.

Outro tema menor da cooperação sanitária entre esses países é a saúde do trabalhador. Não há acordo que seja voltado especificamente para esse campo, mas “saúde e segurança do trabalho mineiro” é um dos temas da pauta da cooperação em mineração que os dois países definiram em 2003, na forma de um Memorando de Entendimento⁶⁶⁴. Seguramente, a saúde não é o foco dessa cooperação. O objetivo precípua é trocar “informações sobre programas de governo, mercado e comercialização de minérios”, bem como fomentar projetos de cooperação nas áreas da exploração mineral, beneficiamento e tecnologia mineral, entre outras áreas. Também se pretende “desenvolver estudos geológicos em depósitos minerais nos respectivos territórios e outros países de interesse mútuo” (art. 1º). Possivelmente, esse é um instrumento muito mais para o Brasil estudar o solo moçambicano do que para Moçambique vislumbrar investimentos no Brasil. Aliás, esse não é o primeiro entendimento bilateral na matéria, pois em 1997 já fora assinado um Ajuste Complementar⁶⁶⁵ ao Acordo Geral de 1981, devotado à formação de recursos humanos em mineração – bem antes das iniciativas de cooperação bilateral voltadas à realização de direitos sociais como saúde e educação. Isso mostra que a cooperação brasileira não é calcada apenas em interesses comuns da humanidade, conforme o paradigma kantiano, para proteção de direitos humanos. A cooperação desenvolvida pelo Brasil é fortemente condicionada pelos interesses nacionais, muitas vezes aproximando-se do paradigma grociano das relações internacionais.

Finalmente, também a cooperação em matéria de combate ao tráfico de entorpecentes trata, ainda que secundariamente, de saúde. Com efeito, o Acordo de Cooperação assinado entre Brasil e Moçambique nessa seara, conquanto trate quase que exclusivamente de cooperação em matéria penal, não deixa de mencionar, no seu art. 3º, entre as atividades a serem desenvolvidas, as seguintes:

⁶⁶⁴ Memorando de Entendimento nas Áreas de Geologia, Mineração e Transformação Mineral, assinado em 5 de novembro de 2003 e em vigor desde então. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_moca_34_5203.htm>. Acesso em 21 jul. 2009.

⁶⁶⁵ Ajuste Complementar ao Acordo Geral no Campo da Mineração, assinado em 18 de julho de 1997 e em vigor desde a mesma data. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_15_3123.htm>. Acesso em: 20 jul. 2009.

(...) g. elaboração de projetos conjuntos, especialmente nas áreas de pesquisa científica e intercâmbio tecnológico com vista ao combate coordenado do tráfico ilícito e do abuso de substâncias ou drogas ilícitas que causam dependência física ou psíquica, o desvio e emprego de precursores químicos, o tratamento, recuperação e reinserção social de usuários de drogas e dependentes químicos; h. cooperação na implementação de políticas e medidas que reduzam a demanda de drogas por meio de atividades de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social de usuários de drogas e dependentes químicos; i. cooperação na elaboração e implementação de programas públicos educativos adequados que visem aumentar a consciencialização pública da responsabilidade compartilhada de todos os segmentos do governo e da sociedade civil, em todos os níveis, no que se refere aos esforços para combater o abuso de drogas.⁶⁶⁶

Essas atividades envolvem prevenção, promoção e assistência à saúde, considerando que o problema não é apenas de direito penal, mas também de direito sanitário. É importante que, também no âmbito internacional, as políticas de enfrentamento da droga tenham não apenas o enfoque do direito penal, mas também do direito sanitário, pois se é verdade que este é um problema de segurança pública, também o é que se trata de um problema de saúde pública.

O balanço da cooperação Brasil-Moçambique indica elementos comuns àquela havida com os demais PALOP. Ao todo, os dois países celebraram cinquenta e nove atos bilaterais, dos quais cinquenta e três estão em vigor. Após a análise desses atos, concluiu-se que vinte e nove podem repercutir em benefícios para a saúde pública, dos quais vinte e sete estão vigentes – estes vinte e nove atos compõem o conjunto da cooperação sanitária em sentido amplo. Este conjunto de vinte e nove atos contém o subconjunto de treze que expressamente mencionam objetivos de saúde pública. Dos treze atos de cooperação sanitária em sentido estrito, onze estão vigentes.

O que se percebe do acervo é que está havendo, em Moçambique, um processo de instauração de uma indústria farmacêutica que, embora pública, poderá atender a um mercado em potencial, considerando que a população do país africano, em 2005, já superava a cifra de dezenove milhões de habitantes⁶⁶⁷. Afinal, ainda que o direito à saúde desmercantilize o acesso aos serviços de saúde, ele não desmercantiliza a produção dos

⁶⁶⁶ MOÇAMBIQUE; BRASIL. *Acordo de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique sobre o combate à produção, ao consumo e ao tráfico ilícitos de entorpecentes, substâncias psicotrópicas e sobre o combate às atividades de lavagem de ativos e outras transações financeiras fraudulentas*. 2004. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_40.htm>. Acesso em: 13 jul. 2009. – Assinado em 31 de agosto de 2004, este acordo já foi aprovado pelo Congresso Nacional, por meio do Decreto Legislativo n° 273, de 18/09/2008, mas ainda aguarda promulgação por Decreto do Executivo, com a competente publicação, para que possa entrar em vigor.

⁶⁶⁷ Ver: <<http://www.mozambique.mz>>

bens e serviços de saúde. Bem ao contrário, o reconhecimento do direito à saúde gera uma demanda, ainda que pública, pela produção dos bens e serviços necessários.

Aqui, uma vez mais, a tônica da cooperação é o desenvolvimento de capacidades moçambicanas por meio da transferência de conhecimento e tecnologia brasileiros. Confirma-se o que foi dito no primeiro capítulo, sobre o uso ideológico do termo *cooperação*, pois em realidade se verifica que há *ajuda* brasileira. Esse não é um dado negativo, pelo contrário, pois implica assumir uma gramática de horizontalidade, de pertencimento a uma mesma realidade – a realidade de ser um país do Sul em desenvolvimento. Mas é importante ter consciência de que essa horizontalidade ainda é muito mais formal do que material.

Horizontalidade há, pois assim como nos casos anteriores, no caso da cooperação com Moçambique não há a pactuação de condicionalidades, tampouco o endividamento do país africano – diferentemente do que muitas vezes ocorre na cooperação Norte-Sul. Mas veja-se que esses elementos respondem a uma *racionalidade formal*. Porém, o conteúdo das atividades de cooperação indica uma via de mão única, pela qual o país africano fica em posição passiva na *transferência* – que, por isso, dificilmente pode ser chamada de *troca* – de conhecimentos. Essa via de mão única indica que a horizontalidade não é completa no atual modelo de cooperação Sul-Sul posto em prática pelo Brasil. Então, sob o ponto de vista de uma *racionalidade material*, as relações são verticais.

Este modelo possui outros elementos característicos, os quais aparecem principalmente nos atos bilaterais assinados durante a presente década. Um desses aspectos recentes é o reconhecimento do papel a ser desempenhado pelas organizações não governamentais, como parceiras dos países para o desenvolvimento de atividades de cooperação e, inclusive, para os auxiliarem no financiamento dessas atividades. Isso, que já se mostrara evidente quando analisados os outros casos da cooperação bilateral, se confirma no caso moçambicano. Com efeito, dos vinte e nove atos bilaterais sobre cooperação sanitária em sentido amplo, dezessete referem a possibilidade de estabelecimento de parcerias com organismos internacionais e com organizações não-governamentais – todos eles em vigor. Desses dezessete, o primeiro é de 1989, todos os outros dos anos 2000. A referência, no Acordo de 1989, a organizações não-governamentais, é um dado excepcional quando se analisa o universo da cooperação

Brasil-PALOP. Essa é, de fato, uma tendência recente. No caso da cooperação Brasil-Moçambique, os outros dezesseis atos com esse tipo de cláusula são assim distribuídos: três em 2001, dois em 2003, um em 2004, um em 2006, quatro em 2007, quatro em 2008 e um em 2009.

Outro componente da cooperação bilateral que tem adquirido importância nos últimos anos é a avaliação dos programas. Dos vinte e nove atos bilaterais de cooperação que podem repercutir em saúde, onze, todos estes em vigor, trazem algum mecanismo de avaliação ou monitoramento. Os dois primeiros são de 2003 e são os mais bem elaborados, pois definem periodicidade, semestral ou anual, para a elaboração de relatórios sobre resultados. Os nove restantes – quatro de 2007, quatro de 2008 e um de 2009 – contemplam cláusula que prevê elaboração de relatórios de resultados, porém não definem periodicidade, o que pode sugerir um mecanismo de avaliação, mas não de monitoramento. Em todos esses exemplos não se definem os critérios avaliativos, tampouco se define obrigatoriedade de publicidade – bem ao contrário, a publicação de qualquer documento depende da discricionariedade das chancelarias.

Portanto, se percebe que há traços comuns entre a cooperação Brasil-Moçambique e aquela com os demais PALOP – especialmente no que tange à dialética da horizontalidade/verticalidade, ao reconhecimento formal da participação das organizações não-governamentais e ao ainda incipiente componente de avaliação/monitoramento da cooperação realizada. No entanto, também há diferenças.

No caso da cooperação com Moçambique não foram encontrados atos bilaterais direcionados ao combate à malária, como se percebeu na cooperação com Angola, com Cabo Verde e com Guiné-Bissau. No entanto, com nenhum destes países há cooperação tão desenvolvida em matéria de combate ao HIV/AIDS. Com efeito, o desenvolvimento de uma indústria farmacêutica pública para produção de medicamentos genéricos é um programa ousado que implica relações verticais de transferência de tecnologia – o que sugere uma *verticalidade de meios*. Ao mesmo tempo, o objetivo da futura sustentabilidade da política moçambicana de produção de fármacos, especialmente antirretrovirais, sugere uma *horizontalidade de fins*. É neste contexto dialético que se dá a instalação da sede da FIOCRUZ no continente africano, em Maputo, Moçambique. Este reforço institucional da cooperação sanitária brasileira coloca o país africano em posição destacada para o futuro

da cooperação Sul-Sul do seu continente com o Brasil. E, como percebido, isso faz parte de um processo econômico de formação de mercado farmacêutico naquele país.

2.5. Cooperação sanitária do Brasil com São Tomé e Príncipe

*A ilha te fala
de rosas bravias
com pétalas
de abandono e medo.*⁶⁶⁸

O quadro jurídico da cooperação entre Brasil e São Tomé e Príncipe foi estabelecido em vinte e seis de junho de 1984, com a assinatura de três acordos. O Acordo Geral de Cooperação⁶⁶⁹ abre caminho para que outros acordos promovam cooperação nas áreas econômica, científica, técnica e cultural (art. 1º, I). De modo mais específico, o Acordo Cultural⁶⁷⁰ prevê a cooperação “nos campos da cultura, educação, artes e esportes, bem como o intercâmbio de professores universitários e secundários e de estudantes” (art. 1º). Por fim, o Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica⁶⁷¹ visa a apoiar os esforços nacionais para o desenvolvimento econômico e social, em consonância com “políticas e planos globais, regionais ou setoriais” (art. 1º), com cláusula que permite a “participação de organismos internacionais” (art. 5º, II). Nos atos bilaterais dos anos 2000, respeitando uma tendência da cooperação Sul-Sul brasileira, começará a haver alguma preocupação com instrumentos de avaliação dos programas de cooperação, bem como os

⁶⁶⁸ MARGARIDO, Manuela. V. In: APA, Livia; BARBEITOS, Arlindo; DÁSKALOS, Maria Alexandre (Orgs.). *Poesia africana de língua portuguesa: antologia*. Rio de Janeiro: Lacerda Editores, Academia Brasileira de Letras, 2003, p. 272.

⁶⁶⁹ Em vigor desde 20 de janeiro de 1992, foi aprovado pelo Congresso Nacional pelo Decreto Legislativo nº 217, de 27 de novembro de 1991, e promulgado pelo Decreto nº 471, de 9 de março de 1992. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_tome_05_3624.htm>. Acesso em: 15 jul. 2009.

⁶⁷⁰ Em vigor desde 27 de junho de 1991, foi aprovado pelo Congresso Nacional pelo Decreto Legislativo nº 6, de 9 de abril de 1986, e promulgado pelo Decreto nº 337, de 11 de novembro de 1991. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_tome_06_3625.htm>. Acesso em: 15 jul. 2009.

⁶⁷¹ Em vigor desde 21 de dezembro de 1987, foi aprovado pelo Congresso Nacional pelo Decreto Legislativo nº 7, de 13 de novembro de 1987, e promulgado pelo Decreto nº 95.943, de 21 de abril de 1988. Disponível em: <<http://www2.mre.gov.br/dai/saotomect.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2009.

ajustes passarão a formalmente reconhecer o papel das organizações não-governamentais como parceiras na cooperação.

Os três acordos de 1984 conferem à cooperação são-tomeo-brasileira, já na largada, uma configuração jurídica abrangente. Ocorre que o marco jurídico da cooperação bilateral só ganha concretude à medida que são assinados outros atos, principalmente os ajustes complementares. Não há dúvida de que o quadro é de uma cooperação para o desenvolvimento. No entanto, não obstante as grandes intenções de 1984, por dezesseis anos nenhum ato bilateral agregou densidade a esse abrangente marco jurídico. O primeiro ajuste complementar só foi assinado em dezembro do ano 2000, por coincidência, na área da saúde pública.

Trata-se do Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica para Implementação do Projeto “Apoio ao Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe na Prevenção às DST/AIDS”⁶⁷². No preâmbulo fica claro que se trata da exportação, pelo Brasil, de uma política pública exitosa; ao mesmo tempo, é enfático o discurso da horizontalidade:

Considerando (...) Que há um entendimento mútuo de que a cooperação técnica deve obedecer ao princípio da horizontalidade, proporcionando um processo complementar aos esforços nacionais de compartilhar experiências, conhecimentos, tecnologias e recursos em circunstâncias de igualdade, com uma transferência recíproca, não-vertical, com base em uma agenda acordada em comum que potencialize as experiências nacionais e os aportes bilaterais; (...) ⁶⁷³

No corpo do texto, logo se percebe que essa horizontalidade diz mais respeito à forma do que ao conteúdo. Por um lado, tudo é acordado bilateralmente, respeitado o consentimento mútuo, sem a imposição de condicionalidades. No entanto, o conteúdo do Projeto aprovado pelo ajuste complementar evidencia a verticalidade das ações empreendidas. Com efeito, o Brasil se compromete a ajudar o Ministério da Saúde santomense a fortalecer seu Programa Nacional de Luta contra a SIDA (art. 2º). Em uma via de mão única, os técnicos do país africano são treinados por técnicos brasileiros e recebem publicações e material de apoio produzidos no Brasil (art. 5º). À referida

⁶⁷² Assinado em São Tomé, em 2 de dezembro de 2000, e em vigor na mesma data.

⁶⁷³ SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE; BRASIL. *Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe para Implementação do Projeto “Apoio ao Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe na Prevenção às DST/AIDS”*. 2000. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_tome_08_4842.htm>. Acesso em 15 jul. 2009.

horizontalidade formal justapõe-se uma verticalidade material, pois o Brasil é *agente* e o outro país é *paciente* da cooperação empreendida.

É importante mencionar que este primeiro ajuste complementar já traz cláusula de monitoramento da cooperação, quando estabelece, no seu artigo sétimo, a elaboração de *relatórios semestrais* para apresentação de resultados. No entanto, não estão definidos os critérios de avaliação e tampouco é determinada a sua publicidade, pois os relatórios se destinam ao exame em reuniões bilaterais por representantes dos dois países.

Em 2003, foi assinado o Protocolo de Intenções sobre Cooperação Técnica na Área da Saúde⁶⁷⁴, que logrou delimitar a pauta da cooperação sanitária são-tomeo-príncipe-brasileira. De modo geral, pretende-se desenvolver ações de prevenção, planejamento, controle e capacitação em saúde. Os países sinalizam que pretendem se comprometer a cooperar para o fortalecimento institucional sanitário, especialmente no que toca à vigilância epidemiológica e imunizações. No que concerne ao enfrentamento de enfermidades específicas, é dada prioridade ao combate à malária e à AIDS, por meio da vigilância epidemiológica e da mobilização social. No que concerne ao paludismo, enfatiza-se a cooperação para combate ao vetor. No que tange à síndrome da imunodeficiência, o acesso a medicamentos antirretrovirais (assistência) e a preservativos (prevenção). É importante mencionar, enfim, que este foi o primeiro ato bilateral são-tomeo-brasileiro a contemplar cláusula⁶⁷⁵ sobre parcerias que reconheceu expressamente o papel das organizações não-governamentais na cooperação internacional.

Com isso, o Protocolo de Intenções desenha um panorama articulado de fortalecimento do sistema de saúde santomense, com foco em duas prioridades sanitárias daquele país, que são as mencionadas enfermidades. Os atos bilaterais assinados nos anos seguintes procuraram dar concretude a essas diretrizes.

⁶⁷⁴ Assinado em São Tomé, em 2 de novembro de 2003, e em vigor na mesma data.

⁶⁷⁵ Trata-se de cláusula “padrão” dos atos bilaterais do Brasil com países em desenvolvimento nos últimos anos, que diz o seguinte: “para a implementação dos programas, projetos e atividades de cooperação técnica no domínio da saúde, concebidos sob a égide deste Protocolo, as Partes poderão estabelecer parcerias com instituições dos setores público e privado, organismos e entidades nacionais e internacionais, bem como com organizações não governamentais” – SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE; BRASIL. *Protocolo de Intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe sobre Cooperação Técnica na Área da Saúde*. 2003. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_tomé_21_5215.htm>. Acesso em: 15 jul. 2009.

No que concerne ao combate ao HIV/AIDS, foi assinado, em 2005, o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica para a Implementação do Projeto de Ações de Prevenção e Controle do Vírus da Deficiência Imunológica Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) em São Tomé e Príncipe⁶⁷⁶. O fortalecimento da política de saúde santomense na matéria visa a controlar a transmissão materno-infantil e a favorecer a universalidade de tratamento com “terapia antirretroviral de primeira linha” (art. 1º, II). O Ajuste reitera os termos do Protocolo de Intenções de 2003, quanto ao objeto da capacitação realizada pelos técnicos brasileiros – “assistência, diagnóstico, vigilância epidemiológica, prevenção, articulação com a sociedade civil, avaliação e monitoramento” (art. 3º, I, *a* e *b*). O Brasil também se compromete a fornecer medicamentos antirretrovirais de produção brasileira, bem como material informativo para promoção da saúde (art. 3º, I, *c* e *d*). O Ajuste prevê que ambos os países compartilhem os custos deste programa e autoriza “a participação de terceiros países e de organismos multilaterais de cooperação e organizações não-governamentais” (art. 4º). Cumpre mencionar, por fim, que o Ajuste determina a avaliação e o monitoramento do projeto de cooperação, por meio de “relatórios trimestrais sobre os resultados obtidos” (art. 5º, I). No entanto, seguindo o padrão dos atos bilaterais, esses relatórios são direcionados aos órgãos executivos de ambos os países, sem obrigatoria publicidade. Além disso, não são definidos critérios ou indicadores para a avaliação/monitoramento do projeto.

No que respeita ao enfrentamento da malária, Brasil e São Tomé e Príncipe firmaram, em 2008, o Programa Executivo do Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica para Implementação do Projeto “Apoio ao Programa de Prevenção e Controle da Malária em São Tomé e Príncipe”⁶⁷⁷. De amplo escopo, o Programa elenca as seguintes finalidades, no art. 1º, I:

- a. desenvolver e implantar Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica da Malária (SIVEP-Malária);
- b. desenvolver e implantar Sistema de Informações e Controle de Vetores (Vetores-Malária)
- c. capacitar técnicos são-tomenses para a operacionalização do SIVEP-Malária e Vetores-Malária;
- d. elaborar e implementar estratégias de comunicação, mobilização social e educação em saúde.

⁶⁷⁶ Firmado em Brasília, em 18 de agosto de 2005, quando entrou em vigor. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_tomé_22_5410.htm>. Acesso em: 16 jul. 2009.

⁶⁷⁷ Assinado e em vigor desde 24 de outubro de 2008.

- e. realizar treinamento de técnicos de São Tomé e Príncipe em epidemiologia aplicada a gestão dos serviços e programas de saúde com ênfase na malária;
- f. realizar o Georreferenciamento das localidades e criadouros pontenciais de anofelinos de São Tomé e Príncipe para estratificação das zonas de risco para a vigilância e controle da malária, e
- g. assessorar a coordenação geral do programa de controle da malária em São Tomé e Príncipe para otimizar os diversos esforços desenvolvidos pelos parceiros em atividades em São Tomé e Príncipe, bem como, na normalização do programa.⁶⁷⁸

De modo mais específico, o governo brasileiro se comprometeu a desenvolver e implantar o mencionado Sistema, bem como a capacitar técnicos santomenses a trabalhar com essa ferramenta de vigilância epidemiológica (art. 3º). Para tanto, podem ser estabelecidas parcerias, inclusive com organizações não-governamentais (art. 4º). Quanto aos resultados do Projeto, prevê-se que sejam objeto de relatórios, apresentados às instituições governamentais de ambas as partes, sem previsão de sua ampla publicidade⁶⁷⁹.

Ademais, há um terceiro tema sanitário abarcado pela cooperação são-tomeo-príncipe-brasileira, sem dúvida menos importante que os dois primeiros. Trata-se da medicina desportiva. O Acordo de Cooperação Esportiva⁶⁸⁰, assinado na mesma ocasião que o Protocolo de Intenções da cooperação sanitária, contemplou a saúde no contexto do esporte. Com efeito, educação física, esporte para deficientes, medicina desportiva e combate ao *doping* estão entre os diversos temas que o Acordo, no artigo terceiro, lista para serem desenvolvidos no campo da cooperação desportiva. Enfim, é importante destacar que está prevista, no artigo sexto, a avaliação e o planejamento anual da aplicação deste Acordo.

Além desses atos bilaterais diretamente ligados à saúde, foram identificados outros que, por seu conteúdo, podem repercutir na melhoria das condições de saúde das pessoas

⁶⁷⁸ SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE; BRASIL. *Programa Executivo do Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Federativa de São Tomé e Príncipe para Implementação do Projeto “Apoio ao Programa de Prevenção e Controle da Malária em São Tomé e Príncipe”*. 2008. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_tome_29B.htm>. Acesso em: 16 jul. 2009.

⁶⁷⁹ De acordo com o artigo sexto: “1. As instituições executoras mencionadas no Artigo II elaborarão relatórios sobre os resultados obtidos no Projeto desenvolvido no âmbito deste Programa Executivo, os quais serão apresentados às instituições coordenadoras. 2. Os documentos resultantes das atividades desenvolvidas no contexto do Projeto a que se refere o presente Programa Executivo serão de propriedade conjunta das Partes Contratantes. Em caso de publicação dos referidos documentos, deverão as Partes Contratantes ser prévia e formalmente consultadas e mencionadas no documento objeto de publicação” – Ibid., loc. cit.

⁶⁸⁰ Assinado em São Tomé, 2 de novembro de 2003, e em vigor desde então. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_tome_14_5208.htm>. Acesso em: 15 jul. 2009.

que vivem no país africano. Trata-se de cooperação, não estritamente sanitária, mas em outros setores, os quais contemplam fatores condicionantes da saúde.

Este é o caso dos atos bilaterais de cooperação em matéria de educação, sendo que o primeiro ajuste complementar nessa matéria foi assinado em julho de 2001. Trata-se do Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação na Área de Educação para a Implementação do Projeto “Alfabetização Solidária em São Tomé e Príncipe”⁶⁸¹, que contempla cláusula de monitoramento por relatórios semestrais, nos moldes já descritos.

Pode-se referir, também, o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica na Área da Educação para a Implementação do Projeto “Bolsa-Escola em São Tomé e Príncipe”⁶⁸², de 2003. Neste ajuste, o governo brasileiro designa formalmente uma organização não-governamental para a execução das atividades (art. 2º, b). O ato bilateral determina a elaboração de *relatórios informativos semestrais* como instrumento de monitoramento/avaliação das atividades (art. 4º).

Igualmente, há que se mencionar o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica para Implementação do Projeto “Implementação do Programa de Alimentação Escolar em São Tomé e Príncipe”⁶⁸³, de 2007. No mesmo ano foi assinado o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica para Implementação do Projeto “Formação de Professores em Exercício em São Tomé e Príncipe”⁶⁸⁴, direcionado à formação de educadores da infância, por meio de ensino à distância. Ambos os Ajustes de 2007 propõem a capacitação de técnicos santomenses por técnicos brasileiros, abrindo a possibilidade de parcerias internacionais⁶⁸⁵ e determinando a elaboração de relatórios de resultados, restritos aos órgãos governamentais executores do

⁶⁸¹ Assinado em São Tomé, em 30 de julho de 2001, e em vigor na mesma data. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_tome_09_4887.htm>. Acesso em: 15 jul. 2009.

⁶⁸² Assinado em São Tomé, em 2 de novembro de 2003, em vigor desde então. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_tome_17_5211.htm>. Acesso em 15 jul. 2009.

⁶⁸³ Em vigor desde a sua assinatura, que ocorreu em 26 de março de 2007, em Brasília. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_tome_24_5928.htm>. Acesso em 17 jul. 2009.

⁶⁸⁴ Em vigor desde a sua assinatura, que ocorreu em 26 de março de 2007, em Brasília. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_tome_25_5929.htm>. Acesso em 17 jul. 2009.

⁶⁸⁵ Segundo o art. 5º de ambos os Ajustes: “na execução das atividades previstas no projeto objeto do presente Ajuste Complementar, as Partes Contratantes poderão dispor de recursos de instituições públicas e privadas, de organizações não-governamentais, de organismos internacionais, de agências de cooperação técnica, de fundos e de programas regionais e internacionais”.

projeto⁶⁸⁶. No ano de 2009, com essas mesmas cláusulas (sobre parcerias e relatórios), foi renovado o programa Alfabetização Solidária⁶⁸⁷.

Neste passo, igualmente deve ser mencionada a educação superior, uma vez que o Protocolo de Intenções sobre Cooperação Educacional⁶⁸⁸ prevê a realização de programas de cooperação para a acolhida de estudantes santomenses em universidades brasileiras. Este Protocolo de Intenções é mais um exemplo de ato bilateral que legitima a realização de parcerias com “instituições dos setores público e privado, organismos e entidades nacionais e internacionais, bem como com organizações não-governamentais” (art. 5º). No preâmbulo, ele enuncia a vontade de melhorar as condições de vida da população, confirmando que esse tipo de cooperação, embora não possa ser qualificada como cooperação sanitária em sentido estrito, é uma iniciativa que repercute nas condições de saúde do povo, sendo, portanto, um dado relevante para o presente estudo. É importante notar que este ato bilateral é mais um exemplo da cooperação *via de mão única* desenvolvida pelo Brasil, pois prevê, apenas, a abertura de oportunidades para estudantes do país africano no Brasil, e não o contrário.

Também a cooperação em agricultura pode implicar melhoria das condições de saúde da população. Neste sentido, há que se referir a cooperação em agricultura familiar, com o objetivo de capacitar santomenses a utilizar tecnologia brasileira de cultivos de subsistência, sendo que a primeira fase⁶⁸⁹ dessa cooperação foi pactuada em 2003 e a

⁶⁸⁶ Conforme o art. 9º idêntico a ambos os Ajustes.

⁶⁸⁷ SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE; BRASIL. *Programa Executivo ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe para Implementação do Projeto “Alfabetização Solidária em São Tomé e Príncipe – Fase V”*. Assinado e em vigor em 20 de janeiro de 2009. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_tome_33.htm>. Acesso em 17 jul. 2009.

⁶⁸⁸ Assinado em 2 de novembro de 2003, quando entrou em vigor. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_tome_20_5214.htm>. Acesso em 15 jul. 2009.

⁶⁸⁹ SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE; BRASIL. *Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe para Implementação do Projeto “Construção Institucional e metodológica da extensão rural como estratégia de desenvolvimento sustentável da agricultura familiar em São Tomé e Príncipe”*. Assinado e em vigor em 2 de novembro de 2003. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_tome_15_5209.htm>. Acesso em: 15 jul. 2009. – Este Ajuste, conforme tendência observada nos últimos anos, refere a elaboração de relatórios informativos sobre resultados, prevendo-se periodicidade, *in casu*, semestral (art. 4º), o que indica haver o monitoramento da cooperação. Em que pese esse avanço, continua ausente a previsão de publicidade dos relatórios, bem como seguem indefinidos os critérios de monitoramento/avaliação. Note-se que o Ajuste fala em relatórios *informativos*, o que pode sugerir que eles possam ser descritivos, não críticos (autocríticos).

segunda etapa⁶⁹⁰, em 2008. Além disso, a cooperação para capacitação de técnicos santomenses em matéria de desenvolvimento urbano prevê transferência de conhecimentos sobre políticas públicas de saneamento básico e de gerenciamento de resíduos sólidos⁶⁹¹.

Somando-se estes doze atos bilaterais que indiretamente repercutem na saúde com aqueles cinco, anteriormente mencionados, que diretamente se referem à cooperação sanitária (em sentido estrito), tem-se o conjunto dos atos bilaterais que, em sentido lato, trata da cooperação bilateral sanitária Brasil-São Tomé e Príncipe. Este conjunto amplo abarca dezessete atos, sendo que o total de instrumentos bilaterais celebrados entre os dois países alcança a cifra de vinte e sete.

No que concerne às parcerias com terceiros para a execução e, inclusive, para o financiamento das atividades de cooperação, verificou-se que onze, dos dezessete atos bilaterais do conjunto amplo da cooperação sanitária com São Tomé e Príncipe, contém cláusula específica. À exceção do primeiro deles – um dos Acordos de 1984 – os outros dez reconhecem o papel a ser desempenhado pelas organizações não-governamentais, todos da presente década: três de 2003, um de 2005, três de 2007, dois de 2008 e um de 2009.

Além disso, é expressiva a proporção de atos bilaterais que, no caso da cooperação com São Tomé e Príncipe, estabelecem instrumentos de monitoramento e/ou de avaliação das atividades. Dos dezessete atos do conjunto da cooperação sanitária *lato sensu*, doze estabelecem a elaboração de relatórios de avaliação: um em 2000, um em 2001, três em 2003, um em 2005, três em 2007, dois em 2008 e um em 2009. Destes, seis estabelecem

⁶⁹⁰ SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE; BRASIL. *Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe para Implementação do Projeto “Construção Institucional e metodológica da extensão rural como estratégia de desenvolvimento sustentável da agricultura familiar em São Tomé e Príncipe – Fase II”*. Assinado e em vigor em 4 de dezembro de 2008. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_tome_30.htm>. Acesso em: 17 jul. 2009. – Esse Ajuste, no mesmo molde do que já foi referido, contempla cláusula para parcerias internacionais, inclusive com organizações não-governamentais, bem como prevê a elaboração de relatórios, no modelo ainda incipiente de avaliação da cooperação brasileira.

⁶⁹¹ SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE; BRASIL. *Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe para Implementação do Projeto “Apoio ao Desenvolvimento Urbano de São Tomé e Príncipe”*. Assinado em 26 de março de 2007 e em vigor na mesma data. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_tome_27_5931.htm>. Acesso em 17 jul. 2009. – Também este Ajuste, seguindo o padrão dos últimos anos, inclui cláusula para parcerias internacionais, inclusive com organizações não-governamentais, assim como estabelece que relatórios sejam elaborados, ainda restritos conforme o modelo incipiente de avaliação da cooperação brasileira.

alguma periodicidade, indiciando a existência de um instrumento de monitoramento: um em 2000 (semestral), um em 2001 (semestral), três em 2003 (um anual e dois semestrais) e um em 2005 (trimestral). É positiva a proporção de atos bilaterais prevendo instrumentos de avaliação/monitoramento, comparativamente com os outros PALOP. No entanto, é negativo que, a partir de 2006, não seja mais prevista periodicidade para os *relatórios sobre resultados*, o que torna incerto o monitoramento das atividades. Ademais, como se verificou nos demais casos de cooperação bilateral apresentados, a previsão de instrumentos (relatórios) de avaliação não é acompanhada por uma definição dos critérios a serem considerados na elaboração desses relatórios e, o que é pior, não se determina sua publicidade, pois todos esses textos só são divulgados se houver concordância de ambas as partes nesse sentido.

De todo modo, o balanço é positivo, pois se verifica que dois temas centrais da saúde pública dos PALOP (combate ao HIV/AIDS e à malária) são destacados no caso de São Tomé e Príncipe.

* * *

A análise dos compromissos internacionais e das disposições constitucionais dos cinco países africanos estudados estabeleceu a premissa de que em todos esses Estados saúde é um direito humano e fundamental, cuja efetivação impõe deveres ao Estado. Igualmente, o direito posto refere a importância da cooperação internacional como instrumento do desenvolvimento e dos direitos humanos.

Entretanto, os dados sobre economia, desenvolvimento e saúde desses países indicam que o direito vigente é, em grande medida, letra morta, malgrado também mostrarem que os PALOP em boa medida dependem da ajuda externa – majoritariamente Norte-Sul. Então se coloca o problema de trazer para a realidade o direito que está ausente. A cooperação, para poder desempenhar esse papel transformador, pode ser compreendida como tradução, o que implica compreender as relações de desenvolvimento e de dependência que, dialeticamente, a cooperação pode engendrar.

Finalmente, os atos bilaterais existentes entre o Brasil e os PALOP compõem um conjunto de rascunhos para uma possível tradução. O próximo capítulo tratará de refletir sobre esse acervo para propor elementos para um modelo Sul-Sul de cooperação sanitária que seja, efetivamente, uma garantia do direito humano à saúde.

CAPÍTULO IV

POR UM MODELO DE COOPERAÇÃO SOLIDÁRIA



GARCÍA, Joaquín Torres. *América invertida* (desenho), 1943.

O acervo de atos bilaterais compõe rascunhos que, por sua simples existência, não são suficientes para garantir o direito à saúde – ou seja, esses acordos são apenas uma *possibilidade* de traduzir o direito formal para a realidade material. Por mais densidade jurídica que seja dada à cooperação Sul-Sul, seus programas e projetos só se tornarão obra realizada se forem efetivamente implementados e se as comunidades se apropriarem,

localmente, não apenas do conhecimento transferido, mas também, e principalmente, do modo de produzir o conhecimento. Então, qual é a legitimidade de uma política pública de saúde feita para exportação? Qual é o papel da sociedade dos países que recebem a cooperação sanitária? Quais são os interesses que movem a solidariedade? Quais são os atores envolvidos na cooperação para o desenvolvimento? Qual é a utilidade da capacitação em via de mão única? Por que um modelo de cooperação Sul-Sul?

Muitas perguntas surgem ao se analisar o acervo dos atos bilaterais descritos. O discurso da horizontalidade, embora coerente com a forma jurídica e com os fins da cooperação sanitária, não é imune à verticalidade dos meios e do conteúdo dos atos bilaterais de cooperação. Isso impõe um enigma a ser desvelado: compreender a horizontalidade/verticalidade da cooperação internacional, o que pode ser feito por meio da dialética entre racionalidade formal e material (seção 1).

Os textos jurídicos analisados são apenas rascunhos de uma intenção nobilíssima. Mas isso não é pouca coisa. Eles dão a pista para descobrirmos onde estamos. Países em desenvolvimento, mas uns mais iguais que os outros, o Brasil e os PALOP podem ser exemplo de uma possibilidade: realizar direitos, por meio da cooperação internacional, contribuindo para o desenvolvimento autônomo em relação ao Norte que historicamente se pôs acima, numa cartografia colonial que o pincel de Torres García procurou corrigir. Então, para colocar o direito à saúde no lugar, talvez seja necessário virar o mapa de ponta cabeça (seção 2).

1. LIÇÕES DO ACERVO BILATERAL

O acervo de atos bilaterais estudados indica que saúde é um tema relevante da pauta da cooperação sanitária brasileira com países em desenvolvimento (seção 1.1). Uma consequência disso é a possibilidade de que a saúde transforme a própria cooperação, para torná-la efetivamente horizontal e democrática (seção 1.2). O objetivo dessas reflexões é aproximar-se de uma resposta para o problema central desta investigação, que consiste em

saber em que medida a cooperação sanitária torna efetivo o direito à saúde em países em desenvolvimento.

1.1. Importância da saúde na agenda da cooperação

Os dados sobre a cooperação Brasil-PALOP trabalhados são auspiciosos (1.1.1), principalmente porque confirmam a recente – e crescente – importância da saúde na pauta da cooperação Sul-Sul. Além disso, eles indicam tendências que são desafiadoras (1.1.2) para a construção de um modelo horizontal e solidário de cooperação entre países em desenvolvimento.

1.1.1. Dados auspiciosos...

A análise dos atos bilaterais celebrados entre o Brasil e os PALOP partiu da totalidade de instrumentos jurídicos bilaterais do Brasil com cada um desses países. Em cada caso procurou-se distinguir aqueles atos que, referentes a fatores condicionantes da saúde, podem repercutir na área da saúde pública. Com isso, se estabeleceu o conjunto da cooperação sanitária em sentido amplo. Então, procurou-se especificar, dentro do conjunto amplo, os atos bilaterais que explicitamente dizem respeito à cooperação em saúde. Isso configura o conjunto da cooperação sanitária em sentido estrito.

O quadro a seguir resume os dados produzidos a partir do estudo dos atos bilaterais do Brasil com os PALOP. Para cada país, informa-se o total de atos bilaterais. Do total, informam-se quantos acordos podem abarcar programas de cooperação sanitária. A partir deste número, especificam-se três dados: a quantia de acordos que expressamente estipulam a cooperação em saúde, o número de acordos que contêm cláusulas que preveem cooperação triangular e a quantidade de atos com previsão de elaboração de relatórios de avaliação. Em todos esses casos são especificados, entre parênteses, quantos desses atos estão em vigor.

QUADRO 9 – Resumo da cooperação sanitária Brasil-PALOP⁶⁹²

País	Angola	Cabo Verde	Guiné-Bissau	Moçambique	São Tomé e Príncipe	Totais
Total de atos bilaterais ⁶⁹³ (atos em vigor)	37 (35)	37 (37)	16 (15)	59 (53)	27 (27)	176 (167)
Atos que podem abarcar – ou repercutir na – cooperação em saúde (atos em vigor)	18 (17)	20 (20)	9 (9)	29 (27)	17 (17)	93 (90)
Atos que dispõem especificamente sobre cooperação em saúde (atos em vigor)	6 (5)	6 (6)	1 (1)	13 (11)	5 (5)	31 (28)
Atos com cláusula de cooperação triangular ou trilateral (atos em vigor)	9 (9)	14 (14)	4 (4)	17 (17)	11 (11)	55 (55)
Atos com previsão de elaboração de relatórios de avaliação (atos em vigor)	6 (6)	10 (10)	4 (4)	11 (11)	12 (12)	43 (43)

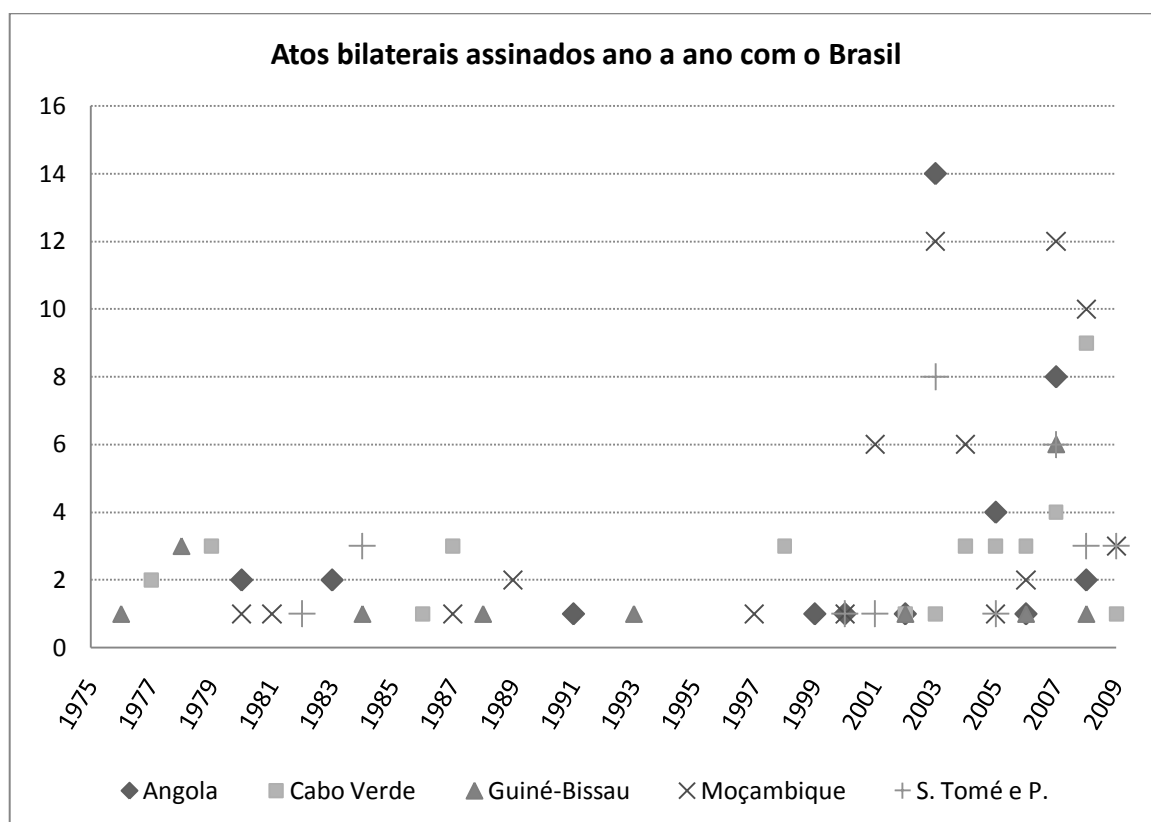
Ao todo, foram analisados cento e setenta e seis atos bilaterais celebrados pelo Brasil com cada um dos PALOP. Note-se que, destes, apenas nove atos ainda não estão em vigor. É importante referir que neste conjunto estão compreendidos tanto os acordos bilaterais que estabeleceram o marco jurídico da cooperação bilateral e que foram promulgados após aprovação pelo Congresso Nacional, como aqueles acordos que entraram em vigor simultaneamente a sua assinatura. Isso ocorre tanto por se tratar de um ajuste complementar ao acordo bilateral o qual, este sim, passou pelo rito de aprovação legislativa, como por ser o caso de um ato bilateral que indica um início de compromisso entre as partes, que ainda será densificado por atos jurídicos posteriores. Em qualquer caso, só é possível a dispensa da aprovação legislativa quando o ato não trazer compromissos gravosos ao patrimônio nacional, o que costuma ser explicitado em cláusula própria do acordo.

O gráfico a seguir mostra a evolução, no tempo e por país, da assinatura da totalidade dos atos bilaterais com o Brasil.

⁶⁹² Elaborado a partir da descrição dos dados realizada no Capítulo III, 2.1 a 2.5.

⁶⁹³ Estão incluídos acordos, ajustes complementares, emendas a ajustes complementares, programas de trabalho, programas executivos, memorandos de entendimento, protocolos de intenções. Embora sob o ponto de vista formal essa classificação possa envolver outros atos que se questione serem, tecnicamente, tratados internacionais, preferiu-se adotá-la em função de ser esta a classificação publicada pela Divisão de Atos Internacionais do Ministério das Relações Exteriores, como mencionado no Capítulo III, seção 2.

GRÁFICO 1



Nota-se que as relações jurídicas do Brasil com os PALOP se iniciaram entre o final dos anos 1970 e o início dos anos 1980, em razão da descolonização tardia desses países africanos⁶⁹⁴, após intensas lutas de libertação⁶⁹⁵. O que se verifica, depois, é um abrandamento das relações nos anos 1990. Porém, a partir do final dos anos 1990 verifica-se uma tendência crescente de assinatura de atos bilaterais – o que em parte pode ser explicado pela aproximação desses países no âmbito da Comunidade dos Países de Língua

⁶⁹⁴ Guiné-Bissau tornou-se independente em 10 de setembro de 1974. Moçambique, em 25 de junho de 1975. Cabo Verde, em 5 de julho do mesmo ano. São Tomé e Príncipe, uma semana depois, em 12 de julho. Angola, enfim, em 11 de novembro de 1975. – SEITENFUS, Ricardo. *Relações internacionais*. Barueri: Manole, 2004, p. 39.

⁶⁹⁵ Para uma crítica da violenta repressão portuguesa aos movimentos de libertação dos futuros PALOP, que fez uso inclusive do napalm em terras angolanas, ver: KI-ZERBO, Joseph. *História da África Negra*. Vol. 2. Ed. rev. atual. [s.l.]: Publicações Europa-América, 197-, p. 272-279. A independência, entretanto, não significou necessariamente a paz. Em Angola, por exemplo, no dia seguinte à retirada do alto-comissário português, mais de um partido proclama a independência e então eclode sangrenta e duradoura guerra civil responsável em boa medida pela miséria no país – KI-ZERBO. Op. cit., p. 285.

Portuguesa (CPLP)⁶⁹⁶. Notadamente no ano de 2003 foram assinados trinta e cinco atos, o que corresponde, em um único ano, a 19,9% da totalidade dos atos Brasil-PALOP. No ano de 2007 foram trinta e seis atos, correspondendo, em um só ano, a 20,5% do universo da pesquisa. Coincidentemente, esses dois picos de quantidades de atos bilaterais ocorrem no primeiro ano do primeiro mandato e no primeiro ano do segundo mandato do governo de Luís Inácio Lula da Silva, no Brasil⁶⁹⁷. Aliás, de 2003 a 2009, contabilizam-se cento e vinte oito atos bilaterais, o que equivale a 72,7% da totalidade dos atos com os PALOP.

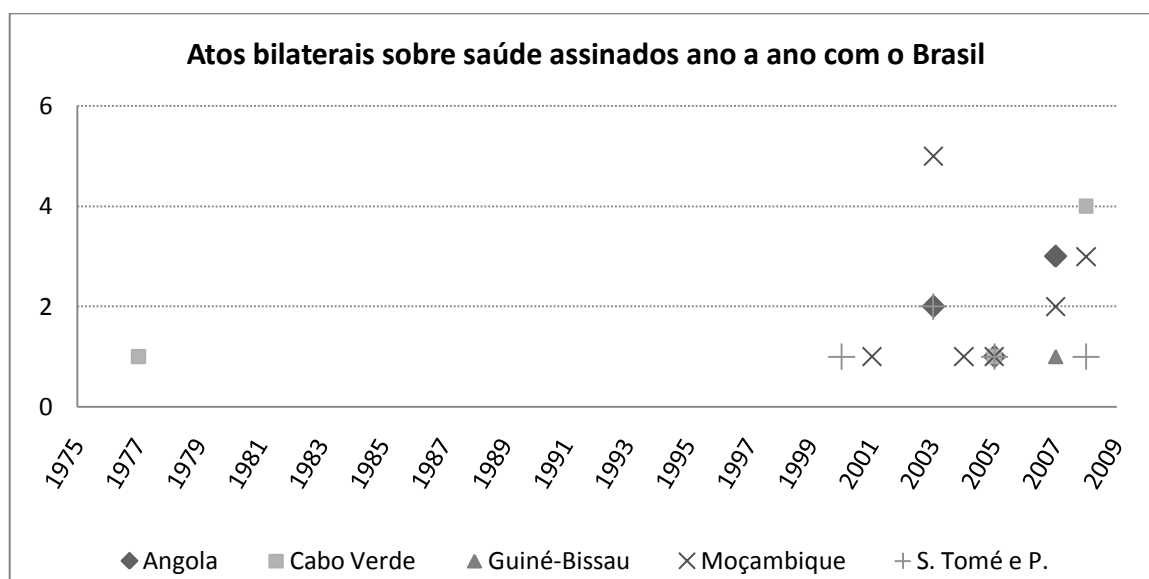
Após a leitura dos cento e setenta e seis acordos, concluiu-se que, pelo seu conteúdo, noventa e três deles podem repercutir, de algum modo, na cooperação sanitária – são estes os que foram descritos no capítulo anterior. Destes, noventa estão em vigor. Trata-se do conjunto da cooperação sanitária em sentido amplo.

Neste conjunto maior, verificou-se que um terço, ou seja, trinta e um atos bilaterais, dizem respeito, direta e expressamente, à cooperação em matéria de saúde, dos quais vinte e oito vigem atualmente. Trata-se do conjunto da cooperação sanitária em sentido estrito. O gráfico a seguir mostra a evolução, no tempo e por país, da assinatura pelo Brasil dos atos bilaterais de cooperação sanitária *stricto sensu*.

⁶⁹⁶ CPLP foi constituída em 1996 e desde então tem sido um importante espaço de diálogo cultural e de cooperação, assim como um espaço de influência portuguesa nos países que compõem o seu passado colonial. Ver: <<http://www.cplp.org>>.

⁶⁹⁷ Fugiria ao escopo deste trabalho realizar uma análise de política externa comparativa da atuação dos governos brasileiros desde o início da cooperação com os PALOP. No entanto, os dados dão uma pista de que essa questão pode ser um interessante tema de pesquisa.

GRÁFICO 2



Este segundo gráfico, assim como o primeiro, indica que a cooperação entre os PALOP e o Brasil se incrementa consideravelmente nos anos 2000. O único ato anterior é um Memorando de Entendimento assinado com Cabo Verde em 1977, juntamente com o Básico de Cooperação Técnica e Científica, indicando as áreas – entre as quais se mencionava a saúde – para a futura cooperação. O que se percebe é que, dado o longo interregno, não foi esse Memorando o responsável pela cooperação sanitária entre os países. A cooperação sanitária ocorre no âmbito do adensamento das relações do Brasil com esses países na última década, o que coincide com o aprofundamento do diálogo no âmbito da CPLP e com a ascensão da esquerda ao governo no Brasil.

Esses dois gráficos demonstram não apenas que o Brasil tem se aproximado dos PALOP por meio de instrumentos jurídicos bilaterais, como também revelam que a saúde tem sido um tema importante desse acervo crescente. Então, é importante organizar os temas verificados na cooperação sanitária *stricto sensu*, para cada PALOP, com o quadro a seguir.

QUADRO 10 – Temas da cooperação sanitária *stricto sensu* Brasil-PALOP⁶⁹⁸

Angola	Cabo Verde	Guiné-Bissau	Moçambique	São Tomé e Príncipe
<p>Educação para a saúde, qualificação laboral.</p> <p>Estudo de doenças tropicais, formação em pós-graduação.</p> <p>Prevenção sanitária e fitossanitária.</p> <p>Capacitação do sistema de saúde: criação de mestrado em saúde pública, fortalecimento de rede de bibliotecas em saúde, estruturação da Escola Nacional de Saúde Pública de Angola.</p> <p>Controle e prevenção de enfermidades: malária.</p>	<p>Combate ao HIV/AIDS.</p> <p>Enfrentamento da malária: controle de vetores, vigilância epidemiológica.</p> <p>Farmacovigilância: capacitação da Agência cabo-verdiana (ARFA), registro de medicamentos genéricos, regulação.</p> <p>Aleitamento materno: banco de leite humano.</p> <p>Atenção primária à saúde.</p>	<p>Combate à malária: fortalecimento da vigilância epidemiológica, controle do vetor, capacitação técnica.</p>	<p>Combate ao HIV/AIDS: capacitação gerencial do Programa Nacional de Combate à AIDS, produção de medicamentos antirretrovirais, indústria de genéricos, regulação em fármaco-vigilância.</p> <p>Estabelecimento da FIOCRUZ África.</p> <p>Formação de quadros superiores em saúde: fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde.</p> <p>Alimentação e nutrição.</p> <p>Medicina desportiva.</p> <p>Saúde do trabalhador do setor de mineração.</p> <p>Combate à drogação.</p>	<p>Fortalecimento institucional sanitário.</p> <p>Vigilância epidemiológica e imunizações.</p> <p>Prevenção e controle da malária: sistemas de vigilância epidemiológica de controle de vetores, capacitação.</p> <p>Prevenção às DST e AIDS: programa nacional, acesso a medicamentos antirretrovirais e preservativos, controle da transmissão materno-infantil, universalização do tratamento.</p> <p>Medicina desportiva e combate ao <i>doping</i>.</p>

Percebe-se que é extensa a pauta da cooperação sanitária do Brasil com os PALOP. Recorde-se, contudo, que esses atos celebrados constituem apenas *rascunhos* para a tradução do direito à saúde à realidade social desses países – como visto no capítulo anterior. Ou seja, o objetivo da pesquisa foi compreender os *instrumentos jurídicos* da cooperação. Resta ainda por verificar, caso a caso, se os atos bilaterais foram realmente implementados, se a cooperação de fato é realizada. Isso fugiria ao escopo do trabalho e, ademais, seria tarefa dificultada pela ainda incipiente publicidade dos atos da cooperação brasileira, como se verá mais adiante. De todo modo, o balanço da pauta resumida nesse quadro é auspicioso, pois indica compromissos concretos.

Retomando o conjunto da cooperação sanitária Brasil-PALOP *lato sensu* – que compreende, como dito acima, noventa e três atos bilaterais –, além do terço que compõe a

⁶⁹⁸ Elaborado a partir da descrição dos dados realizada no Capítulo III, 2.1 a 2.5.

cooperação sanitária *stricto sensu*, há mais sessenta e dois atos bilaterais. Estes, correspondentes a dois terços do conjunto *lato sensu*, abarcam dois tipos de instrumentos jurídicos. De um lado, há aqueles que tratam do marco jurídico da cooperação, sob cujo guarda-chuva são pactuados os atos de cooperação sanitária em sentido estrito. De outro, há os atos bilaterais que tratam de temas específicos, *indiretamente sanitários*.

De modo muito geral, toda a cooperação para o desenvolvimento repercute na melhora das condições de vida e de saúde, indiretamente, pois de maneira ampla o desenvolvimento produz melhorias na saúde das populações⁶⁹⁹. No entanto, o recorte da presente pesquisa procurou distinguir determinadas situações mais claramente relacionadas à melhora das condições da saúde. Essa escolha diz respeito à cooperação tocante aos fatores condicionantes da saúde e da cooperação que repercute ou auxilia aquela que foi considerada cooperação sanitária *stricto sensu*. Feito esse esclarecimento, podem ser listados os seguintes temas de cooperação indiretamente sanitária, por país estudado.

QUADRO 11 – Temas da cooperação Brasil-PALOP indiretamente sanitários⁷⁰⁰

Angola	Cabo Verde	Guiné-Bissau	Moçambique	São Tomé e Príncipe
Acordos gerais: cooperação cultural e técnico-científica. Comércio: abastecimento de alimentos e petróleo. Meio ambiente: educação ambiental, legislação ambiental, gestão, avaliação de impacto ambiental. Administração pública: formação de gestores. Educação: desenvolvimento	Acordos gerais: cooperação cultural e técnico-científica. Recursos hídricos: abastecimento de água. Tecnologia da informação. Ensino superior: mestrado e doutorado, apoio à implantação da Universidade de Cabo Verde, formação científica de estudantes universitários no Brasil. Educação: alimentação escolar, inclusão de deficientes. Promoção de direitos humanos e inclusão social.	Acordos gerais: cooperação científica e tecnológica, amizade e comércio. Formação profissional: Centro de Formação Profissional de Guiné-Bissau. Educação Superior: apoio à Universidade Amílcar Cabral. Segurança alimentar e	Acordos gerais: área econômica, científica técnica, tecnológica, cultural, educacional. Educação: alfabetização, formação científica de nível superior. Educação ambiental: formação de educadores ambientais. Educação alimentar e nutricional. Administração pública: governo eletrônico, desenvolvimento de capacidades para desenvolvimento de políticas, desenvolvimento gerencial do governo. Segurança pública,	Acordo geral, de cooperação cultural e técnico-científica. Educação básica: alfabetização solidária, bolsa-escola, formação de professores. Educação superior: acolhida de estudantes em universidades brasileiras. Agricultura familiar: tecnologia de cultivos de

⁶⁹⁹ Fatores sociais, quando melhorados em uma dada sociedade, implicam a diminuição em índices de morbi-mortalidade. Neste sentido, para estudar os vínculos entre aspectos sociais e enfermidades, surgiu a epidemiologia social. Cfr.: BARATA, Rita Barradas. Epidemiologia social. *Revista brasileira de epidemiologia*, v. 8, n. 1. São Paulo, mar. 2005, p. 7-17.

⁷⁰⁰ Elaborado a partir da descrição dos dados realizada no Capítulo III, 2.1 a 2.5.

de capacidades em diversas áreas, educação inclusiva para deficientes. Mecanismo de consultas políticas.	Formação profissional. Mecanismo de consultas políticas sobre o próprio processo de cooperação bilateral.	agronegócio: melhoria das condições de trabalho e alimentação. Mecanismo de consultas políticas.	sistema prisional. Promoção de direitos sociais dos jovens. Recursos hídricos e acesso à água. Qualidade dos produtos industrializados (normalização).	subsistência. Saneamento básico e gerenciamento de resíduos sólidos: capacitação de técnicos nacionais.
--	---	--	--	---

Este quadro pode ser resumido nos seguintes temas principais: educação, administração pública, meio ambiente e agricultura. Todos representam fatores que condicionam⁷⁰¹ as condições de saúde das pessoas. A educação, elemento central da promoção da saúde, implica conhecimentos e discernimento sobre hábitos saudáveis e sobre prevenção. A administração pública, mais bem capacitada e aparelhada, pode desempenhar melhor suas tarefas no que concerne às políticas de saúde. O meio ambiente⁷⁰², se não for saudável, adoecerá os seres humanos que nele habitam. Finalmente, a produção agrícola é elemento chave para o acesso a alimentos de boa qualidade e em quantidade suficiente, ou seja, é fundamental para a segurança alimentar⁷⁰³, que é outro fator condicionante da saúde. Portanto, todos esses temas, insertos na cooperação brasileira com os cinco países africanos deste estudo, são temas de cooperação sanitária, se bem que indiretamente, razão pela qual compõem a cooperação sanitária em sentido amplo, mas não em sentido estrito.

Aqui, novamente, o balanço é auspicioso, devido à abrangência de fatores condicionantes da saúde que devem pautar ações concretas de cooperação internacional. Porém, uma coisa são os atos jurídicos que estabelecem a cooperação e outra é a sua realização efetiva, seu sucesso ou seu fracasso. Como já foi dito linhas acima, não se tem a

⁷⁰¹ Essa relação com a saúde é estudada há décadas. Em 1974, Yunes e Ronchezel já afirmavam que a baixa renda, o analfabetismo, a subalimentação e o déficit de saneamento básico são fatores correlatos a agravos à saúde das populações – YUNES, João; RONCHEZEL, Vera S. C. *Evolução da mortalidade geral, infantil e proporcional no Brasil. Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 8, suppl., 1974, p. 28 –. Em 1999, Silva e colaboradores reafirmaram que desigualdades em saúde refletem desigualdades sociais – SILVA, Lígia M. Vieira da; PAIM, Jairnilson S.; COSTA, Maria da C. N. *Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 2, abr. 1999, p. 187-197 –. Essa ainda é uma questão atual. As condições do abastecimento de água, por exemplo, ligam-se diretamente à incidência de dengue – SAN PEDRO, Alexandre et al. *Condições particulares de produção e reprodução da dengue em nível local: estudo de Itaipu, Região Oceânica de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, 2009, p. 1937-1946.

⁷⁰² Para a relação entre ambiente e saúde, ver: DÉOUX, S.; DÉOUX, P. *Ecologia é saúde: o impacto da deterioração do meio ambiente na saúde: conhecer para poder agir diariamente*. Lisboa: Piaget, 1996.

⁷⁰³ Sobre segurança alimentar no Brasil, ver: BELIK, Walter. *Perspectivas para segurança alimentar e nutricional no Brasil. Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 12, n. 1, jan.-jun. 2003, p. 12-20.

pretensão de analisar caso a caso a implementação dos atos jurídicos, uma vez que o estudo se restringe aos instrumentos jurídicos da cooperação sanitária. Isso é tarefa para outra pesquisa. No entanto, já se podem antever as dificuldades de tal empreitada, pois ainda é muito incipiente a publicidade dos resultados da cooperação sanitária e ainda é imberbe a avaliação das iniciativas de cooperação. Este e outros desafios da cooperação bilateral, indicados pelos dados mencionados, são analisados a seguir.

1.1.2. ...tendências desafiadoras

Entre as principais tendências recentes da cooperação Sul-Sul desenvolvida pelo Brasil, duas merecem destaque, por serem desafiadoras e importantes para o vir a ser da cooperação horizontal. Trata-se (a) da avaliação/monitoramento da cooperação e (b) da participação da sociedade civil organizada.

a. Avaliação/monitoramento da cooperação

Os sítios eletrônicos governamentais são seletivos ao noticiar os feitos da cooperação internacional, inclusive no Brasil e também no que concerne à cooperação sanitária, o que dificulta o controle pela sociedade e gera um déficit democrático – tema que será abordado mais adiante. Os dados coletados pela pesquisa, não obstante isso, levam a importantes achados para refletir sobre a avaliação da cooperação brasileira.

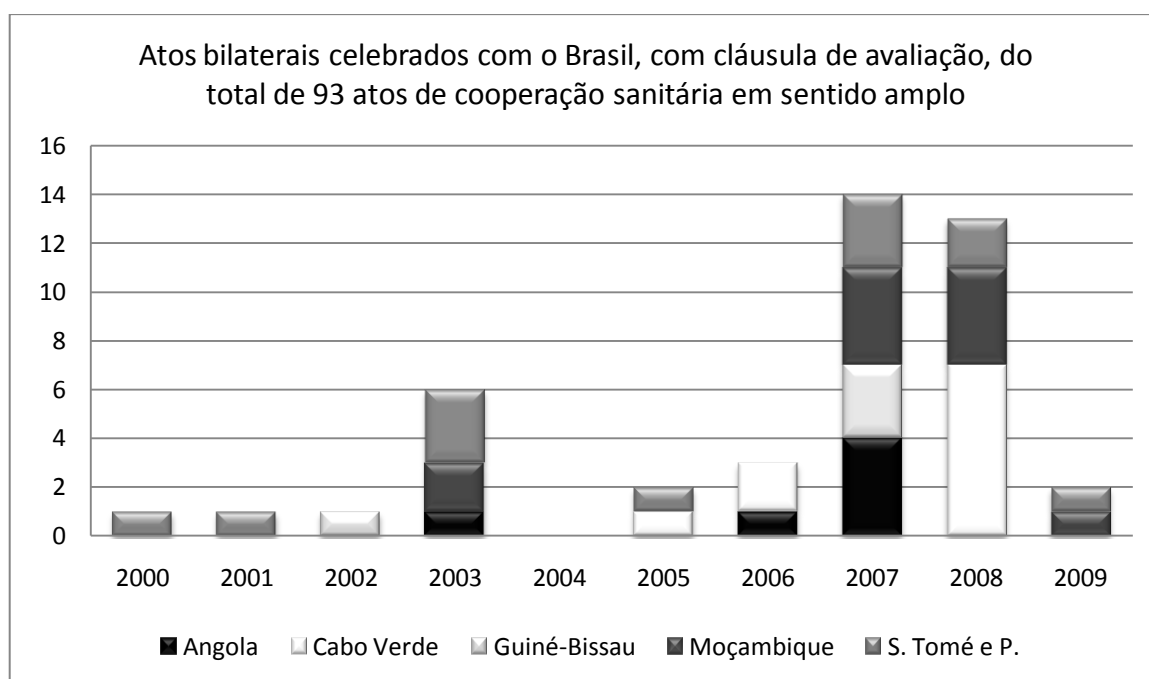
Com efeito, um aspecto de extrema relevância para uma crítica da cooperação Sul-Sul desenvolvida pelo Brasil diz respeito aos mecanismos de monitoramento e avaliação⁷⁰⁴ dos programas e projetos desenvolvidos. No conjunto dos noventa e três acordos que podem repercutir na cooperação sanitária, verificou-se que menos da metade, apenas quarenta e três, preveem a elaboração de relatórios informativos sobre resultados. Destes quarenta e três atos bilaterais, somente onze indicam alguma periodicidade para os relatórios de avaliação – três indicam periodicidade trimestral (com Angola, em 2007; com Cabo Verde, em 2005; com São Tomé e Príncipe, em 2005), seis indicam periodicidade

⁷⁰⁴ Para um estudo sobre avaliação e monitoramento da cooperação para o desenvolvimento de capacidades, ver: LOPES, Carlos. *Cooperação e desenvolvimento humano: a agenda emergente para o novo milênio*. São Paulo: UNESP, 2005, p. 53 et seq. MAXIMIANO, Antonio Cesa Amaru; SBRAGIA, Roberto. Avaliação e determinantes de sucesso de projetos de cooperação técnica internacional. In: MARCOVITCH, Jacques (Org.). *Cooperação internacional: estratégia e gestão*. São Paulo: Edusp, 1994, p. 511-538.

semestral (com Guiné-Bissau, em 2002; com Moçambique, em 2003; com São Tomé e Príncipe em 2000, 2001 e duas vezes em 2003) e dois indicam periodicidade anual (com Moçambique, em 2003; com São Tomé e Príncipe, em 2003).

Portanto, dos noventa e três atos que compõem o conjunto da cooperação sanitária em sentido amplo, trinta e dois estabelecem avaliação (relatórios sobre resultados) e onze determinam avaliação e monitoramento (relatórios periódicos sobre resultados). Com isso, verifica-se o início de um mecanismo de avaliação e um ainda mais incipiente sistema de monitoramento da cooperação oferecida pelo Brasil. Ainda que seja uma tendência louvável, há que se reconhecer que se trata de um processo ainda pouco desenvolvido, que precisa ser consolidado. Os gráficos a seguir procuram demonstrar essa tendência da cooperação Brasil-PALOP.

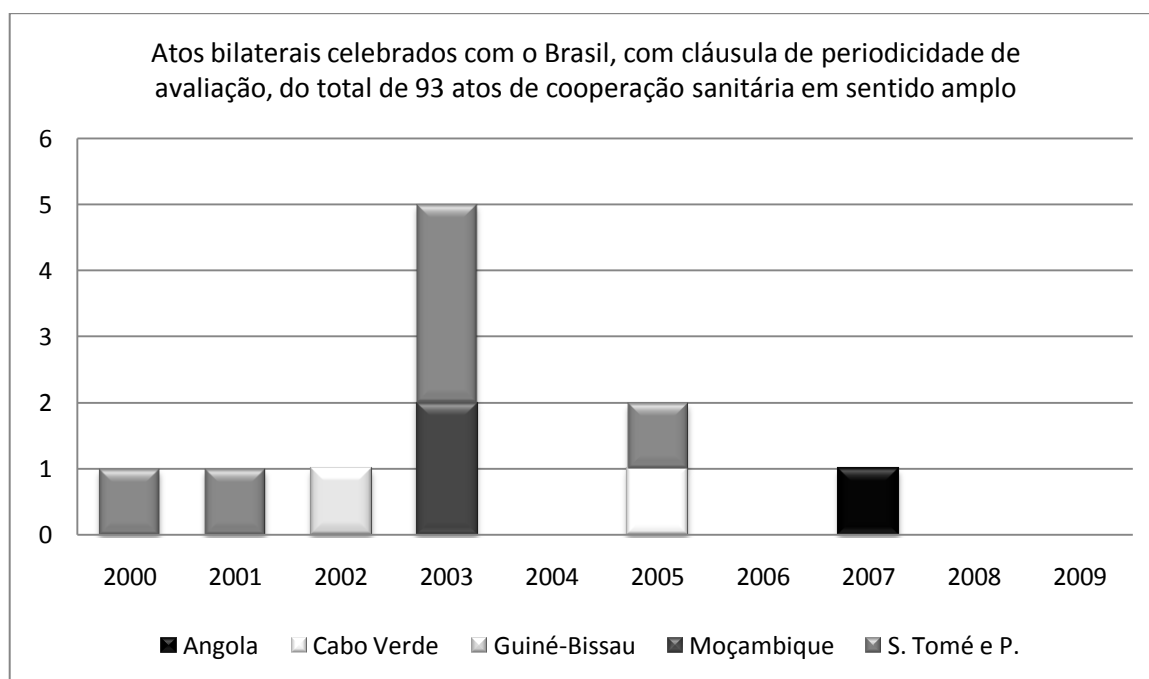
GRÁFICO 3



As cláusulas de avaliação, prevendo a elaboração de *relatórios sobre resultados*, só apareceram nos atos descritos a partir do ano 2000. Tal como mostra o gráfico acima, verifica-se, nos últimos anos, um aumento na frequência desse tipo de dispositivo. No entanto, apenas nos primeiros anos era prevista alguma periodicidade para esses relatórios

de avaliação, o que sugeria o monitoramento das atividades. O gráfico a seguir mostra que, nos últimos anos, tem esmaecido a tendência de pactuação de periodicidade para a avaliação dos programas de cooperação.

GRÁFICO 4



A situação, portanto, é dúbia. Por um lado há uma tendência crescente em incluir nos instrumentos jurídicos cláusulas sobre avaliação das atividades, que se traduz na exigência de elaboração de *relatórios sobre resultados*. Por outro, apenas nos primeiros anos dessa tendência se verificou a imposição de alguma periodicidade para a elaboração de tais relatórios, o que sugere um mecanismo de monitoramento. Por que os atos bilaterais deixaram de estipular periodicidade para a avaliação? Essa questão liga-se ao desafio de democratizar da cooperação internacional, o que será abordado logo adiante. Outro aspecto da avaliação/monitoramento da cooperação bilateral que diz respeito à dialética diplomacia/democracia é a inexistência de critérios claros acerca do quê será avaliado e, o que é mais problemático, a falta de regras que obriguem a publicidade desses instrumentos de avaliação da cooperação⁷⁰⁵.

⁷⁰⁵ Ver, a seguir, neste mesmo capítulo, a seção 1.2.2.

Por enquanto, pode-se concluir que a saúde é um tema relevante e atual na pauta da cooperação Sul-Sul realizada pelo Brasil com Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe. Mas não se pode esquecer que os referidos atos bilaterais são apenas *rascunhos* para que seja feita a tradução para a realidade do direito à saúde que, embora escrito, ainda está ausente...

b. Participação da sociedade civil organizada

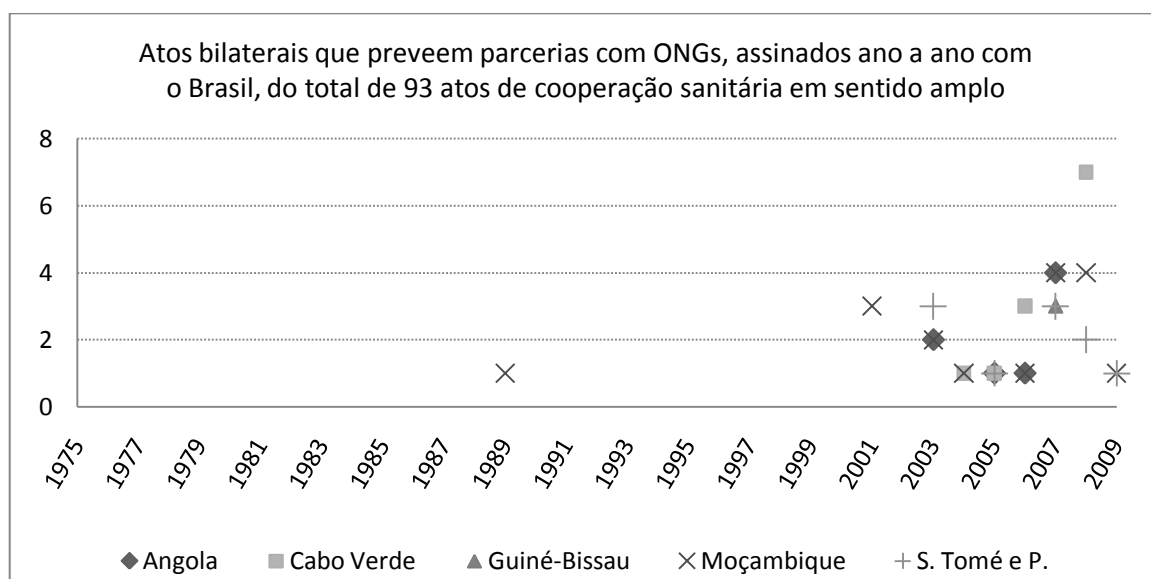
Outra tendência observada pela pesquisa documental é a recente formalização do reconhecimento de organizações não-governamentais como atores da cooperação bilateral. Para refletir sobre isso, é necessário voltar aos números da cooperação Brasil-PALOP.

Tomando por base os noventa e três atos que compõem o já mencionado conjunto da cooperação sanitária em sentido amplo, verificou-se que mais da metade contemplam cláusula que permite triangulação para obtenção de recursos junto a outros atores internacionais. São nove com Angola, quatorze com Cabo Verde, quatro com Guiné-Bissau, dezessete com Moçambique e onze com São Tomé e Príncipe, totalizando cinquenta e cinco atos bilaterais.

Destes cinquenta e cinco atos, cinquenta⁷⁰⁶ reconhecem a possibilidade de que atividades da cooperação sejam realizadas com recursos oriundos não apenas de terceiros Estados ou organizações internacionais, mas também de organizações não governamentais, agências internacionais de cooperação e fundos internacionais. Com exceção de um acordo com Moçambique de 1989 (sobre cooperação cultural), o qual já previa a possibilidade de parceria com organismos não governamentais, os outros quarenta e nove instrumentos bilaterais são dos anos 2000. O gráfico a seguir mostra essa tendência recente de formalmente reconhecer o papel das organizações não governamentais como atores da cooperação internacional.

⁷⁰⁶ Os cinco atos bilaterais que preveem parcerias apenas com terceiros Estados e com organizações internacionais governamentais são de 1977 (com Cabo Verde), 1978 (com Guiné-Bissau), 1980 (com Angola), 1984 (com São Tomé e Príncipe) e apenas um desta década, de 2005 (também com Cabo Verde).

GRÁFICO 5



É importante notar, ainda, uma peculiaridade. Dos cinquenta atos bilaterais que contemplam cláusula de financiamento por terceiros que inclui ONGs, trinta e um são acordos que indiretamente se referem à saúde e dezenove fazem parte do conjunto da cooperação sanitária *stricto sensu*. Então, quando se recorda que o conjunto da cooperação sanitária em sentido estrito – atos bilaterais que expressamente se referem à saúde – totaliza trinta e um atos bilaterais, tem-se outro dado relevante: 61,3% dos atos bilaterais Brasil-PALOP de cooperação sanitária *stricto sensu* estabelecem que ações de cooperação sanitária poderão ser financiadas ou executadas por organizações não governamentais, bem como por organizações internacionais.

Isso demonstra que as ONGs têm um importante papel a cumprir na cooperação Sul-Sul⁷⁰⁷, não apenas como parceiras dos Estados, mas também como parceiras entre si⁷⁰⁸. Trata-se, ademais, de um desdobramento do crescente papel que algumas ONGs desempenham na cena internacional, se não como sujeitos do direito internacional, como

⁷⁰⁷ Sobre a atuação das ONGs na cooperação Norte-Sul, ver: ABONG. *Outro diálogo é possível na cooperação Norte-Sul*. São Paulo: Peirópolis, 2003.

⁷⁰⁸ No que se refere à cooperação Norte-Sul, o envolvimento das ONGs em iniciativas comuns de articulação ainda é fragmentado e pontual. Exemplo disso é dado por Rolemberg e Gilhuis ao analisar o *Processo de Articulação e Diálogo*, iniciativa de articulação de ONGs de cooperação para o desenvolvimento e direitos humanos que envolve principalmente organizações ecumênicas – ROLEMBERG, Eliana; GILHUIS, Jan. A experiência do PAD. In: ABONG. *Outro diálogo é possível na cooperação Norte-Sul*. São Paulo: Peirópolis, 2003, p. 62.

atores das relações internacionais. Neste sentido, Seitenfus cunhou a sigla ONGAT, para designar as organizações não governamentais de alcance transnacional⁷⁰⁹. Tratam-se de associações de direito privado criadas de acordo com o direito interno, mas que atuam em nome do interesse público para além das fronteiras do Estado onde foram formalmente constituídas. Por um lado, as ONGAT demonstram eficiência ao agir com presteza diante de emergências internacionais, suprindo, muitas vezes, a ineficiência estatal. Por outro, são duramente criticadas porque muitas vezes não há transparência sobre a origem dos seus recursos, ou sobre a maneira de sua utilização⁷¹⁰. De todo modo, esses novos atores das relações internacionais têm conquistado espaços de ação cada vez mais importantes, inclusive no que concerne a cooperação internacional.

Em que pesem essas observações críticas, ao se pensar um modelo de cooperação horizontal, é necessário incluir a sociedade civil internacionalmente organizada, o que significa incorporar elementos da paradiplomacia⁷¹¹ nas tradicionais relações jurídicas bilaterais. Ademais, esse poderia ser um dos caminhos para democratizar a cooperação internacional, desde que os Estados exijam das ONGs que atuem com transparência, e desde que elas ajam localmente sem impor soluções, mas com intensa participação da população local.

Enfim, a partir da análise dos atos bilaterais de cooperação entre o Brasil e cada um dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, duas importantes tendências foram observadas – avaliação/monitoramento das atividades e abertura para a participação das organizações não governamentais. Como se verá logo a seguir, elas dimensionam

⁷⁰⁹ SEITENFUS, Ricardo. *Manual das organizações internacionais*. 4. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005, p. 337-351.

⁷¹⁰ Seitenfus alerta que “a facilidade para criar uma ONGAT e a falta de transparência de sua administração – sobretudo o fato de drenar recursos públicos nacionais ou das organizações internacionais – deve servir de alerta sobre seus verdadeiros alcance e propósitos. Não basta o propósito declarado, que muitas vezes se esfumaça na demagógica retórica, de buscar a qualificação da democracia, fazendo com que ela se alce da representativa para a participativa, para que as ONGAT recebam um salvo-conduto irrestrito para suas atividades” – SEITENFUS. Op. cit., p. 350-351.

⁷¹¹ De modo geral, *paradiplomacia* significa “a participação de outros atores estatais, que não o Estado nacional, na ação internacional” – VIGEVANI, Tullo. Problemas para a atividade internacional das unidades subnacionais: estados e municípios brasileiros. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 21, n. 62, São Paulo, out. 2006, p. 131 –. O termo também pode ser explicado como “o fenômeno das relações internacionais de governos subnacionais” – RODRIGUES, Gilberto Marcos Antonio. Relações internacionais federativas no Brasil. *DADOS: Revista de Ciências Sociais*, v. 51, n. 4, Rio de Janeiro, 2008, p. 1015 –. Trata-se de termo usado habitualmente para referir a atuação internacional de unidades federativas. Aqui, no entanto, se o emprega em sentido amplo, para abranger também a participação das ONGs nas relações internacionais.

positivamente e de maneira desafiadora as possibilidades de a saúde ser um elemento transformador da própria cooperação internacional.

1.2. Possibilidades para a saúde transformar a cooperação

Percebe-se que o conteúdo da cooperação horizontal sanitária empreendida pelo Brasil contempla amplamente o direito à saúde. Os atos bilaterais analisados referem-se à capacitação de profissionais da saúde e de pessoal técnico que atuam em fatores condicionantes da saúde (como alimentação, saneamento e meio-ambiente), à vigilância sanitária (especialmente em matéria de medicamentos), à vigilância epidemiológica, ao combate de enfermidades específicas (como HIV/AIDS e malária), ao desenvolvimento da tecnologia da informação etc. Todos esses elementos convergem para o desenvolvimento dos Estados africanos, especialmente no sentido de tornarem-se aptos a efetivar o direito à saúde que eles reconheceram quando celebraram o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966, além de outras legislações internacionais⁷¹². No que concerne ao Brasil, isso cumpre não apenas com o disposto nos compromissos internacionais, mas também realiza o desígnio constitucional de pautar as relações exteriores pelo princípio da “cooperação entre os povos para o progresso da humanidade”, afirmado no inciso IX do art. 4º da Constituição Federal.

Entretanto, mesmo a cooperação Sul-Sul pode guardar contradições como aquelas criticadas na ajuda Norte-Sul. Por isso, é importante aprofundar a análise do acervo de atos bilaterais estudados, para perguntar em que medida a cooperação Brasil-PALOP é realmente *horizontal*, o que remete à teoria sociológica sobre a racionalização do direito (1.2.1). Além disso, é relevante perguntar pela possibilidade de democratizar a cooperação internacional, como forma de torná-la autêntico instrumento do desenvolvimento (1.2.2). Ambos os questionamentos indicam que a cooperação sanitária, se for aperfeiçoada, poderá transformar a realidade da cooperação internacional para aproximá-la dos seus ideais humanistas. Ou seja, horizontalizar e democratizar são dois movimentos necessários para que a cooperação seja uma efetiva garantia do direito humano à saúde.

⁷¹² Ver Capítulo II.

1.2.1. Entre racionalidade formal e racionalidade material

A cooperação Sul-Sul desenvolvida pelo Brasil com os países em desenvolvimento pretende ser *horizontal*, respeitando o consenso mútuo e a independência, sem condicionalidades. No entanto, o acervo bilateral com os PALOP indica que, no conteúdo da cooperação, há elementos de *verticalidade*, pois via de regra o Brasil *capacita* e o outro país *é capacitado*. Então, pergunta-se que horizontalidade é essa da cooperação Brasil-PALOP. Para compreendê-la é importante ir à sociologia de Max Weber, no que concerne à dialética racional do direito – entre *forma* e *conteúdo*.

Max Weber refere que as *qualidades formais* do direito têm origem, por exemplo, no direito “mágico” primitivo, assim como no processo judicial romano, para os quais o mínimo equívoco ao pronunciar as palavras prescritas significava a perda do instrumento para fazer valer o direito *in casu*⁷¹³. O processo histórico de *racionalização* do direito não o fez perder essas qualidades formais. Ao contrário, elas se desenvolveram⁷¹⁴, em boa medida por força de elementos intrajurídicos como a formação dos práticos jurídicos⁷¹⁵, para o quê contribuiu a especialização técnica⁷¹⁶ dos advogados. Esse processo de racionalização do direito não raro dependeu dos interesses econômicos dos próprios juristas, os quais condicionavam toda hipótese de transformação das “formas tradicionais do procedimento jurídico”⁷¹⁷ ao resguardo dos seus próprios interesses. O processo de racionalização do direito seguiu uma lógica *formal*, pelo menos no que se refere ao direito *profano*, notadamente no desenvolvimento do formalismo técnico-jurídico do direito processual de origem romana⁷¹⁸. Afinal, a recepção do direito romano pelo direito europeu, por meio dos *honoratios* jurídicos, deslocou o pensamento jurídico para o formalismo lógico⁷¹⁹. Neste sentido, a verdade jurídica se constrói como uma verdade relativa⁷²⁰, porque condicionada pela atuação procedimental. A formalização do direito, com isso, atendeu a um ideal de segurança, pois uma justiça não-formal seria “apenas a possibilidade

⁷¹³ WEBER, Max. *Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. Vol. 2. Brasília: UnB, 1999, p. 74.

⁷¹⁴ HABERMAS, Jürgen. *The theory of communicative action*. Vol. 1. Londres: Blackwell, 1986, p. 259-262.

⁷¹⁵ WEBER. Op. cit., p. 85.

⁷¹⁶ WEBER. Op. cit., p. 87.

⁷¹⁷ WEBER. Op. cit., p. 88.

⁷¹⁸ WEBER. Op. cit., p. 95.

⁷¹⁹ WEBER. Op. cit., p. 129.

⁷²⁰ WEBER. Op. cit., p. 102.

de um arbítrio absoluto e inconstância subjetivista”⁷²¹. Assim, quanto mais o direito se secularizou, mais ele mergulhou na racionalidade formal⁷²².

Outro aspecto importante em Weber é a percepção de que a racionalização formal atendeu aos interesses econômicos da classe dominante⁷²³. Neste particular, o direito patrimonial contribuiu para o desenvolvimento de *elementos racional-formalistas*, especialmente quando o *regulamento* tomava o lugar do *privilégio*⁷²⁴. No mesmo sentido, Habermas faz ver que o desenvolvimento do sistema jurídico formal ocorre *pari passu* com o desenvolvimento do sistema administrativo da economia⁷²⁵.

O direito surgido após a revolução francesa e o iluminismo também favoreceu o fortalecimento da racionalidade formal. Weber observa que o próprio direito natural prestigiou as qualidades formais do direito, notadamente no que se refere à liberdade de contratar⁷²⁶. Posteriormente, esse formalismo abrandou, o que permitiu a passagem do direito natural formal para um direito natural material – o que ocorreu a partir das teorias socialistas sobre a legitimidade da aquisição de direitos por meio do trabalho, apenas⁷²⁷ – ou seja, por um critério material⁷²⁸. Finalmente, com o positivismo jurídico, o direito natural decaiu e se enfraqueceu como fundamento do direito⁷²⁹.

Habermas, recuperando a análise weberiana, observa que a sociedade moderna tem a característica da diferenciação por meio de distintas esferas culturais de valor, sendo que, na sociedade primitiva, o papel unificador cabia justamente à interpretação mítica que era dada ao mundo. Na modernidade, a razão derruba sua própria universalidade ao afirmar a pluralidade de valores⁷³⁰ e a consequência disso, para o direito, é a preponderância de uma

⁷²¹ WEBER. Op. cit., p. 103.

⁷²² Diferentemente, o direito teocrático, ou sagrado, atendia a uma racionalidade material, pois compreendia necessária vinculação entre direito e justiça ou entre direito e ética – WEBER. Op. cit., p. 100. No dizer de Weber, “toda essência da justiça teocrática consiste na predominância de aspectos de justiça concretos e éticos, cujas tendências não-formal e antiformal encontram um limite somente no direito sagrado expressamente estabelecido” – Ibid., p. 103.

⁷²³ WEBER. Op. cit., p. 104.

⁷²⁴ WEBER. Op. cit., p. 123.

⁷²⁵ HABERMAS, Jürgen. *The theory of communicative action*. Vol. 1. Londres: Blackwell, 1986, p. 251.

⁷²⁶ WEBER. Op. cit., p. 136.

⁷²⁷ WEBER. Op. cit., p. 137.

⁷²⁸ Neste particular, Weber afirma que “o crescimento do socialismo significou, então, primeiro, o domínio crescente de dogmas materiais do direito natural nas cabeças das massas e mais ainda nas cabeças de seus teóricos, pertencentes à camada dos intelectuais” – WEBER. Op. cit., p. 139.

⁷²⁹ WEBER. Op. cit., p. 140.

⁷³⁰ HABERMAS. Op. cit., p. 245-247.

racionalidade formal, retratada no direito positivo – o qual é válido para cada sociedade nacional territorialmente delimitada e é constantemente transformado por meio do processo legislativo ou da atuação jurisdicional. No dizer de Habermas, “a positivação do direito e a consequente diferenciação entre direito e moral são o resultado de um processo de racionalização”⁷³¹. Com efeito, o positivismo, contendo o imperativo da legalidade formal, reafirma a racionalidade jurídica formal no direito moderno. No entanto, Weber observa que mesmo neste existem elementos antiformais, como, por exemplo, nos postulados do direito social⁷³², ou ainda elementos irracionais, que ele exemplifica na justiça *popular* dos *jurados*⁷³³. De todo modo, ele conclui que o direito, formalista e exigente por segurança, caminha para uma especialização cada vez maior, tornando-se mais e mais técnico e formal⁷³⁴.

Em contrapartida, a internacionalização dos direitos humanos tende a estimular um enfrentamento racional material do direito, porque preocupada com sua substância, principalmente em razão do postulado da dignidade da pessoa humana e dos princípios éticos que fundamentam o direito contemporâneo⁷³⁵. A pretensão universalista dos direitos humanos anda no mesmo sentido, bem como a afirmação da complementaridade entre as dimensões individual, social e transgeracional dos direitos.

Com efeito, a atual literatura sobre direitos humanos propõe que seja perseguido o resultado atinente à lógica material, não formal. Neste sentido, pretende-se que o direito deixe de atender preponderantemente à racionalidade formal, como na interpretação de Weber⁷³⁶. Ferrajoli, por exemplo, constrói sua teoria do *garantismo* propondo, explicitamente, a superação do paradigma de um direito formal⁷³⁷. Courtis e Abramovich, por seu turno, sustentam a justicialidade dos direitos sociais e o dever estatal de realização

⁷³¹ HABERMAS, Jürgen. *Direito e democracia: entre facticidade e validade*. Vol. 1. Rio de Janeiro: tempo Brasileiro, 1997, p. 100

⁷³² WEBER. Op. cit., p. 145-146.

⁷³³ WEBER. Op. cit., p. 151.

⁷³⁴ Nesse passo, o direito vigente tende a ser um “aparato técnico com conteúdo desprovido de toda santidade racional e, por isso, modificável a cada momento, conforme fins racionais” – WEBER. Op. cit., p. 153.

⁷³⁵ Ver o Capítulo I, seção 1.

⁷³⁶ “Weber considers law primarily as a sphere which, like the provision of material goods or the struggle for legitimate power, is open to formal rationalization” – HABERMAS, Jürgen. *The theory of communicative action*. Vol. 1. Londres: Blackwell, 1986, p. 251.

⁷³⁷ FERRAJOLI, Luigi. *Derechos y garantías: la ley del más débil*. Madrid: Trotta, 1999.

material desses direitos⁷³⁸. Aliás, o modelo *garantista* implica uma “dupla sujeição do direito ao direito”⁷³⁹, pois por um lado há uma sujeição quanto à *forma*, quanto aos critérios de *vigência* das normas, no curso do que estabeleceu a tradição do positivismo jurídico. Por outro, acrescenta-se uma sujeição *material*, pois o direito que só terá *validade* se respeitar normas *substanciais* que estão contidas nos direitos fundamentais, os quais desenham *fins* a serem atingidos.

Então parece correto refletir que, uma vez fundado no respeito aos direitos humanos, o sistema jurídico, sem abandonar suas qualidades formais que implicam segurança jurídica, procura abarcar qualidades materiais que engendram uma solidariedade entre todos⁷⁴⁰. Neste sentido, os direitos sociais correspondem a uma racionalidade material, pois partem do ideal de buscar a igualdade substancial entre as pessoas. O direito à saúde, particularmente, exige que toda a sociedade, e principalmente o poder público estatal, promovam a igualdade material. Essa igualdade deve se traduzir no acesso não apenas aos bens e serviços necessários à prevenção e à assistência sanitárias, mas também ao acesso aos fatores que condicionam a saúde, como o trabalho digno, a educação e a alimentação segura e suficiente.

É importante enquadrar, então, a cooperação sanitária nesse debate em torno da racionalização formal/material do direito. Parte-se do pressuposto, já trabalhado⁷⁴¹, de que a cooperação internacional tem a natureza jurídica de uma garantia aos direitos humanos internacionalmente estabelecidos – e de que, especificamente, a cooperação sanitária é uma garantia internacional para o direito à saúde internacionalmente reconhecido. Então, retomando a crítica que é feita à cooperação Norte-Sul, pode-se dizê-la de outro modo – a cooperação dos países desenvolvidos não atinge satisfatoriamente os fins *materiais* da cooperação, pois não permite o desenvolvimento sustentável dos países periféricos que há décadas, desde o fim do sistema colonial, recebem ajuda externa e ainda padecem com a miséria e com baixos indicadores de saúde⁷⁴².

⁷³⁸ ABRAMOVICH, Víctor; COURTIS, Christian. *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Madrid: Trotta, 2002.

⁷³⁹ FERRAJOLI, Luigi. *Derechos y garantías: la ley del más débil*. Madrid: Trotta, 1999, p. 22.

⁷⁴⁰ Recorde-se a dialética entre os princípios éticos da *segurança* e da *solidariedade* – COMPARATO, Fábio Konder. *Ética: direito, moral e religião no mundo moderno*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006, p. 574-581.

⁷⁴¹ Capítulo II, seção 2.2.

⁷⁴² Ver o Capítulo I, seção 2.2, bem como o Capítulo III, seção 1.2.

Essa reflexão sobre racionalidade formal/material é relevante para compreender a cooperação Sul-Sul. Isto porque a análise do acervo bilateral Brasil-PALOP indica que se desenvolve uma cooperação formalmente horizontal, mas que materialmente é vertical (a). E isso não será negativo se os elementos de verticalidade forem um meio para atingir a horizontalidade (b).

a. Horizontalidade formal, verticalidade material

Como já foi dito quando da análise dos atos bilaterais celebrados entre o Brasil e os PALOP, da totalidade de instrumentos jurídicos bilaterais do Brasil com cada um desses países foram distinguidos aqueles atos que podem repercutir em saúde, porque referentes a fatores condicionantes da saúde – conjunto da cooperação sanitária em sentido amplo. Destes, procurou-se especificar os que explicitamente dizem respeito à cooperação em saúde – conjunto da cooperação sanitária em sentido estrito. Em ambos os grupos se verificou que o discurso da horizontalidade é verdadeiro, ao menos sobre o aspecto formal. Materialmente, contudo, na maior parte dos atos bilaterais o que se verifica é uma relação vertical.

Elementos formais dizem respeito ao *quem* e ao *como*. Aspectos materiais referem-se a *o quê*. Assim, em que pese o cuidado diplomático com a redação dos atos bilaterais analisados, fica evidente, quando se lê as cláusulas que apresentam os objetivos e atividades da cooperação entabulada, que o Brasil *oferece* o conhecimento técnico para desenvolver capacidades no país estrangeiro. Por outro lado, o outro país se compromete em favorecer o sucesso da capacitação dos seus cidadãos, numa posição claramente *receptiva*. Isso implica um grande desafio para o modelo de cooperação Sul-Sul a ser assumido pelo Brasil – o de favorecer a *sustentabilidade* da cooperação. Reitere-se que sustentabilidade, no contexto da cooperação internacional, pode ser lida como *temporariedade*, a fim de que o Estado recebedor da ajuda, com o tempo, prescindia da ajuda estrangeira e tenha, nas suas próprias instituições, condições de desenvolver suas capacidades nacionais.

Não obstante esse imenso desafio de realizar uma cooperação sustentável, o discurso da horizontalidade se justifica na medida em que os acordos analisados não contemplam disposições sobre a *condicionalidade* da ajuda. E aqui está o outro lado da

dialética – o discurso da horizontalidade, aliado ao fato de o Brasil ser um país em desenvolvimento, sem ter sido ele o colonizador europeu, constitui um importante trunfo para o sucesso da cooperação que se propõe a realizar. Isto porque o sucesso da cooperação depende, em boa medida, da receptividade do país na sociedade estrangeira na qual ele interfere.

Nos atos bilaterais estudados⁷⁴³ foram encontrados vários elementos de horizontalidade. Podem ser elencados os seguintes: coordenação conjunta dos programas e projetos de cooperação, necessidade de consenso para tornar públicos documentos da cooperação, ausência de condicionalidades, não verificação de seletividade, inexistência de endividamento, estabelecimento de mecanismos de consultas políticas. É importante explicar cada um deles, antes de formular uma conclusão sobre que horizontalidade é essa da cooperação Brasil-PALOP.

Os projetos e programas de cooperação acordados são, sempre, colocados sob responsabilidade tanto das autoridades brasileiras como das autoridades do outro país cooperante, as quais, via de regra, são ministeriais. Além das chancelarias de cada país, não raro a coordenação das atividades fica, em cada lado, com os ministérios atinentes ao tema da cooperação. Assim, no conjunto da cooperação sanitária em sentido estrito, é comum que os atos bilaterais encarreguem os Ministérios da Saúde de ambas as partes como instituições responsáveis pelo desempenho e avaliação das atividades. Ocorre, também, a indicação de instituições ligadas aos ministérios. Ou seja, não há coordenação unilateral da cooperação pactuada. Portanto, esse é um primeiro elemento horizontal das relações bilaterais de cooperação sanitária entre o Brasil e os PALOP – a coordenação, a avaliação e a execução das atividades ficam a cargo de autoridades de ambas as partes no acordo.

Outro elemento horizontal, decorrente do anterior, é a necessidade de consenso para tornar públicos os documentos da cooperação. É comum, sobretudo em ajustes complementares, que haja cláusula que determine que a publicação dos documentos pertinentes ao programa ou projeto de cooperação *in casu* só ocorra após consulta da outra parte. Assim, fica com as chancelarias a decisão de publicar, ou não, por exemplo, os

⁷⁴³ Capítulo III, seções 2.1 a 2.5.

relatórios sobre resultados, quando eles existirem. Isso, por um lado, implica igualdade na posição jurídica dos Estados cooperantes, mas por outro repercute em déficit democrático, como se verá mais adiante.

Em nenhum momento transparece, nos textos dos atos bilaterais, que haja elemento de condicionalidade imposto por alguma das partes. Os objetivos de cada programa ou projeto de cooperação sanitária são determinados, normalmente, no primeiro artigo do ajuste complementar ou do programa executivo, fixando as bases de uma atuação consensual para a consecução de um fim social.

Nesse sentido, também não foram encontrados elementos de seletividade na cooperação brasileira, muito embora alguns temas sejam recorrentes (como combate ao HIV/AIDS ou combate à malária). A repetição de temas talvez ocorra por se tratar de necessidades comuns aos países estudados, talvez porque são políticas públicas exitosas no Brasil que, com a cooperação, tornam-se políticas *para exportação* – este parece ser o caso da cooperação em matéria de alfabetização, de capacitação técnica dos quadros sanitários nacionais e de combate ao HIV/AIDS, por exemplo. Isso não parece se configurar em seletividade, no sentido da crítica feita à cooperação Norte-Sul, porque não parece haver imposição de pauta da cooperação. De todo modo, seria oportuno um estudo específico sobre a negociação desses atos bilaterais para uma resposta mais acurada.

Outro elemento de horizontalidade é a inexistência de endividamento por meio da cooperação bilateral. Bem ao contrário verifica-se elevada concessão por parte do Brasil, não propriamente em dinheiro, mas em serviços, principalmente com o envio de técnicos, o que implica despesas com passagens e diárias computadas pela Agência Brasileira de Cooperação (ABC). Aliás, como se verá logo adiante, isso se traduz em um elemento de verticalidade, qual seja, a *via de mão única* que parece ser a cooperação Brasil-PALOP.

Enfim, a horizontalidade também é sentida com o estabelecimento de consultas políticas entre o Brasil e alguns dos PALOP. Por meio de memorandos de entendimento, o Brasil estabeleceu esses instrumentos de diálogo diplomático a serviço da cooperação bilateral com Angola e Guiné-Bissau, em 2007, e com Cabo Verde, em 2008. A definição de solução de controvérsias por diálogo bilateral é um elemento de igualdade jurídica.

Nota-se, então, que existe horizontalidade na cooperação do Brasil com os PALOP. Entretanto, isso se refere à forma da cooperação, não propriamente ao seu conteúdo. No que tange ao substantivo da cooperação – ao objeto dos atos bilaterais e às finalidades a serem alcançadas – o que se percebe é que há uma cooperação vertical.

De fato, o Brasil ajuda mais do que coopera com os referidos países. Trata-se essencialmente de cooperação técnica na qual o brasileiro *capacita* e o nacional do outro país *é capacitado*. Há mais *envio* de conhecimento do que *troca* de tecnologia. Uma vez que os custos com o envio dos técnicos brasileiros, especialmente com passagens e diárias, são assumidos pelo Brasil, há um importante elemento de concessionalidade, que confirma essa *verticalidade material* da cooperação Sul-Sul estudada.

b. Verticalidade de meios, horizontalidade de fins

À primeira vista uma contradição do discurso Sul-Sul, a verticalidade material da cooperação analisada deve ser compreendida dialeticamente. Há que se considerar, por um lado, a heterogeneidade dos países envolvidos, pela qual se compreende a inevitabilidade da verticalidade material. Por outro, não se pode perder de vista a finalidade da cooperação, que impõe o movimento de horizontalização.

Com efeito, os países em desenvolvimento são largamente distintos entre si. No contexto da presente investigação, pode-se trabalhar com dois níveis de assimetrias: aquele que existe entre o Brasil e os PALOP e outro que há entre os cinco PALOP. Em primeiro lugar, o Brasil, embora país em desenvolvimento, possui nível de desenvolvimento econômico mais elevado do que o dos PALOP. Retomando os indicadores sobre saúde e economia dos países estudados⁷⁴⁴, recorde-se que os dados dos organismos internacionais indicam claramente que o desafio do desenvolvimento é muito maior nos países da África subsaariana, como os PALOP.

Na classificação do Banco Mundial, o Brasil é categorizado como país de renda média alta – Angola e Cabo Verde são de renda média baixa e Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe, de renda baixa. Isso porque a Renda Nacional Bruta brasileira é

⁷⁴⁴ Os comentários feitos nesta seção sobre os dados do Banco Mundial, da OCDE e da OMS se baseiam nos quadros do Capítulo III, seção 1.2.1.

mais do que o dobro da maior RNB entre os PALOP. O PIB brasileiro é quase vinte vezes o somatório dos PIBs dos cinco países africanos de língua oficial portuguesa, enquanto que a população brasileira é quase cinco vezes maior do que a soma da população dos referidos países. Ademais, o Brasil possui maior expectativa de vida e gasta mais com saúde. Paralelamente, ele recebe, *per capita*, ínfimo valor de AOD por ano, diferentemente dos PALOP, os quais recebem significativos montantes de ajuda Norte-Sul. Neste aspecto, os dados da OCDE confirmam que os PALOP são altamente dependentes da ajuda Norte Sul.

No que concerne aos indicadores sanitários, a assimetria Brasil-PALOP é igualmente significativa. Os números da OMS mostram que as taxas de mortalidade adulta e, principalmente, de mortalidade materna e infantil são consideravelmente menores no Brasil do que nos mencionados países africanos. Igualmente, o flagelo do HIV/AIDS e da malária – duas enfermidades prioritárias na agenda da cooperação sanitária estudada – é muito maior nos países da África e seu enfrentamento, muito mais efetivo no Brasil.

Portanto, essa primeira assimetria – entre o Brasil e o grupo dos países africanos de expressão oficial portuguesa – indica que a cooperação em matéria sanitária é claramente uma ajuda brasileira para o enfrentamento de hercúleos problemas por parte dos outros países. Diante desses dados, fica evidente que a verticalidade material não apenas é inevitável, como é o próprio *leitmotiv* dessa cooperação Sul-Sul.

Além disso, há o segundo nível de assimetria, existente entre os próprios PALOP. Como dito, consoante a classificação do Banco Mundial, há países de renda média baixa e países de renda baixa. A maior população, de Moçambique, supera vinte milhões de habitantes, ao passo que a menor, em São Tomé e Príncipe, não atinge um décimo dessa cifra. O PIB comparado é ainda mais heterogêneo. Também são assimétricos os indicadores de saúde da OMS, como, por exemplo, a expectativa de vida, que é maior em Cabo Verde e São Tomé e Príncipe, a taxa de mortalidade adulta, que é maior em Angola, Guiné-Bissau e Moçambique, a taxa de mortalidade infantil, muito elevada em Angola, mas bem menor em Cabo Verde, a taxa de mortalidade materna, elevadíssima em Angola e Guiné-Bissau, a taxa de mortalidade neonatal, que em Cabo Verde é muito menor do que nos demais PALOP, a prevalência de HIV entre adultos, altíssima em Moçambique, etc.

Essa segunda assimetria – dos PALOP entre si – sugere que a cooperação sanitária não há de ser a mesma com todos esses países, de maneira que uns podem ter melhores condições para – ou maior necessidade de – constituir ou fortalecer instituições para o desenvolvimento de capacidades. Neste sentido, os atos bilaterais preveem que em Angola e Moçambique sejam criados cursos, principalmente de pós-graduação, em saúde pública, com tecnologia da Fiocruz, a qual passa a ter sede africana em Maputo. Não obstante a heterogeneidade entre os PALOP, todos eles necessitam cooperar para efetivar o direito à saúde vigente por força das suas constituições e dos tratados internacionais dos quais são signatários. Portanto, a verticalidade material da cooperação é diferente para cada PALOP, conforme suas condições para receber instituições e técnicos e consoante as necessidades mais prementes de cada país.

Deste modo, considerando os dois níveis de assimetria, a heterogeneidade dos países em desenvolvimento indica, primeiramente, que a verticalidade é inevitável para que a cooperação cumpra com sua função garantidora de direitos. Além disso, essa inomogeneidade sugere que a verticalidade seja um *meio* para atingir o *fim* da real horizontalidade nas relações Sul-Sul de cooperação para a efetivação de direitos humanos. Afinal, o objetivo da cooperação é o desenvolvimento de todos os países, vale dizer, é a promoção da igualdade material em escala mundial. Justamente nesse aspecto, crucial, é que a cooperação Norte-Sul é muito criticada.

Transferência de tecnologia é um elemento central da cooperação para o desenvolvimento, pois os países menos desenvolvidos não apenas são *inferiores* tecnologicamente, como são, por conseguinte, *dependentes* da tecnologia dos países desenvolvidos. Ocorre que, muitas vezes, a cooperação Norte-Sul em ciência e tecnologia, além de não melhorar, agrava a situação dos países em desenvolvimento, promovendo *transferência inversa de tecnologia*⁷⁴⁵ – também chamada de *êxodo intelectual* ou *fuga de cérebros*.

Além disso, Michel Bélanger, recordando que a cooperação bilateral Norte-Sul tem origens coloniais, critica a AOD, por ser *duplamente insuficiente: quantitativamente*, pois pouco dinheiro é objeto da AOD diante da imensa necessidade de equidade Norte-Sul, e

⁷⁴⁵ Ver: VELASCO, Manuel Díez de. *Las organizaciones internacionales*. 15ª ed. Madrid: Tecnos, 2008, p. 344-345

qualitativamente, por causa da seletividade e da condicionalidade da ajuda dada pelos países desenvolvidos⁷⁴⁶. O autor ainda esclarece que a seletividade tem dois modos: a *cooperação de sucessão*, que sucedeu os antigos laços coloniais, e a *cooperação de substituição*, quando outros países industrializados ocupam o lugar do antigo colonizador⁷⁴⁷. Em ambos os casos, a ajuda Norte-Sul conserva relações de dependência, ao invés de transformá-las em desenvolvimento sócio-econômico dos países periféricos.

Diante dessas reflexões, horizontalizar a cooperação Sul-Sul significa fazê-la algo distinto do que, historicamente, tem sido a ajuda Norte-Sul. Mas esse movimento não é evidente. Ao contrário, deve haver um esforço, constante, para alcançar o fim da horizontalidade, com a consciência permanente de que a verticalidade material deve ser transitória, porque ela é apenas o caminho, não o objetivo dessas relações bilaterais entre heterogêneos países em desenvolvimento.

A horizontalidade de fins da cooperação Sul-Sul coaduna-se com a racionalidade material que está contida na função de garantir direitos. Mas assim como essa racionalidade material pode estar próxima do paradigma kantiano das relações internacionais, que tem em vista valores comuns a toda a humanidade, ela também pode acercar-se do paradigma grociano, calcado em interesses de Estado. Ou seja, por um lado, pode haver uma racionalidade material de fazer valer o direito à saúde internacionalmente, fundada na solidariedade internacional, por outro lado, é possível que interesses econômicos sejam perseguidos em primeiro plano. Nesta segunda hipótese analítica, uma racionalidade de meios faria da cooperação, e seu discurso humanista, um instrumento para a conquista de mercado e para a conservação das iniquidades, ao invés de contribuir para a justiça nas relações entre os seres humanos.

Tome-se como exemplo a cooperação Brasil-Moçambique para a criação de uma indústria nacional pública de medicamentos no país africano⁷⁴⁸, voltada para a produção de antirretrovirais genéricos. Em maio de 2003, um memorando de entendimento estabeleceu cooperação brasileira para o tratamento de uma centena de moçambicanos com antirretrovirais de produção brasileira. Tratou-se de projeto-piloto que iniciou os esforços

⁷⁴⁶ BÉLANGER, Michel. *Institutions économiques internationales: la mondialisation économique et ses limites*. 6ª ed. Paris: Economica, 1997, p. 154-155.

⁷⁴⁷ BÉLANGER. Op. cit., p. 156.

⁷⁴⁸ Ver, no Capítulo III, a seção 2.4.

bilaterais para auxiliar o poder público de Moçambique no enfrentamento do HIV/AIDS, que é um dos mais graves problemas sanitários do país. No mesmo ano, por meio de um ajuste complementar, os dois países definiram um projeto de cooperação brasileira para o fortalecimento da capacidade gerencial do programa nacional de combate à AIDS de Moçambique. A capacitação técnica deu um salto em novembro do mesmo ano, quando um protocolo de intenções bilateralmente assinado definiu que, além de auxiliar no tratamento de algumas dezenas de moçambicanos e de capacitar técnicos sanitários, haveria a intenção de criar um laboratório farmacêutico público no país africano, com tecnologia brasileira. Em 2005, outro ajuste complementar foi firmado para a realização, pelo Brasil, de um estudo de viabilidade técnico-econômica para a instalação dessa indústria. Após esse estudo, definiu-se, por acordo de 2008, a instalação de uma sede da Fiocruz em Maputo. No mesmo ano, um ajuste complementar foi assinado para dar base jurídica à transferência de tecnologia brasileira no campo da produção de medicamentos, a fim de capacitar técnicos moçambicanos para produzirem antirretrovirais genéricos. Outro ajuste foi celebrado para capacitar Moçambique em matéria de regulação farmacêutica, por intermédio da agência brasileira, a ANVISA. E um terceiro ajuste, também de 2008, previu a capacitação de técnicos moçambicanos em normalização e qualidade industrial, por meio do INMETRO. Assim, tanto a produção de medicamentos, como a qualidade industrial e a regulação do setor farmacêutico são objeto de um ousado programa de cooperação sanitária. Recentemente, o Congresso Nacional brasileiro, por lei, autorizou o Executivo a doar treze milhões e seiscentos mil reais para Moçambique, a fim de implementar a primeira fase da instalação da fábrica farmacêutica neste país. O conjunto desses atos bilaterais e da vultosa doação aprovada pelo Congresso Nacional do Brasil compõem, sob o ponto de vista jurídico, o estabelecimento de regras que permitem, no campo econômico, a criação de um mercado farmacêutico no país africano.

A perspectiva da Fiocruz é de que, com a aprovação da doação pelo Congresso, a fábrica de antirretrovirais seja estabelecida em Moçambique no segundo semestre de 2010 para que em 2011 esteja em pleno funcionamento⁷⁴⁹, com transferência de tecnologia por

⁷⁴⁹ FIOCRUZ. Agência Fiocruz de Notícias. *Aprovada verba para fábrica de medicamentos em Moçambique*. 16 nov. 2009. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=5117&query=simple&search%5Fby%5Fauthorme=all&search%5Fby%5Ffield=tax&search%5Fby%5Fheadline=false&search%5Fby%5Fkeywords=any&search%5Fby%5Fpriority=all&search%5Fby%5Fsection=all&search%5Fby%5Fstate=all&search%5Ftext%5Foptions=all&sid=116&text=mo%E7ambique>>. Acesso em: 12 dez. 2009.

meio da Farmanguinhos⁷⁵⁰. Já é intensa a atuação da Fiocruz no país africano. A sede em Maputo está em funcionamento⁷⁵¹ desde dezessete de outubro de 2008⁷⁵². Em dezenove de maio de 2009 foi diplomada a primeira turma de *capacitação profissional em ciências da saúde* (nível de especialização)⁷⁵³ neste país, fazendo parte de um projeto maior, de criação de um mestrado em saúde pública coordenado e executado pela Fiocruz⁷⁵⁴, pelo Instituto Oswaldo Cruz⁷⁵⁵.

Esse auspicioso processo de cooperação sanitária empreendido pela Fiocruz, em andamento, pode ser um exemplo de verticalidade de meios que tem em vista a horizontalidade de fins. Hoje são ausentes, em Moçambique, as capacidades necessárias para produzir quadros técnicos em importantes áreas da saúde, bem como para produzir medicamentos essenciais ao enfrentamento da endemia de HIV/AIDS no país. Então, é inevitável que o Brasil, exitoso em sua política pública de combate a essa doença, ao cooperar de fato *ajude* o Estado africano. No entanto, a ideia é fortalecer – no caso do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique – ou criar – no caso da fábrica de medicamentos – instituições que, no futuro, prescindirão da ajuda brasileira. Então a cooperação virá a ser materialmente horizontal. Esse prognóstico de um ciclo virtuoso de cooperação Sul-Sul sustentável confirma que a cooperação tem a função de garantir direitos e promover o desenvolvimento.

⁷⁵⁰ FIOCRUZ. Farmanguinhos. *ARVs para Moçambique*. Disponível em:

<http://www2.far.fiocruz.br/farmanguinhos/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=52&Itemid=90>. Acesso em: 12 dez. 2009.

⁷⁵¹ FIOCRUZ. *Fiocruz África*. Disponível em:

<<http://www.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=4496&sid=10>>. Acesso em: 12 dez. 2009.

⁷⁵² FIOCRUZ. Agência Fiocruz de Notícias. *Escritório da Fiocruz é inaugurado na África*. 20 out. 2008. Disponível em:

<<http://www.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=4233&query=simple&search%5Fby%5Fauthorname=all&search%5Fby%5Ffield=tax&search%5Fby%5Fheadline=false&search%5Fby%5Fkeywords=any&search%5Fby%5Fpriority=all&search%5Fby%5Fsection=all&search%5Fby%5Fstate=all&search%5Ftext%5Foptions=all&sid=116&text=mo%5E7ambique>>. Acesso em: 12 dez. 2009.

⁷⁵³ FIOCRUZ. Agência Fiocruz de Notícias. *Fiocruz forma primeira turma de pós-graduação em Moçambique*. 22 maio 2009. Disponível em:

<<http://www.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=4782&query=simple&search%5Fby%5Fauthorname=all&search%5Fby%5Ffield=tax&search%5Fby%5Fheadline=false&search%5Fby%5Fkeywords=any&search%5Fby%5Fpriority=all&search%5Fby%5Fsection=all&search%5Fby%5Fstate=all&search%5Ftext%5Foptions=all&sid=116&text=mo%5E7ambique>>. Acesso em: 12 dez. 2009.

⁷⁵⁴ FIOCRUZ. Agência Fiocruz de Notícias. *Fiocruz abre curso de mestrado em Moçambique*. 9 abr. 2008. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=3620&sid=116>>. Acesso em: 12 dez. 2009.

⁷⁵⁵ FIOCRUZ. Instituto Oswaldo Cruz. *Cursos internacionais*. Disponível em:

<<http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=214>>. Acesso em: 12 dez. 2009.

Por outro lado, quando o Estado assume o dever de garantir o acesso do povo à saúde, ele se torna um grande *comprador* dos produtos e serviços de saúde. O direito à saúde forma um mercado da saúde, pois ainda que o acesso seja gratuito para o cidadão, ele custa caro para o Estado. Afinal, o Estado se obriga a prover saúde, mas ele não produz – ou produz minimamente – os bens e serviços incluídos no direito à saúde. Ademais, o incremento tecnológico agrega valor para quem vende saúde e custos para quem compra⁷⁵⁶. Neste sentido, os sistemas universais⁷⁵⁷ de saúde pública, como é o caso do brasileiro, em parte *desmercantilizam o acesso* à saúde, mas isso implica o aumento dos custos da saúde e a *mercantilização da oferta*. Lehoux e colaboradores observam, no entanto, uma desconexão entre as políticas públicas e a inovação tecnológica⁷⁵⁸. Justamente porque são os maiores compradores, os Estados, principalmente os de sistemas universalistas, deveriam interferir na produção da tecnologia sanitária. Então, é positivo que na cooperação Brasil-Moçambique haja essa direção estatal para o desenvolvimento tecnológico com finalidade social. Em suma, a saúde é um direito social, mas também é um bem econômico e, portanto, um espaço de acumulação de capital que é, dialeticamente, fator indispensável para o desenvolvimento social com equidade⁷⁵⁹.

Em razão da relação entre direito e economia, exemplificada nessa cooperação que cria um mercado farmacêutico, é importante refletir, com Schlesinger, sobre a ideologia do mercado. O autor parte da premissa de que a sociedade se acostuma com seus problemas, os naturaliza e, então, deixa de vê-los como problemas para tomá-los como simples dados da realidade⁷⁶⁰. Assim, também ocorre uma ideologização do mercado, que passa a ser visto como solução para todos os problemas da sociedade. Percebe-se, então, a possibilidade de que a cooperação, caso seja questionada por engendrar mercado, venha a ser defendida justamente por fazê-lo. Isso seria um duro golpe na construção de uma gramática dos direitos, calcada na material racionalidade de prover o acesso à saúde. Bem ao contrário, reforçaria a lógica do mercado, sentenciando a saúde como mercadoria à

⁷⁵⁶ COHN, Amélia. As heranças da saúde: da política da desigualdade à proposta de equidade. In: COHN, Amélia. et al. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1991, p. 18.

⁷⁵⁷ Há outras formas de organizar a saúde diferentes da brasileira, como aquelas que seguem o modelo meritocrático-corporativo de um direito determinado pela contribuição, ou aquelas que atendem ao modelo residual mercadológico de atenção apenas aos muito pobres ou vulneráveis.

⁷⁵⁸ LEHOUX, P. et al. What leads to better health care innovation? Arguments for an integrated policy-oriented research agenda. *Journal of Health Services & Policy*, vol. 13, n° 4, 2008, p. 251-254

⁷⁵⁹ VIANA, Ana Luiza; ELIAS, Paulo. Saúde e desenvolvimento. *Ciência e saúde coletiva*, vol. 12, Rio de Janeiro, nov. 2007, p. 1765-1777.

⁷⁶⁰ SCHLESINGER, M. The dangers of market panacea. In: MORRONE, J. A.; JACOBS, L. R. (Orgs.). *Healthy, Wealthy & Fair*. Nova Iorque: Oxford University Press, 2005, p. 92.

disposição internacionalmente, inclusive por meio da cooperação internacional. Um dos problemas de assumir este enfoque é que ele tende a conservar e recrudescer as desigualdades existentes⁷⁶¹. Portanto, deve-se estar permanentemente atento ao modo como se desenvolve a cooperação Sul-Sul e, para garantir que ela seja coerente com seu discurso humanista do desenvolvimento e da realização de direitos, é fundamental democratizá-la. Afinal, a saúde pública é, historicamente, o exercício de um poder político-científico⁷⁶².

Diante disso, o aperfeiçoamento da cooperação internacional Sul-Sul significa, em boa medida, transpô-la da lógica formal para a lógica material. Ou seja, essa cooperação, que *formalmente* já é horizontal, deve sê-lo, também, *materialmente*. A tarefa de horizontalizá-la não é simplesmente a retórica de um mundo melhor, mas se trata de uma possibilidade factível, ainda que exija outro movimento – a democratização da cooperação Sul-Sul.

1.2.2. *Entre diplomacia e democracia*

A proposição de um modelo de cooperação Sul-Sul que seja solidária, ou seja, calcada em valores comuns a toda humanidade, de acordo com o paradigma kantiano das relações internacionais, implica coerência com a contemporânea interpretação da universalidade dos direitos humanos. Ou seja, implica o respeito à diversidade cultural e, no contexto do Estado democrático de direito, respeito à democracia, cuja titularidade pertence ao povo. Se, ao contrário, a cooperação atender aos interesses de Estado do doador, sem obedecer à vontade democrática do país que receber a ajuda, haverá cooperação no esquadro do paradigma grociano das relações entre os Estados.

Nesse sentido, para Habermas, valores exigem a formação de consenso, ou se apóiam nele, ao passo que interesses podem ser objeto de compensações e compromissos⁷⁶³. Assim, pode-se inferir que na cooperação grociana é livre o jogo das compensações e trocas, ao passo que na cooperação kantiana a barganha não impera sobre

⁷⁶¹ Esse perigo é apontado por Schlesinger ao analisar o desenvolvimento do mercado da saúde nos Estados Unidos. – SCHLESINGER. Op. cit. p. 93-94, 122.

⁷⁶² FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979, p. 79-98.

⁷⁶³ HABERMAS, J. *Direito e democracia: entre facticidade e validade*. Vol. 1. Rio de Janeiro: tempo Brasileiro, 1997, p. 177-178.

o direito, vale dizer, ela não se sobrepõe aos direitos humanos. Além disso, a cooperação kantiana, calcada na solidariedade do gênero humano, exige respeito à diversidade cultural e à vontade de cada comunidade, sem derrogar a dignidade essencial do ser humano. Para pensar um modelo solidário de cooperação Sul-Sul, portanto, é importante pensar na possibilidade de inclusão das comunidades envolvidas e diretamente beneficiadas – ou prejudicadas – pela cooperação. Em vista disso, na presente seção, a partir da ideia habermasiana de radicalização da democracia (a), pretende-se refletir sobre a necessidade de democratizar a cooperação (b).

a. Radicalizar a democracia

Segundo Habermas, “numa época de política inteiramente secularizada, não se pode ter nem manter um Estado de direito sem democracia radical”⁷⁶⁴. A proposta habermasiana é de uma *razão comunicativa*⁷⁶⁵ hábil a integrar a sociedade, por meio do *agir comunicativo* – o qual implica para o sujeito abandonar seu egocentrismo e, por meio de uma linguagem compartilhada com os outros, “se colocar sob os critérios públicos da racionalidade do entendimento”⁷⁶⁶. Isso é o que possibilita uma liberdade comunicativa na sociedade, a qual pode obedecer a processos formais de tomada de decisão, mas não pode ser tolhida⁷⁶⁷, sob pena de abandonar-se a ideia do Estado de direito. Assim, “o Estado de direito institucionaliza o uso público das liberdades comunicativas (...) ele regula a transformação do poder comunicativo em administrativo”⁷⁶⁸. Ou seja:

têm que ser garantidas pelo direito as condições sob as quais os cidadãos podem avaliar, à luz do princípio do discurso, se o direito que estão criando é legítimo. Para isso servem os direitos fundamentais legítimos à participação nos processos de formação da opinião e da vontade do legislador.⁷⁶⁹

⁷⁶⁴ HABERMAS. Op. cit., p. 13.

⁷⁶⁵ “A razão comunicativa distingue-se da razão prática por não estar adstrita a nenhum ator singular nem a um macrossujeito sociopolítico. O que torna a razão comunicativa possível é o *medium* linguístico, através do qual as interações se interligam e as formas de vida se estruturam. Tal racionalidade está inserida no telos linguístico do entendimento, formando um *ensemble* de condições possibilitadoras e, ao mesmo tempo, limitadoras” – HABERMAS. Op. cit., p. 20.

⁷⁶⁶ HABERMAS. Op. cit., p. 45.

⁷⁶⁷ Nas palavras de Habermas: “o direito moderno nutre-se de uma solidariedade concentrada no papel do cidadão que surge, em última instância, do agir comunicativo. A liberdade comunicativa dos cidadãos pode (...) assumir na prática da autodeterminação organizada, uma forma mediada através de instituições e processos jurídicos, porém não pode ser substituída inteiramente por um direito coercitivo” – HABERMAS. Op. cit., p. 54.

⁷⁶⁸ HABERMAS. Op. cit., p. 221.

⁷⁶⁹ HABERMAS. Op. cit., p. 163-164.

Para que isso seja possível, o princípio do discurso⁷⁷⁰, acolhido pelo direito, torna-se princípio democrático, o que se constitui a *gênese lógica de direitos*⁷⁷¹, pois o poder político deve decorrer do poder comunicativo do cidadão⁷⁷². Assim, o direito institucionaliza a *formação pública da opinião e da vontade*⁷⁷³.

O fundamental é que esse processo não seja individual, mas que seja um processo coletivo de formação da vontade⁷⁷⁴. Embora Habermas pretenda a obtenção do *consenso* em torno do melhor argumento racionalmente discutido por meio do processo dialógico, ele reconhece a impossibilidade de se obter sempre o consenso e, então, admite a utilidade da regra da maioria, desde que essa realize o princípio parlamentar⁷⁷⁵ respeitando o processo dialógico⁷⁷⁶. Em suma, o legislar constitui-se no “lugar propriamente dito da integração social”⁷⁷⁷.

Assim, a cidadania⁷⁷⁸ não é entendida apenas como a titularidade de direitos, mas também como a possibilidade – com reais condições – de participar da produção do direito. Para tanto, “é preciso criar não somente o sistema dos direitos, mas também a *linguagem* que permite à comunidade entender-se enquanto associação voluntária de membros *do*

⁷⁷⁰ “O princípio do discurso tem inicialmente o *sentido cognitivo* de filtrar contribuições e temas, argumentos e informações, de tal modo que os resultados obtidos por este caminho têm a seu favor a suposição da aceitabilidade racional: o procedimento democrático deve fundamentar a legitimidade do direito” – HABERMAS. Op. cit., p. 191. Tem, também, “o *sentido prático* de produzir relações de entendimento” que sejam pacíficas. Trata-se, enfim, do “cruzamento entre *normatização discursiva do direito e formação comunicativa do poder*” – Ibid., loc. cit. O objetivo é passar “da formação da opinião para a da vontade” – Ibid., p. 192.

⁷⁷¹ HABERMAS. Op. cit., p. 158.

⁷⁷² Habermas quer “um *processo democrático* destinado a garantir um tratamento racional de questões políticas. A aceitabilidade racional dos resultados obtidos (...) explica-se pela institucionalização de formas de comunicação (...) que garantem de modo ideal que todas as questões relevantes (...) sejam tematizadas e elaboradas em discursos e negociações, na base das melhores informações e argumentos possíveis” – HABERMAS. Op. cit., p. 213.

⁷⁷³ HABERMAS. Op. cit., p. 190, e Vol. 2, p. 72.

⁷⁷⁴ Com isso, “passa-se da teoria da escolha racional para a teoria do discurso” – HABERMAS, J. *Direito e democracia: entre facticidade e validade*. Vol. 2. Rio de Janeiro: tempo Brasileiro, 1997, p. 72.

⁷⁷⁵ No seu entendimento, “nem todos os cidadãos podem ‘unir-se’ no nível de interações simples e diretas, para uma tal prática exercitada em comum. O *princípio parlamentar* da criação de corporações deliberativas representativas oferece uma saída alternativa” – HABERMAS. Op. cit., Vol. 1, p. 213 – “A competência legislativa, que fundamentalmente é atribuída aos cidadãos em sua totalidade, é assumida por corporações parlamentares, que *fundamentam* leis de acordo com um processo democrático” – Ibid., p. 215.

⁷⁷⁶ “A regra da maioria mantém uma relação interna com a busca da verdade, na medida em que a decisão tomada com maioria forma apenas uma cesura numa discussão em andamento, fixando de certa maneira o resultado provisório de uma formação discursiva da opinião” – HABERMAS. Op. cit., Vol. 1, p. 223.

⁷⁷⁷ HABERMAS. Op. cit., Vol. 1, p. 52.

⁷⁷⁸ Os cidadãos devem utilizar “suas liberdades comunicativas, não apenas como liberdades subjetivas de ação para a defesa de interesses próprios, mas também como liberdades comunicativas para fins do ‘uso público da razão’” – HABERMAS. Op. cit., Vol. 2, p. 323

direito livres e iguais”⁷⁷⁹, ou seja, não basta ter direitos positivados por outrem – como o direito à saúde. Para que os cidadãos sejam sujeitos de direito plenamente, eles devem tomar parte no processo de produção desse direito positivo⁷⁸⁰, o que implica inclusive participar da construção jurídica das garantias. Portanto, sob o ponto de vista da aplicação habermasiana da teoria do discurso, não basta que as pessoas sejam destinatárias das regras que estipulam programas de cooperação sanitária, regras essas que são definidas por atos internacionais bilaterais e essencialmente diplomáticos. Para além disso, é necessário que essas pessoas participem da formulação das regras que definem a cooperação sanitária.

A percepção da cidadania como *agir comunicativo* voltado não apenas para o exercício, mas também para a criação, do direito tem como pressuposto a racionalidade do próprio sujeito, que dialogicamente pode escolher entre todas as possibilidades existentes⁷⁸¹. Neste sentido, além da formação democrática da vontade, existe a formação informal da opinião⁷⁸², a qual também é um modo de atuação política. Em ambos os casos está-se diante da autonomia pública da sociedade. Ocorre que, além da esfera pública⁷⁸³, existe a esfera privada, que Habermas não desconsidera. Bem ao contrário, sua proposta democrática se constrói justamente a partir da dialética entre o público e o privado. Para o autor, a democracia deve ser radicalizada no Estado de direito, entre outros motivos,

⁷⁷⁹ HABERMAS. Op. cit., Vol. 1, p. 146.

⁷⁸⁰ “A ideia da autolegislação *de civis* exige que os que estão submetidos ao direito, na qualidade de destinatários, possam entender-se também enquanto autores do direito” – HABERMAS. Op. cit., Vol. 1, p. 157 –. Dizendo de outro modo, “enquanto sujeitos do direito, eles só conseguirão autonomia se se entenderem e agirem como autores dos direitos aos quais desejam submeter-se como destinatários” – Ibid., p. 163.

⁷⁸¹ Afinal, “o princípio da democracia pressupõe preliminarmente a possibilidade da decisão racional de questões práticas, mais precisamente, a possibilidade *de todas* as fundamentações, a serem realizadas em discursos (e negociações reguladas pelo procedimento), das quais depende a legitimidade das leis” – HABERMAS. Op. cit., Vol. 1, p. 145

⁷⁸² HABERMAS. Op. cit., Vol. 2, p. 34.

⁷⁸³ Esfera pública pode ser compreendida como “uma estrutura comunicacional enraizada no mundo da vida através da sociedade civil. (...) uma caixa de ressonância onde os problemas a serem elaborados pelo sistema político encontram eco. (...) um sistema de alarme dotado de sensores não especializados, porém, sensíveis no âmbito de toda a sociedade. Na perspectiva de uma teoria da democracia, a esfera pública tem que reforçar a pressão exercida pelos problemas, ou seja, ela não pode limitar-se a percebê-los e a identificá-los, devendo, além disso, tematizá-los, problematizá-los e dramatizá-los de modo convincente e *eficaz*, a ponto de serem assumidos e elaborados pelo complexo parlamentar” – HABERMAS. Op. cit., Vol. 2, p. 91 –. “Esfera ou espaço público é um fenômeno social elementar”, ela “não pode ser entendida como uma instituição, nem como uma organização (...). A esfera pública pode ser descrita como uma rede adequada para a comunicação de conteúdos, tomadas de posição e *opiniões*; nela os fluxos comunicacionais são filtrados e sintetizados, a ponto de se condensarem em opiniões *públicas* enfeixadas em temas específicos”. Ela “se reproduz através do agir comunicativo”. É, enfim, “uma *estrutura comunicacional* do agir orientado pelo entendimento”, “*espaço social* gerado no agir comunicativo” – Ibid., p. 92 –. “Na esfera pública, as manifestações são escolhidas de acordo com temas e tomadas de posição pró ou contra; as informações e argumentos são elaborados na forma de opiniões focalizadas. Tais opiniões enfeixadas são transformadas em opinião pública através do modo como surgem e através do amplo assentimento de que ‘gozam’” – Ibid., p. 94.

porque “até agora não se conseguiu harmonizar conceitualmente e de modo satisfatório autonomia pública e privada”⁷⁸⁴. Nesse sentido, deve-se “fundamentar o sistema dos direitos com o auxílio do princípio do discurso”, pois “a autonomia privada e pública, os direitos e a soberania do povo se pressupõem mutuamente”⁷⁸⁵.

Ao assegurar tanto a autonomia pública como a privada, o direito lida com a tensão entre o direito positivado e o direito legítimo. É neste sentido que Habermas refere-se à tensão entre *facticidade* e *validade*⁷⁸⁶. A democratização do direito é que lhe confere legitimidade⁷⁸⁷. É, pois, a democracia que *valida* o direito. Esse entendimento, então, implica uma transformação do próprio direito⁷⁸⁸, que deixa de ser o direito individualista do século XVIII, fundado na ideia de *contrato social*, e passa a ser um direito dialógico e, neste sentido, *democrático*.

O objetivo de Habermas é comprovar “a existência de um nexos conceitual ou interno entre Estado de direito e democracia”⁷⁸⁹. Isso porque o direito se legitima pela democracia, assegurando a autonomia privada e pública dos cidadãos. Então Habermas aborda a importância de proceduralizar juridicamente o modo como a racionalidade dialógica produz a vontade democrática que, enfim, será legitimadora do próprio direito. Essa “compreensão proceduralista do direito tenta mostrar que os pressupostos comunicativos e as condições do processo de formação democrática da opinião e da vontade são a única fonte de legitimação”⁷⁹⁰. Portanto, o direito deve sempre se aperfeiçoar para estabelecer efetivos instrumentos de realização da democracia. Neste sentido, a democracia não deve ser apenas representativa, mas devem ser pensados elementos de democracia direta que criem condições para a otimização da gênese dialógica do poder.

⁷⁸⁴ HABERMAS. Op. cit., Vol. 1, p. 115.

⁷⁸⁵ HABERMAS. Op. cit., Vol. 1, p. 116.

⁷⁸⁶ HABERMAS. Op. cit., Vol. 1, p. 166, 173-174 e 235.

⁷⁸⁷ Nesse passo, “as decisões impositivas, para serem legítimas, têm que ser reguladas por fluxos comunicacionais que partem da periferia e atravessam as comportas dos procedimentos próprios à democracia e ao Estado de direito, antes de passar pela porta de entrada do complexo parlamentar ou dos tribunais” – HABERMAS. Op. cit., Vol. 2, p. 88-89.

⁷⁸⁸ “Do ponto de vista da *teoria do direito*, as ordens jurídicas modernas extraem sua legitimação da ideia de autodeterminação, pois as pessoas devem poder se entender a qualquer momento como autoras do direito, ao qual estão submetidas como destinatários” – HABERMAS. Op. cit., Vol. 2, p. 309 –. Deste modo, “após a guinada linguística, (...) o modelo do contrato [social] é substituído por um modelo do discurso ou da deliberação: a comunidade jurídica não se constitui através de um contrato social, mas na base de um entendimento obtido através do discurso”⁷⁸⁸ – Ibid., loc. cit.

⁷⁸⁹ HABERMAS. Op. cit., Vol. 2., p. 310.

⁷⁹⁰ HABERMAS. Op. cit., Vol. 2., p. 310.

Recorde-se que a cooperação como garantia é uma tentativa de responder à tensão entre *normatividade* e *efetividade* do direito – expressões utilizadas por Ferrajoli –, mas essa resposta, para ser adequada ao Estado de direito, deve responder também a outra tensão, agora entre a *positividade* e a *legitimidade* do direito – que em Habermas se trata do problema democrático. Por isso, a cooperação, para operar como uma garantia, exige a sua própria democratização.

b. Democratizar a cooperação

São traços característicos do direito das relações exteriores o *monopólio do Estado* e a *primazia do Executivo*⁷⁹¹. Essa supremacia do Poder Executivo é ainda um resquício da tradição do Estado monárquico soberano⁷⁹². Hoje, no entanto, essa tradição, em face da democracia, produz uma tensão que permeia o direito das relações exteriores. Trata-se, por um lado, da *exigência de unidade de ação* – que diz respeito à condução dos negócios estrangeiros pelos órgãos executivos nacionais constitucionalmente competentes – e, por outro, da *exigência de controle* – que decorre dos princípios do Estado democrático de direito⁷⁹³. O primeiro pólo dessa tensão é o espaço da diplomacia, ao passo que o segundo é o da democracia. Essa dialética talvez não seja de antagonismo, mas de complementaridade e mútua dependência, considerando que um dos papéis da democracia é legitimar a atuação do Estado, ou melhor, é permitir que o povo garanta a legitimidade de todo agir estatal.

A princípio, o povo exerce controle por meio de mecanismos de democracia representativa, ou seja, por intermédio do controle parlamentar, além das vias jurisdicionais⁷⁹⁴. O controle direto do povo sobre as relações exteriores ainda é embrionário. Zoller noticia haver esse tipo de mecanismo na Suíça, desde a década de 1920⁷⁹⁵, mas seguramente se trata de uma exceção à generalidade dos países. As poucas iniciativas de controle popular das relações externas ocorrem principalmente em casos de mudanças territoriais e, em menor grau, de aprovação de tratados.

⁷⁹¹ ZOLLER, Elisabeth. *Droit des relations extérieures*. Paris: PUF, 1992, p. 16 e 29.

⁷⁹² ZOLLER. Op. cit., p. 34.

⁷⁹³ ZOLLER. Op. cit., p. 39.

⁷⁹⁴ Sobre o problema do controle dos atos de relações exteriores do Executivo, seja pelo Legislativo, seja pelo Judiciário, ver: ZOLLER. Op. cit., p. 167 et seq.

⁷⁹⁵ ZOLLER. Op. cit., p. 321.

Diante desse quadro, pensar mecanismos de controle democrático da cooperação internacional é uma grande novidade. Trata-se, aliás, de controle não só de atos normativos internacionais, mas também de políticas públicas internacionais. Essa ideia, além de inovadora, é importante para legitimar aquelas normas que são produzidas pela competência legislativa que, indiretamente, decorre da competência do Executivo para a condução das relações exteriores. Para tanto, não basta que o povo seja informado sobre o que o Estado faz internacionalmente – para o quê existe o princípio da publicidade –, mas é necessário que se lhe permita participar do processo decisório. Nesse sentido, recorde-se, com Habermas, que:

a soberania do povo, diluída comunicativamente, não pode impor-se *apenas* através do poder dos discursos públicos informais – mesmo que eles tenham se originado de esferas públicas autônomas. Para gerar um poder político, sua influência tem que abranger também as deliberações de instituições democráticas da formação da opinião e da vontade, assumindo uma forma autorizada⁷⁹⁶.

Por isso, devem ser institucionalizados mecanismos de participação popular nos processos de cooperação internacional, especialmente no que concerne às comunidades afetadas, ou seja, aquelas que recebem os produtos ou serviços da cooperação. No que tange a cooperação sanitária bilateral estudada, fica evidente que não raro os ajustes complementares e demais atos bilaterais trazem *normas-objetivos*, ou seja, normas que definem fins a serem alcançados, vale dizer, que normatizam políticas públicas⁷⁹⁷. Exemplos disso são aqueles atos⁷⁹⁸ que visam a fortalecer o sistema de vigilância epidemiológica nacional, ou algum programa nacional de combate a determinada enfermidade, ou ainda os que estabelecem o objetivo de promover o acesso a medicamentos fomentando a criação de uma indústria nacional.

Portanto, uma vez que os atos bilaterais produzem direito, emerge o problema da legitimação, ou seja, o problema democrático conforme a teoria de Habermas exposta acima. Deste modo, é importante que as comunidades afetadas pelos programas de cooperação participem *deliberativamente* e que não apenas *opinem* sobre o quê e sobre o como fazer em cada projeto de cooperação⁷⁹⁹.

⁷⁹⁶ HABERMAS, J. *Direito e democracia: entre facticidade e validade*. Vol. 2. Rio de Janeiro: tempo Brasileiro, 1997, p. 105.

⁷⁹⁷ GRAU, Eros Roberto. *Direito, conceitos e normas jurídicas*. São Paulo: RT, 1988, p. 132.

⁷⁹⁸ Ver, no Capítulo III, seções 2.1 a 2.5.

⁷⁹⁹ Recorde-se, em Habermas, que as *deliberações* “são reguladas através de processos democráticos” e não se confundem com “os processos de formação informal da opinião na esfera pública” – HABERMAS. Op. cit., p. 32 –. Além disso, a “formação da opinião, desatrelada das decisões, realiza-se numa rede pública e

Ademais, a literatura sobre direito sanitário, seguindo a linha de Habermas, reconhece que o conteúdo do direito à saúde deve ser definido por cada comunidade. Esse é o entendimento de Sueli Dallari, que afirma o seguinte:

Convencidos de que apenas o povo de cada Estado e, mais especificamente, as pessoas de cada localidade detêm a legitimidade para conceituar o que seja saúde para a sua comunidade, devemos encontrar o meio de tornar pública tal compreensão, a fim de possibilitar sua operacionalização, seja pelos administradores públicos seja pelos juristas.⁸⁰⁰

Essa não é uma proposta irreal. Bem ao contrário, é algo essencial do direito sanitário brasileiro, por exemplo. Afinal, no Brasil, desde o movimento sanitarista – que, na constituinte⁸⁰¹, logrou o reconhecimento constitucional do direito à saúde e a criação de um sistema único e universal de saúde – está-se construindo uma *democracia sanitária*⁸⁰². Com efeito, a *participação da comunidade* é um dos princípios do Sistema Único de Saúde⁸⁰³ e existem mecanismos, definidos pela Lei Federal 8.142/90, para garantir essa participação. Tratam-se, principalmente⁸⁰⁴, dos Conselhos de Saúde⁸⁰⁵ – órgãos deliberativos permanentes, dos quais participam representantes do poder público, dos prestadores de serviços de saúde e dos usuários do SUS, que tomam decisões, homologadas pelo Executivo, acerca de políticas públicas de saúde –, das Conferências de Saúde⁸⁰⁶ – que a cada quatro anos devem se reunir, por convocação do Poder Executivo, para avaliar a execução das políticas de saúde e rever suas diretrizes – e dos Fundos de

inclusiva de esferas públicas subculturais que se sobrepõem umas às outras, cujas fronteiras reais, sociais e temporais são fluidas. As estruturas de tal esfera pública pluralista formam-se de modo mais ou menos espontâneo, num quadro garantido pelos direitos humanos” – Ibid. p. 32-33.

⁸⁰⁰ DALLARI, Sueli Gandolfi. O conteúdo do direito à saúde. In: SOUSA JÚNIOR, José Geraldo de; et al. (Orgs.). *O direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde*. Brasília: CEAD, UNB, 2008, p. 96.

⁸⁰¹ Ver: DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 9, n. 3, nov.2008-fev.2009, p. 10-11.

⁸⁰² CADEAU, Emmanuel. Observações sobre os sentidos e a essência das experiências francesa e brasileira na área da democracia sanitária. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 5, n. 1, mar. 2004, p. 9-17.

⁸⁰³ Consoante o inciso VIII, do art. 7º, da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.

⁸⁰⁴ DALLARI, Sueli Gandolfi. A participação popular e o direito à saúde no sistema nacional de saúde brasileiro. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 6, n. 1-3, 2005, p. 14.

⁸⁰⁵ Ver: FEIJÓ, Adriana Maria de Vasconcelos. A importância dos Conselhos de Saúde para a efetivação dos princípios constitucionais relativos à saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 4, n. 2, jul. 2003, p. 63-81. GAVRONSKI, Alexandre Amaral. Conselhos de saúde, democracia participativa e a inconstitucionalidade da presidência nata. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 4, n. 2, jul. 2003, p. 82-106. MELO, José Valdemiro de. Homologação das decisões do Conselho de Saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 4, n. 2, jul. 2003, p. 107-122.

⁸⁰⁶ Ver: PINHEIRO, Marcelo Cardoso; WESTPHAL, Márcia Faria; AKERMAN, Marco. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, abr. 2005, p. 449-458.

Saúde⁸⁰⁷ – cuja gestão deve ficar a cargo de um Conselho, o qual também há de contar com a participação de representantes do poder público, dos prestadores de serviços de saúde, dos profissionais da saúde e dos usuários do SUS. Esses mecanismos devem atuar nas três esferas federativas, o que prestigia a participação local, nas municipalidades. Ora, uma vez que o Brasil, internamente, constrói o direito sanitário de maneira democrática, quando o fizer alhures por meio da cooperação sanitária há que ser coerente e, com mais razão, procurar mecanismos para a participação das comunidades locais dos países em desenvolvimento que recebem a ajuda brasileira. Este é o caso dos PALOP, por exemplo.

Para aprofundar a discussão sobre as possibilidades de democratização da cooperação sanitária, é importante retomar duas tendências da cooperação Brasil-PALOP, que foram verificadas partir do estudo dos atos bilaterais. Esses dois movimentos recentes podem ser importantes para a configuração de um modelo Sul-Sul de cooperação solidária para efetivação do direito à saúde. Tratam-se, por um lado, da avaliação e do monitoramento das atividades de cooperação, e por outro, da participação das organizações não governamentais.

Nos acordos estudados, a publicação de relatórios de avaliação por uma das partes – quando prevista a elaboração de tais relatórios – fica condicionada à apresentação prévia dos mesmos para a outra parte no acordo. Ou seja, documentos da cooperação bilateral só são publicados se houver consenso das chancelarias. O ideal é que isso se democratize, abrindo-se espaço para a participação das pessoas afetadas *in casu* o que exige a imediata publicidade dos relatórios avaliativos. Não se trata de proposta alheia à realidade, sobretudo considerando o princípio da publicidade e o contexto democrático dos países envolvidos.

Uma coisa é publicidade dos acordos internacionais, a qual é obrigatória, seja por disposições de direito interno dos Estados democráticos, seja por determinação do direito internacional⁸⁰⁸. Outra é a publicidade dos atos e documentos que se dão no marco jurídico estabelecido por esses acordos. Por se tratarem de avaliação de políticas públicas internacionalmente direcionadas e, sobretudo, por dizerem respeito à efetivação do direito

⁸⁰⁷ Ver: AITH, Fernando. *Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil*. São Paulo: Quartier Latin, 2007, p. 368-373.

⁸⁰⁸ Ver: RODAS, João Grandino. *A publicidade dos tratados internacionais*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1980.

humano à saúde, deve prevalecer o postulado democrático que impõe a ampla publicidade. Isso é particularmente importante para a cooperação brasileira, considerando que ela se desenrola principalmente como cooperação técnica, para o desenvolvimento de capacidades nos países cooperantes com o Brasil.

Neste sentido, recorde-se que a teoria da cooperação internacional percebe o desenvolvimento de capacidades⁸⁰⁹ como um processo endógeno e voluntário, porque baseado na vontade de trabalhar melhor no seio da comunidade. Esse processo deve levar em conta a realidade cultural e econômica de cada local, sendo, por isso, casuístico. A cada passo dado, fortalecem-se certas capacidades no país que recebe a cooperação, de maneira que o próximo passo parte do anterior. Com isso, a cooperação técnica tem um objeto dinâmico e, portanto, se efetiva no longo prazo.

O olhar de longo prazo exige o monitoramento e a avaliação dos programas de cooperação, não apenas para que cada projeto chegue a bom termo, mas também porque isso sedimenta uma *expertise* de importância estratégica para o Estado que oferece cooperação. É precisamente esse o caso do Brasil. O monitoramento implica a prestação de contas das atividades desenvolvidas e dos recursos utilizados. Para que seja coerente com a finalidade de desenvolver capacidades, é evidente que “as informações sobre as experiências e casos de sucesso podem ser tão importantes quanto os relatórios sobre fracassos e erros de administração”⁸¹⁰. Isso exige transparência, pois ao cabo é a população que, num ato de cidadania, deve monitorar as atividades da cooperação internacional. Portanto, isso exige um espaço democrático.

Entretanto, só a publicidade dos mecanismos de avaliação não basta para a construção de um modelo de cooperação internacional que efetive o desenvolvimento nos países beneficiados e dê liderança internacional para o Brasil. Antes de dar publicidade aos relatórios é preciso ter *bons* relatórios. Vale dizer, devem ser claros os critérios de avaliação e monitoramento utilizados. Trata-se de algo a ser aperfeiçoado pelo Brasil, pois os atos bilaterais analisados, quando mencionam a elaboração de relatórios sobre avaliação, não indicam quais serão os critérios de avaliação da cooperação.

⁸⁰⁹ LOPES, Carlos; THEISOHN, Thomas. *Desenvolvimento para céticos*: como melhorar o desenvolvimento de capacidades. São Paulo: Unesp, 2006, p. 22-23.

⁸¹⁰ LOPES; THEISOHN. Op. cit., p. 87.

Segundo Lopes e Theisohn, a consolidação desses sistemas avaliativos há que se dar em conjunto pelos países envolvidos na cooperação – tanto pelo Estado que oferece o conhecimento técnico compartilhado, como pelo que recebe a capacitação⁸¹¹. Inclusive, isso implica *horizontalidade* no processo de cooperação. É precisamente na horizontalidade que reside, dialeticamente, a maior contradição e o grande trunfo da cooperação oferecida pelo Brasil – com visto *supra*, quando foi explorada a dupla dialética da horizontalidade⁸¹².

No que concerne às organizações não governamentais, a análise dos atos bilaterais mostrou que nos anos 2000 é comum que elas sejam incluídas nas cláusulas sobre parcerias internacionais como possíveis participantes da execução ou do financiamento das atividades de cooperação. Em face disso, pode-se vislumbrar uma oportunidade para a participação da sociedade civil organizada nos processos de cooperação, mas também emerge uma importante preocupação em saber que entidades serão essas, o que elas farão e como irão agir como atores da cooperação internacional.

Uma das críticas que a cooperação Norte-Sul recebe é justamente a imposição de o quê ser feito e *como*, sem participação das comunidades que recebem a ajuda internacional. Esse é um problema não apenas da cooperação realizada por governos, mas também daquela empreendida por organizações internacionais e também por organizações não governamentais. Pode-se dizer que esse é um modelo antigo de cooperar, ainda calcado na genealogia colonial da cooperação. Aliás, essa crítica é feita pelas próprias ONGs cooperantes, por exemplo, no testemunho de um dirigente de organização não governamental francesa:

Com essa antiga maneira de pensar, existente em muitas instituições e também em muitas ONGs do meu país, a França, é que se continuam concebendo os projetos para outrem, imaginando os desejos e as necessidades da sua população, impondo certas formas de desenvolvimento, certos modelos técnicos ou de organização nem sempre adaptados às realidades de diferentes países. Com isso, a crítica que muito se faz às organizações internacionais, ao Banco Mundial, a certas cooperações bilaterais, poderia ser feita também às próprias ONGs da cooperação internacional.⁸¹³

⁸¹¹ LOPES; THEISOHN. Op. cit., p. 88.

⁸¹² Por um lado, há, na cooperação Brasil-PALOP, horizontalidade formal e verticalidade material. Por outro, essa verticalidade pode ser vista como verticalidade de meios para uma horizontalidade de fins. Ver, no presente capítulo, a seção 1.2.1.

⁸¹³ FARDEAU, Jean-Marie. Cooperação entre associações da França e do Brasil. In: ABONG. *Outro diálogo é possível na cooperação Norte-Sul*. São Paulo: Peirópolis, 2003, p. 66.

Em face disso, deve-se perguntar que organizações não governamentais estão envolvidas na cooperação, pois há o risco de que, sendo elas de países desenvolvidos, a cooperação formalmente Sul-Sul na verdade se realize como cooperação Norte-Sul. Isso pode significar uma atuação condicional e seletiva inadequada para uma cooperação que pretende efetivar direitos e promover o desenvolvimento. Neste particular, D’Orfeuill adverte que “as políticas de cooperação com países ou regiões em desenvolvimento, bem como as numerosas políticas de cooperação intra-europeia não são, geralmente, mais do que canais que permitem organizar uma competição entre atores europeus”⁸¹⁴. Esse tipo de cooperação não seria transformador, mas bem ao contrário, estariam sendo conservadas as históricas relações de dependência entre o Norte desenvolvido e o Sul em desenvolvimento.

Além disso, Seitenfus observa, sobre as organizações não governamentais de alcance internacional (ONGAT), que “fazendo concorrência aos tradicionais atributos do Estado, elas questionam o modelo clássico de representação”⁸¹⁵. Ocorre que, se por um lado suas ações se baseiam em um princípio de solidariedade sem fronteiras, por outro lado esses organismos muitas vezes não têm transparência ao agir. Deste modo, assim como podem promover espaços públicos para democratizar a cooperação internacional, as ONGs também podem realizar o contrário, afastando o povo da condução de ações das quais não raro depende sua própria sobrevivência.

Os países do Sul apresentam-se, na maioria dos casos, como objetos da solidariedade das ONGAT internacionais, e não como sujeitos do processo. Trata-se, por conseguinte, de uma manifestação de relação de poder internacional.⁸¹⁶

É preciso considerar, também, que democratizar a cooperação passa pelo desafio de respeitar os mecanismos de atuação social que cada comunidade já tem na sua bagagem cultural. Ou seja, mesmo os procedimentos democráticos não devem ser simplesmente importados pela realidade local, mas devem ser construídos em consonância com a cultura de cada povo – questão que se torna mais complexa em países multiétnicos. Aliás, a

⁸¹⁴ D’ORFEUILL, Henri Rouillé. Rumo a novas formas de cooperação internacional. In: ABONG. *Outro diálogo é possível na cooperação Norte-Sul*. São Paulo: Peirópolis, 2003, p. 37.

⁸¹⁵ SEITENFUS, Ricardo. *Relações internacionais*. Barueri: Manole, 2004, p. 141.

⁸¹⁶ SEITENFUS, Ricardo. *Manual das organizações internacionais*. 4. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005, p. 339.

cooperação pode – e deve – contribuir para o combate às desigualdades étnicas, promovendo um diálogo multicultural que identifique e respeite as diferenças.

Esses dois possíveis mecanismos de democratização da cooperação sanitária – avaliação/monitoramento das atividades e participação das organizações não governamentais, devem se somar a instrumentos de participação direta das comunidades localmente afetadas por cada projeto de cooperação. Esses instrumentos precisam ser pensados localmente e a própria cooperação bilateral, como a Brasil-PALOP, pode abrir espaço para que, paralelamente às próprias atividades de cooperação técnica, se construam procedimentos de efetiva participação das comunidades afetadas por cada projeto de cooperação. Não cabe ao presente trabalho propor esses mecanismos, pois eles devem ser construídos localmente, conforme as tradições culturais existentes. Mas se pode propor que os atos bilaterais, especialmente os ajustes complementares que normatizam projetos de cooperação *in concreto*, passem a contar com uma cláusula – redigida bilateralmente – que estabeleça como será a participação das comunidades.

Tal cláusula inovará a cooperação Sul-Sul apenas se for realmente uma construção conjunta, e não mera formalidade do texto do acordo. Neste particular, note-se que ficou claro, na análise dos atos bilaterais Brasil-PALOP, que tais atos muitas vezes se parecem com *contratos de adesão* firmados pelos outros países com o Brasil, tamanha a repetição de dispositivos, como um formulário do qual se muda pouco a cada vez – notadamente a cláusula dos objetivos e a das atividades. Portanto, e que isso fique claro, não se está propondo a criação de mais uma *cláusula padrão* para esses atos bilaterais. Bem ao contrário, está-se propugnando pelo diálogo intercultural que estabeleça procedimentos para que o agir comunicativo legitime o direito – vale dizer, para que a participação do povo legitime os acordos sobre cooperação sanitária. Desta forma, tal cláusula haverá de ser estabelecida caso a caso.

Um aspecto importante da democratização da cooperação sanitária é que não apenas a comunidade diretamente afetada pela cooperação – que reúne os destinatários dos serviços de saúde – deve participar, mas também os técnicos envolvidos nos programas de capacitação. Note-se que a cooperação brasileira é fundamentalmente cooperação técnica e, por conseguinte, os programas e projetos de cooperação são iniciativas de transferência de tecnologia e capacitação de técnicos do país estrangeiro, normalmente atuantes nas

esferas governamentais. Então, é importante que eles participem da definição das finalidades e das atividades de cooperação, pois conhecem a realidade que se está querendo melhorar. Além disso, a análise dos atos bilaterais Brasil-PALOP demonstrou haver um importante elemento de intersetorialidade, o qual pode ser explorado para democratizar a cooperação sanitária. Com efeito, não raro os ajustes complementares indicam, para cada país, ao lado do ministério de relações exteriores ou agência nacional de cooperação, outro ministério – no que concerne à cooperação sanitária em sentido estrito, principalmente os ministérios da saúde ou instituições públicas ligadas a eles. Esse elemento intersetorial é um ambiente propício para o diálogo entre os que trabalham com a saúde e quem trabalha com as relações internacionais. Por isso, a condução da cooperação sanitária não deve estar apenas com as chancelarias.

E neste ponto se percebe que diplomacia e democracia não devem ser postas em antagonismo, mas em relação de complementaridade. Recorde-se que, com o incremento das relações bilaterais, o Brasil tem assinado memorandos de entendimento que criam *mecanismos de consultas políticas* com os países com os quais ele coopera. No universo dos PALOP, esse tipo de acordo foi celebrado, em 2007, com Angola e com Guiné-Bissau e, em 2008, com Cabo Verde. Ora, trata-se de um espaço diplomático que pode funcionar como um canal permanente para a participação da sociedade de ambos os países, já que os projetos de cooperação formalizados por ajustes complementares têm duração definida. Assim, no âmbito diplomático pode ser negociada, caso a caso, a forma de participação social, inclusive dos técnicos que participam dos programas internacionais de capacitação, tanto do lado dos que ensinam, como dos que aprendem. Isso, inclusive, pode ocorrer com o desenvolvimento da *paradiplomacia*, ou seja, com a inclusão de atores subnacionais, como as províncias e as municipalidades. Seguramente, essa proposta esbarra no modo tradicional de agir das chancelarias, mas esta tese não pretende propor a conservação do modo de fazer a cooperação e sim a sua transformação.

Inclusive, um relatório da OMS, apreciado em 2005 pelo Conselho Executivo, ao tratar dos desafios para a consecução dos objetivos do milênio concernentes à saúde, reconheceu a importância de que a saúde seja inserida fortemente nos planos nacionais de desenvolvimento⁸¹⁷, ou seja, que realmente os Estados deem prioridade às políticas

⁸¹⁷ OMS. *Achievement of the health-related Millennium Development Goals: status report*. 2004, p. 3. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/B115_5-en.pdf>. Acesso em: 10 out. 2008.

públicas deste setor. E, ao tratar das responsabilidades estatais, o relatório destacou a necessidade da “criação de mecanismos para garantir abrangente participação de indivíduos e comunidades nos processos de tomada de decisão em saúde”⁸¹⁸.

Em síntese, na lição de Sueli Dallari, “sem o efetivo exercício da cidadania não há garantia do direito à saúde”⁸¹⁹. Recorde-se que a cooperação sanitária existe para ser uma garantia do direito à saúde, vale dizer, ela tem a função de contribuir para diminuir a distância entre, de um lado, o direito posto nas constituições e tratados e, de outro, o direito ausente para grande parte das populações dos países em desenvolvimento que padecem de graves problemas sanitários. Então, ao se pensar um modelo de cooperação que seja realmente comprometido com essa função de proteção de direitos, é imperioso conceber meios de participação das pessoas, as quais, no limite, são a razão de ser da cooperação internacional.

2. DE PONTA CABEÇA PARA FICAR EM PÉ

Percorridas as lições tiradas da análise do acervo bilateral descrito no capítulo anterior, é importante, agora, analisar a possibilidade de que os países em desenvolvimento, embora heterogêneos, cooperem solidariamente, orientados por valores comuns para promover o desenvolvimento e o respeito aos direitos humanos. Em primeiro lugar, é importante saber onde estamos (seção 2.1) e, em seguida, para onde vamos – no que concerne à realização do direito à saúde (seção 2.2).

⁸¹⁸ OMS. Op. cit., p. 5.

⁸¹⁹ DALLARI, Sueli Gandolfi. A participação popular e o direito à saúde no sistema nacional de saúde brasileiro. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 6, n. 1-3, 2005, p. 23.

2.1. ...*porque en realidad nuestro norte es el Sur*

A lição do pintor uruguaio Torres García, que está na epígrafe deste capítulo e no título desta seção, toca o âmago das relações exteriores dos países em desenvolvimento. Ao retornar para o Uruguai e defender uma *Escola do Sul* para a pintura e para a cultura latino-americanas, ele inverteu o mapa do continente americano para ter a ideia correta da posição de seu país e dos seus vizinhos: não abaixo dos países desenvolvidos, como estes fizeram crer com sua cartografia ideológica, mas tendo a si próprios como direção. Assim, Torres García propõe que nosso *norte* seja o *Sul*⁸²⁰.

Essa imagem em boa medida sintetiza a ideia de que a cooperação pode ser o jogo do Sul para enfrentar o histórico jugo do Norte. Então, considerando que o Sul, abstração geográfica, é uma realidade sócio-econômica internacional (2.1.1), é importante pensar como deve ser a cooperação dita Sul-Sul (2.1.2).

2.1.1. *Sul: abstração geográfica, realidade social*

Diversas podem ser as classificações dos países. Não é o objetivo desta pesquisa analisar a fundo esse tema, mas é importante compor um esboço conceitual do Sul já muitas vezes mencionado neste texto. Por oposição ao Norte desenvolvido, o Sul é uma categoria que representa os países ainda não desenvolvidos. Trata-se de um conceito com finalidade didática, ou seja, trata-se de um *meio de conhecimento*⁸²¹, apenas. Por certo que na geografia dura dos hemisférios encontram-se, no hemisfério sul, países desenvolvidos como a Austrália, e ao norte da linha do Equador – no hemisfério norte, portanto – localizam-se dezenas de países não desenvolvidos. Portanto, a nomenclatura Norte-Sul, sob o ponto de vista geográfico, é menos *física* do que *social*.

O enfoque Norte-Sul nas relações internacionais se origina com a descolonização, desde o final da II Guerra Mundial até os anos 1970. Tratava-se do problema da

⁸²⁰ GARCÍA, Joaquín Torres. *Universalismo Constructivo*. Buenos Aires: Poseidón, 1941.

⁸²¹ Neste particular, recorde-se a lição de Max Weber: “a construção de tipos ideais abstratos não interessa como fim, mas única e exclusivamente como meio de conhecimento” – WEBER, Max. *Metodologia das ciências sociais*. Parte 1. São Paulo: Cortez; Campinas: Unicamp, 1999, p. 139.

independência política e, logo em seguida, do direito ao desenvolvimento. Neste contexto, paralelamente à dualidade Leste-Oeste da Guerra Fria, surge o *terceiro mundo*, o qual, na feliz expressão de Defarges, “não se define mais *para* ou *por*, mas *contra*”⁸²². Segundo Bouveresse a expressão *terceiro mundo* foi cunhada por Sauvy em 1952 como “um tipo de analogia entre reivindicações dos países pobres e aquelas formuladas pelo *terceiro estado* à época da revolução francesa de 1789”⁸²³. Em 1955, na Conferência de Bandung, a ideia passa a ser a de “uma terceira força, neutra, oposta tanto ao bloco capitalista como ao bloco socialista”⁸²⁴. Desde então, o terceiro mundo se fragmentou imensamente, preservando, segundo Defarges, uma *unidade retórica*. Essa categoria jamais formou um todo homogêneo. Não obstante isso, “a oposição Norte-Sul subsiste, distinguindo aqueles que possuem daqueles que reivindicam”⁸²⁵. É nesse sentido que o presente trabalho se utiliza dessa distinção dialética.

Assim, em uma primeira aproximação, estão no Sul todos os países que ainda não são considerados *desenvolvidos*. Ou seja, trata-se dos países que nem econômica, nem socialmente alcançaram os mais elevados padrões de vida para suas populações⁸²⁶. Países *subdesenvolvidos* compõem uma categoria ampla e generalizante⁸²⁷ que, segundo Bouveresse, reúne os Estados de baixo PIB que, justamente por sua fragilidade econômica, não conseguem suprir as necessidades elementares de sua população, inclusive no que se refere à saúde⁸²⁸. Contemporaneamente, prefere-se a expressão países *em desenvolvimento*, que pelo menos para os ouvidos não soa como uma sentença.

Até os anos 1970, as categorias Norte-Sul e Leste-Oeste eram mais evidentes, mas depois disso – e atualmente inclusive – já não é tão simples resumir o mundo por

⁸²² DEFARGES, Philippe Moreau. *La politique internationale*. Paris: Hachette, 1990, p. 359.

⁸²³ BOUVERESSE, Jacques. *Droit et politiques du développement et de la coopération*. Paris: PUF, 1990, p. 12.

⁸²⁴ BOUVERESSE. Op. cit., loc. cit.

⁸²⁵ DEFARGES. Op. cit., p. 360.

⁸²⁶ Para as origens desse debate, consultar o Relatório Prebisch, elaborado no âmbito da UNCTAD, em 1964 – *Towards a New Trade Policy for Development: Report by the Secretary General of the Conference on Trade and Development*, 1964. In: SOUTH CENTRE. *Recalling UNCTAD I at UNCTAD XI*. 2004. Parte III. Disponível em: <http://www.southcentre.org/index.php?option=com_docman&Itemid=69>. Acesso em 2 dez. 2009.

⁸²⁷ Neste sentido: “a qualificação genérica ‘países subdesenvolvidos’ se presta a uma simplificação excessiva, já que a diversidade de países e a complexidade do fenômeno do subdesenvolvimento obriga a analisar cada suposição concreta se se quer dar conta exata da situação real de cada país” – VELASCO, Manuel Díez de. *Las organizaciones internacionales*. 15ª ed. Madrid: Tecnos, 2008, p. 317.

⁸²⁸ BOUVERESSE. Op. cit., p. 11.

dicotomias⁸²⁹. Por isso, o uso das categorias Norte e Sul, neste trabalho, é um instrumento didático para lidar com modelos de cooperação, tendo em vista o ideal de desenvolvimento e de efetivação de direitos humanos – notadamente do direito à saúde. Trata-se de um uso dialético dos termos, para indicar, inclusive, que a cooperação entre países em desenvolvimento deve ser solidária e horizontal, ou seja, deve ser autêntica cooperação Sul-Sul e não uma reprodução – em função das assimetrias entre os próprios países em desenvolvimento – da ajuda Norte-Sul. Feito esse esclarecimento, é importante retomar algumas classificações correntes.

O Banco Mundial, como já abordado⁸³⁰, categoriza países conforme os índices da Renda Nacional Bruta, nas categorias de *renda alta*, de *renda média* (média alta e média baixa) e de *renda baixa*. A OMC distingue entre *países em desenvolvimento* e *países de menor desenvolvimento relativo*⁸³¹, o que pode implicar a aplicação de regras comerciais específicas. A OCDE classifica os países⁸³² tendo em vista os diferentes níveis de acesso à AOD fornecida pelos países doadores desenvolvidos, diferenciando entre países de *renda média alta*, de *renda média baixa*, de *renda baixa* e, entre estes últimos, a OCDE especifica os *países menos avançados* (*Least Developed Countries*). O PNUD⁸³³, desde os anos 1990, vai além do critério da *renda*, observado pelo Banco Mundial e pela OCDE, e compõe um índice que reflete o PIB, a educação e a expectativa de vida – trata-se do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que classifica⁸³⁴ os países como sendo de desenvolvimento humano *muito elevado*, *elevado*, *médio* e *baixo*. O quadro a seguir reúne as classificações dadas pela OCDE e pelo PNUD para o Brasil e para cada um dos PALOP.

⁸²⁹ DEFARGES. Op. cit., p. 361.

⁸³⁰ Ver Capítulo III, 1.2.1.

⁸³¹ AMARAL JR., Alberto do et al. *A reforma do sistema de solução de controvérsias da OMC e os países em desenvolvimento*. São Paulo: IDCID, 2006, p. 19.

⁸³² OCDE. *DAC List of ODA Recipients*: Effective for reporting on 2009 and 2010 flows. Disponível em: <<http://www.oecd.org/dataoecd/32/40/43540882.pdf>>. Acesso em 3 dez. 2009.

⁸³³ Ver: <<http://www.undp.org>> e <<http://www.pnud.org.br>>.

⁸³⁴ PNUD. *Relatório de desenvolvimento humano 2009*: Ultrapassar barreiras: mobilidade e desenvolvimento humanos. PNUD: 2009, p. 171-174. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_PT_Complete.pdf>. Acesso em 3 dez. 2009.

QUADRO 12 – O Brasil e os PALOP de acordo com a OCDE e o PNUD⁸³⁵

	OCDE	PNUD		
		IDH	Posição	Desenvolvimento humano
Angola ⁸³⁶	<i>Least Developed Country</i>	0,564	143	Médio
Brasil	<i>Upper Middle Income Country</i>	0,813	75	Elevado
Cabo Verde	<i>Lower Middle Income Country</i>	0,708	121	Médio
Guiné-Bissau	<i>Least Developed Country</i>	0,396	173	Baixo
Moçambique	<i>Least Developed Country</i>	0,402	172	Baixo
S. Tomé e Príncipe	<i>Least Developed Country</i>	0,651	131	Médio

Sem dúvida, a maior porção da humanidade se encontra nesse imenso Sul em desenvolvimento⁸³⁷. Sobre os *países em desenvolvimento*, Alberto do Amaral Junior e colaboradores concluem tratar-se de um grupo que, embora de grande heterogeneidade, guarda em comum o *elemento agregador da debilidade econômico-financeira*⁸³⁸. Portanto, é possível afirmar que o Brasil e os PALOP são países em desenvolvimento, embora heterogêneos. Com isso se procurou aproximar um conceito de países do Sul para os fins deste trabalho. A seguir, pretende-se refletir sobre o que pode ser a cooperação Sul-Sul.

2.1.2. Cooperação sanitária Sul-Sul

Para que possa ser um instrumento efetivo para a realização do direito à saúde em países periféricos, a cooperação sanitária Sul-Sul não pode reproduzir as contradições da ajuda Norte-Sul. Mas não basta uma percepção negativa, por oposição às relações verticais. Então, é necessário verificar quais elementos devem compor essa cooperação horizontal entre países em desenvolvimento. Para tanto, é importante resumir o esforço brasileiro para a cooperação sanitária, segundo seu discurso oficial (a), e então apresentar uma síntese dos elementos que devem constar de um modelo Sul-Sul de cooperação solidária (b).

⁸³⁵ Fonte: OCDE, Op. cit.; PNUD, Op. cit.

⁸³⁶ Embora a OCDE classifique Angola entre os países de baixa renda como país menos avançado, a classificação que lhe dá o Banco Mundial é de país de renda média baixa – Cfr.: <<http://geo.worldbank.org/>>. Acesso em: 3 dez. 2009.

⁸³⁷ Na OMC, por exemplo, 83% dos membros são considerados países em desenvolvimento – AMARAL JR., Alberto do et al. Op. cit., p. 10.

⁸³⁸ AMARAL JR., Alberto do et al. Op. cit., p. 112.

a. O esforço brasileiro

Em seu discurso internacional o Brasil defende a realização da cooperação horizontal interessada apenas no desenvolvimento econômico e social dos países parceiros⁸³⁹. Assim, o discurso oficial segue a linha de ver a cooperação como solidariedade. Nesse sentido, o país tem promovido ações na área da *diplomacia sanitária*⁸⁴⁰, a qual articula a cooperação técnica⁸⁴¹ sanitária. De modo geral, os programas e as políticas públicas brasileiras consideradas bem sucedidas são *exportados* para outros países, especialmente países em desenvolvimento, inclusive países menos avançados. O quadro a seguir apresenta os principais temas da cooperação sanitária promovida pelo Brasil.

QUADRO 13 – Principais áreas da cooperação internacional sanitária brasileira⁸⁴²

Malária	Controle do vetor e prevenção da enfermidade, detecção e diagnóstico de casos, controle de qualidade de diagnósticos e tratamentos efetivos.
HIV/AIDS	Capacitação em ações de prevenção, diagnóstico e assistência, apoio ao fortalecimento dos programas nacionais de DST/ AIDS, aos direitos humanos, intercâmbio em sistemas de informação e apoio à busca de tratamento universal à população afetada.

⁸³⁹ O Brasil expressamente repele a ideia de que sua cooperação com os países em desenvolvimento tenha em vista futuros investimentos nesses países, afirmando o discurso solidário do desenvolvimento – BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. *South-South Cooperation Activities carried out by Brazil*. Brasília: 2007, p. 5-6.

⁸⁴⁰ “A possibilidade de disseminação internacional de doenças emergentes ou re-emergentes com consequências de impacto e dimensões desconhecidas, a necessidade de aumentar e organizar a ajuda humanitária num mundo em que a globalização alcança as consciências individuais e coletivas; a urgência política de tentar salvar compromissos internacionais, entre os quais ocupam posição central as metas de desenvolvimento do milênio; a necessidade de resolver o conflito saúde/comércio, que se manifesta de maneira mais visível nas restrições levantadas pelo regime de propriedade intelectual ao acesso de medicamentos, vacinas e processos diagnósticos – todas essas coisas novas reclamam um tipo distinto de ação, que seria disciplinada pelo que vem sendo chamado ‘health diplomacy’, ou diplomacia na área da saúde”. – BRASIL, Ministério das Relações Exteriores, Agência Brasileira de Cooperação. Cooperação técnica brasileira em saúde. In: *ViaABC*: publicação da Agência Brasileira de Cooperação, mar. 2007, p. 2.

⁸⁴¹ “Os projetos de cooperação técnica não prevêm a transferência de recursos financeiros, abrangem apenas atividades de consultoria, formação de técnicos e multiplicadores, treinamento e transferência de tecnologia/conhecimento e, em casos específicos, pode haver a aquisição de equipamentos”. BRASIL, Ministério das Relações Exteriores, Agência Brasileira de Cooperação. Cooperação técnica brasileira em saúde. In: *ViaABC*: publicação da Agência Brasileira de Cooperação, mar. 2007, p. 3.

Para um estudo mais abrangente da cooperação técnica e da atuação brasileira, ver: SOARES, Guido F. S. A cooperação técnica internacional. In: MARCOVITCH, Jacques (Org.). *Cooperação internacional: estratégia e gestão*. São Paulo: Edusp, 1994, p. 165-218.

⁸⁴² Textos extraídos de: BRASIL, Ministério das Relações Exteriores, Agência Brasileira de Cooperação. Cooperação técnica brasileira em saúde. In: *ViaABC*: publicação da Agência Brasileira de Cooperação, mar. 2007, p. 4.

Sistema Único de Saúde	Apoio à descentralização dos serviços de saúde em outros países e utilização do SUS como modelo de sistema de saúde a ser implementado.
Nutrição	Fortalecimento das ações de alimentação e nutrição por meio da implementação de políticas na área, formulação e implementação de ações de prevenção e controle das carências nutricionais (desnutrição, hipovitaminose A, anemia ferropriva e bócio endêmico).
Bancos de Leite Humano (BLH)	Diminuição das condições adversas de saúde de grupos populacionais estratégicos e em situações especiais de agravo, particularmente para recém nascidos de baixo peso, com forte impacto para o cumprimento dos objetivos do milênio, no que diz respeito à redução da mortalidade infantil com ênfase para o componente neonatal; elaboração de uma política de aleitamento materno e BLH; desenvolvimento de um sistema de informação em BLH.
Vigilância Ambiental em Saúde	Vigilância, tratamento, controle e monitoramento da qualidade da água, manejo de resíduos sólidos, manejo de substâncias químicas e resíduos contaminantes, programas de melhoria sanitária domiciliar.
Vigilância Epidemiológica	Protocolo de patologias para o controle de agravos compulsórios, capacitações técnicas em resposta rápida para o controle de surtos e epidemias, de acordo com o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, Sistema Nacional de Notificação de Agravos e Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, Fortalecimento de Programas de Imunizações, entre outras.
Geminação de Hospitais	Localização de um hospital irmão no Brasil que pode apoiar instituição estrangeira em gestão hospitalar, prontuário eletrônico, intercâmbio de especialistas e fortalecimento institucional.
Fármacos e Imunobiológicos	Transferência de tecnologia.

A cooperação sanitária brasileira é principalmente Sul-Sul. Aliás, nas últimas décadas tem aumentado a cooperação oferecida pelo Brasil⁸⁴³, muito embora haja previsão jurídica – nos atos bilaterais – para o estabelecimento de parcerias com organismos internacionais⁸⁴⁴, com agências e fundos de fomento e, inclusive, com organizações não governamentais. Alguns temas da agenda da cooperação sanitária brasileira são objeto de uma grande iniciativa promovida pelo Brasil e dirigida aos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). O quadro a seguir apresenta uma síntese desse processo.

⁸⁴³ Quando, em 1994, o atual chanceler escreveu sobre as perspectivas da cooperação internacional, referiu-se principalmente à cooperação recebida pelo Brasil dos países desenvolvidos. Hoje a situação é outra. Cfr.: AMORIM, Celso Luiz Nunes. Perspectivas da cooperação internacional. In: MARCOVITCH, Jacques (Org.). Op. cit., p. 149-163.

⁸⁴⁴ Para um estudo da participação das organizações internacionais na cooperação técnica brasileira, ver: MEDEIROS, Antonio Paulo Cachapuz de. As organizações internacionais e a cooperação técnica. In: MARCOVITCH, Jacques (Org.). Op. cit., p. 273-319.

QUADRO 14 – Cooperação Brasil-PALOP⁸⁴⁵

Necessidade premente	Enfrentamento epidemiológico das seguintes enfermidades: malária, cólera, meningite meningocócica, hepatite, tuberculose, AIDS, febre amarela, Ebola, Marburg e outros arbovírus.
Órgãos brasileiros	- Agência Brasileira de Cooperação (ABC). - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).
Organismos estrangeiros (cooperação triangular)	- Japan International Cooperation Agency (JICA): órgão do Governo japonês para cooperação técnica, do Ministério dos Negócios Estrangeiros japonês. - Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP).
Primeira fase	- 1994: Reunião de Ministros da Saúde dos PALOP, ocorrida no Rio de Janeiro. - 1997: Missão do Brasil nos PALOP. - 2000: Realização da “Oficina de Trabalho sobre Cooperação Técnica para o Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde entre a FIOCRUZ e os PALOP”. - 1995-2005: capacitação de 231 profissionais dos PALOP, realizada no Brasil pela FIOCRUZ. Tratou-se de cooperação triangular, primeiro com apoio da JICA, depois da CPLP.
Segunda fase (em andamento)	Entre outros projetos: - Formação à distância de pessoal de nível técnico em Angola, Moçambique, Guiné-Bissau, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe. - Colaboração da FIOCRUZ para o estabelecimento, em Angola, da Escola Nacional de Saúde Pública de Angola (ENSPA) e de um curso de mestrado em saúde pública, sendo que esses cursos receberão alunos de Guiné-Bissau, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe. - Em Moçambique, a criação, com a colaboração da FIOCRUZ, de Curso de Mestrado Profissional em Ciências Biomédicas, com ênfase em Laboratórios de Saúde Pública, para apoiar o Instituto de Saúde Pública daquele país, sendo que serão recebidos alunos de Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe. - Também em Moçambique, novamente com a atuação da FIOCRUZ, a criação da Escola Nacional de Saúde Pública de Moçambique, bem como de um curso de odontologia, com apoio às graduações em ciências da saúde já existentes neste país (medicina, farmácia e enfermagem), sendo que se aceitarão alunos de Guiné-Bissau, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe.

Percebe-se que se trata de um ousado programa, o qual se desenvolverá até o final desta década. Veja-se que as necessidades que motivam a cooperação, relacionadas com eventos epidemiológicos, serão enfrentadas em longo prazo. Afinal, esse projeto de cooperação com os PALOP se dirige fundamentalmente à capacitação profissional em saúde. Nesse sentido, trata-se de uma iniciativa que se coaduna com as observações do Relatório Mundial da Saúde de 2006, da OMS. Como já referido⁸⁴⁶, esse Relatório demonstra que a densidade de profissionais da saúde é diretamente proporcional à

⁸⁴⁵ Quadro elaborado pelo autor a partir de: BRASIL, Ministério das Relações Exteriores, Agência Brasileira de Cooperação. Cooperação técnica brasileira em saúde. In: *ViaABC*: publicação da Agência Brasileira de Cooperação, mar. 2007, p. 5 e 6.

⁸⁴⁶ Capítulo II, seção 2.1.3.

expectativa de vida em determinado território. O Relatório aponta, ainda, que o continente africano é o que possui menor densidade de profissionais sanitários.

A análise dos atos jurídicos bilaterais da cooperação Brasil-PALOP permitiu compreender como a cooperação internacional adquire densidade, como ela se desenvolveu no tempo, quais seus principais temas, quais suas tendências mais marcantes, qual o alcance do discurso da horizontalidade e, enfim, alguns dos seus principais desafios. Resta saber se o programa brasileiro alcançará os arrojados objetivos a que se propõe. Por um lado, o sucesso de uma iniciativa de cooperação depende daquele que oferece a ajuda e, quanto a isso, não pode ser negligenciado que o Brasil *exporta* modelos que, mesmo ao serem aplicados internamente, possuem suas fragilidades. Por outro lado, o êxito desses projetos depende essencialmente do Estado que recebe a cooperação, razão pela qual é necessário que haja condições políticas e institucionais de execução da cooperação.

O balanço, como foi visto na primeira parte deste capítulo, é auspicioso e desafiador. Os instrumentos jurídicos analisados confirmam a horizontalidade do discurso, ao menos em aspectos formais, os quais são muito importantes, porque abrem espaço para que a verticalidade material dos projetos de cooperação seja um meio para a realização de uma horizontalidade de fins. Por certo isso dependerá de como será conduzida a cooperação Sul-Sul brasileira nos próximos anos. Neste sentido, é relevante a institucionalização conferida pela abertura de uma sede africana da Fiocruz. No entanto, também se verifica que, por dizer respeito à efetivação do direito à saúde – formalmente vigente nos países analisados – e por normatizar políticas públicas, esse movimento bilateral precisa de maior legitimação democrática.

Essa análise partiu de um dado, qual seja, o de que a cooperação Brasil-PALOP é *bilateral*. Contudo, antes de concluir esse estudo sobre a cooperação Sul-Sul empreendida pelo país em matéria sanitária, é preciso refletir, ainda que brevemente, sobre a própria bilateralidade. O modo bilateral da cooperação brasileira com os PALOP, no contexto da referida verticalidade material, pode indiciar que se tratam de relações desiguais. Com efeito, no bilateralismo, bem mais do que no multilateralismo, o mais forte na negociação tem ampla possibilidade de impor a sua vontade. Ainda que não seja esse o caso da cooperação brasileira, seria interessante pensar instrumentos multilaterais para a normatização da cooperação sanitária. Ainda que o Brasil participe do diálogo político da

Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, não assina acordos *multilaterais* de cooperação com os PALOP. Outro exemplo poderia ser o da cooperação em Bancos de Leite Humano, a qual, embora concertada na esfera iberoamericana da Rede Iber-BLH, se concretiza juridicamente por meio de acordos *bilaterais*.

Os Bancos de Leite Humano (BLH) são uma reconhecida estratégia para a diminuição da mortalidade infantil e de extrema atualidade, por causa dos ODM. Eles existem em todo o mundo há décadas. Nos anos 1980 muitos terminaram em função do aparecimento do HIV/AIDS em face da possibilidade de contaminação por meio do leite humano. A tecnologia desenvolvida pelo Brasil de controle de qualidade do leite, que inclui o processo de pasteurização, vence essa barreira e permite que os BLH sejam uma alternativa segura e de baixo custo para a saúde infantil. Desenvolve-se, entre os países participantes da Cúpula Iberoamericana de Chefes de Estado, um programa de cooperação que tem por objeto o intercâmbio de conhecimento e tecnologia no campo da lactância materna e BLH. Trata-se do Programa IberBLH, aprovado na XVII Cúpula Iberoamericana de Chefes de Estado e Governo, ocorrida no Chile em novembro de 2007⁸⁴⁷. A Declaração de Santiago, assinada na XVII Cúpula, é um documento *soft* que, embora sem o valor jurídico de um tratado internacional, indica a pauta política do concerto iberoamericano. Nesse contexto, o compromisso assumido pelos Estados participantes no § 12 da Declaração⁸⁴⁸, propugnando o fortalecimento da cooperação iberoamericana, pode ser apenas um lugar comum das declarações das Cúpulas. Afinal, o “cumbrismo” costuma ser pródigo em palavras. No entanto, paralelamente à Declaração, os Estados assinaram o Programa de Ação de Santiago⁸⁴⁹, em cujo § 19 é aprovado o programa da Rede de Banco de Leite Humano.

⁸⁴⁷ Antes disso, em maio de 2005, representantes dos Ministérios da Saúde de países latinoamericanos, reunidos no II Congresso Internacional de Bancos de Leite Humano, já haviam adotado a Carta de Brasília sobre cooperação na área da lactância materna e BLH – CLATI/BLH. Centro Latino Americano de Tecnologia e Informação em Bancos de Leite. *Carta de Brasília*. 2005. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/redeblh/media/cartabra.pdf>>. Acesso em 16 maio 2009.

⁸⁴⁸ XVII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno. *Declaración de Santiago*. Nov. 2007. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/redeblh/media/decsantiago.pdf>>. Acesso em 16 maio 2009.

⁸⁴⁹ XVII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno. *Programa de Acción*. Nov. 2007. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/redeblh/media/progacciondecsantiago.pdf>>. Acesso em 16 maio 2009.

O IberBLH tem origem na Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (Rede BLH-BR), que conta com 195 BLH em funcionamento e 10 em implantação⁸⁵⁰. O objetivo do programa é apoiar a instalação de pelo menos um BLH em cada país iberoamericano. Para tanto, foi constituída a Rede Iberoamericana de BLH. Inicialmente, o programa conta com a participação de sete países – Argentina, Brasil, Bolívia, Espanha⁸⁵¹, Paraguai, Uruguai e Venezuela –, mas ele é aberto a todos os Estados iberoamericanos. Objetivamente, o programa se destina tanto a apoiar BLHs que já estejam em implementação como a colaborar para constituí-los nos países nos quais eles ainda não foram criados⁸⁵². O programa estabelece que a coordenação da Rede Iberoamericana de BLH fique a cargo da FIOCRUZ, onde foi estabelecida a sua secretaria. O Brasil também é o responsável pela maior parte do orçamento, cuja execução é planejada para durar dois anos. Do total de US\$ 254,400, o Brasil dispôs-se a financiar US\$ 154,400, ficando a cargo dos outros cinco países americanos inicialmente envolvidos o rateio dos US\$ 100,000 restantes⁸⁵³. O ingresso de outros países depende, portanto, de aportes adicionais de recursos. Em outubro de 2008, o governo colombiano manifestou interesse em ingressar no programa IberBLH⁸⁵⁴, sendo que em 2007 já havia sido firmado um ajuste complementar bilateral entre o Brasil e a Colômbia nesse sentido.

Um dado importante para compreender o êxito em passar da retórica das Cúpulas para a execução de programas técnicos de cooperação é o fato de que o Brasil já vinha mantendo iniciativas de cooperação bilateral, quando da elaboração do Programa IberBLH. Com efeito, à época da elaboração do Programa, o Brasil já cooperava com a Argentina, apoiando tecnicamente a rede argentina de BLHs, em La Plata, Buenos Aires e Mendoza; com a Colômbia, para a implantação dos primeiros BLHs, em Medellín, Ibagué e Bogotá; com o Equador, para implementação de BLH em Quito; com o Paraguai, para a implantação do seu primeiro BLH; com a República Dominicana, para a criação em Santo

⁸⁵⁰ Ver:

<http://www.iberblh.icict.fiocruz.br/index.php?option=com_content&view=article&id=48&Itemid=34>. Acesso em 16 maio 2009.

⁸⁵¹ Em 2006 e 2007 foi planejado o primeiro BLH espanhol, segundo o modelo brasileiro. Trata-se de um exemplo, raro, de cooperação Sul-Norte. – Secretaría General Iberoamericana. *Programa iberoamericano: soporte técnico para la implantación de la Red Iberoamericana de Bancos de Leche Humana*. 2007. Disponível em: <<http://www.iberblh.icict.fiocruz.br/images/programasgi.pdf>>. Acesso em 16 maio 2009.

⁸⁵² Secretaría General Iberoamericana. Op. cit., cap. 6, p. 7.

⁸⁵³ Secretaría General Iberoamericana. Op. cit., cap. 10, p. 11.

⁸⁵⁴ IberBLH. *¡Bienvenida Colombia al programa IberBLH!*. Disponível em: <http://www.iberblh.icict.fiocruz.br/index.php?option=com_content&view=article&id=95&Itemid=56>. Acesso em 17 maio 2009.

Domingo do primeiro BLH; com o Uruguai, dando suporte técnico aos BLHs de Montevideu, Taquarembó e Salto; e com a Venezuela, colaborando tecnicamente com a rede venezuelana de BLHs, em Caracas, Bolívar, Apure e Mérida⁸⁵⁵. Isso mostra que pode haver um elemento de continuidade na cooperação – quando o esforço multilateral decorre de cooperação bilateral prévia.

E a recíproca parece ser verdadeira, no sentido de que esse esforço multilateral fortalece a cooperação bilateral entre o Brasil e os membros dessa Rede. A Bolívia e o Paraguai se encontram no grupo de países para os quais o objetivo do programa é implantar o *primeiro* BLH nacional. Não obstante isso ocorra no marco multilateral da IberBLH, a cooperação Brasil-Bolívia e a Brasil-Paraguai também se aperfeiçoam com este programa. O outro grupo, que inclui os países nos quais já existe pelo menos um BLH e para os quais o objetivo do programa é o aperfeiçoamento do sistema, conta com o Uruguai e a Venezuela. O primeiro país para o qual o Brasil “exportou” a tecnologia de BLHs foi a Venezuela, pois desde 1996 esses países desenvolvem programa de cooperação técnica na matéria. Em 9 de outubro de 2008 foi inaugurado o terceiro BLH no Uruguai⁸⁵⁶.

Paralelamente ao compromisso multilateral estabelecido no Programa de Santiago, o Brasil tem celebrado, para o fim específico de executar o programa BLH, ajustes complementares a acordos bilaterais de cooperação. Assim, pode-se afirmar que cooperação gera cooperação. Aliás, no jargão técnico da cooperação internacional os projetos costumam indicar as *sinergias existentes*, ou seja, fazem referência a outras iniciativas, sejam bilaterais, sejam multilaterais, para as quais o novo projeto de alguma forma agrega esforços. A cooperação internacional de que participa o Brasil em matéria de BLH vai além da iniciativa iberoamericana do IberBLH e é centrada em acordos bilaterais. Aliás, como visto, mesmo as atividades da IberBLH são objeto de acordos bilaterais de cooperação entre o Brasil e os demais participantes do programa iberoamericano.

Não é o escopo desta pesquisa analisar em profundidade a cooperação iberoamericana, mas esse é um exemplo importante de ser referido por reforçar um indício averiguado na cooperação Brasil-PALOP. Com efeito, parece que o Brasil prefere o

⁸⁵⁵ Secretaría General Iberoamericana. Op. cit., cap. 12, p. 13.

⁸⁵⁶ IberBLH. *Inauguración de el 3er. Banco de Leche Humana en el Uruguay*. Disponível em: <http://www.iberblh.icict.fiocruz.br/index.php?option=com_content&view=article&id=101&Itemid=56>. Acesso em: 17 maio 2009.

bilateralismo no que concerne à cooperação que oferece a outros países em desenvolvimento. Ocorre que o multilateralismo, que surgiu em oposição tanto ao bilateralismo como ao unilateralismo, implica a discussão e a decisão comuns⁸⁵⁷ em torno de interesses compartilhados. Este é o caso da cooperação sanitária, sobretudo quando se recorda que vários temas são recorrentes. Ademais, a criação de instrumentos multilaterais Brasil-PALOP criaria espaço para a cooperação inter-PALOP, que seria mais horizontal ainda. Isso só viria a fortalecer a cooperação Sul-Sul e, para os grocianos, representaria um espaço de liderança para o Brasil nada negligenciável. Ademais, a bilateralidade favorece a verticalidade, ao passo que a multilateralidade facilita a horizontalidade.

Não obstante essa sugestão para a política de cooperação Sul-Sul brasileira, sem dúvida o balanço é extremamente positivo. Ainda que possa – e deva – ser aperfeiçoada, a cooperação sanitária do Brasil com os países em desenvolvimento é um exemplo de iniciativa solidária focada na efetivação de direitos e no desenvolvimento. Como visto, a cooperação técnica brasileira visa a fortalecer instituições locais, o que minimiza a fuga de cérebros e, por conseguinte, propicia maior sustentabilidade.

Atualmente, um dos eixos do “PAC da Saúde” é a cooperação internacional, com foco nos países da América Central e do Sul, especialmente os do MERCOSUL, assim como os Estados africanos e os membros da CPLP. Para o período 2008-2011 prevê-se o valor total de cinquenta e oito milhões de reais⁸⁵⁸ destinados à cooperação sanitária, especialmente fronteira e com outros países latino-americanos e africanos.

Enfim, feito esse sobrevôo no esforço brasileiro de empreender uma cooperação Sul-Sul, é importante pensar, sintetizando muitas das reflexões já feitas neste trabalho, em alguns elementos para um modelo de cooperação solidária entre países em desenvolvimento.

⁸⁵⁷ Verbete “*Multilateralisme*”, em: LOROT, Pascal (Coord.). *Dictionnaire de la Mondialisation*. Paris: Ellipses, 2001, p. 316-317.

⁸⁵⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Mais saúde: direito de todos: 2008-2011*. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008, p. 81-83.

b. Síntese de um modelo de cooperação solidária

Considerando o direito internacional pelos paradigmas das relações internacionais discutidos no primeiro capítulo, é importante perguntar quais elementos a cooperação deve aperfeiçoar para compor um modelo Sul-Sul cada vez menos tributário do paradigma grociano (de interesses de Estado) e mais próximo do enfoque kantiano (de interesses comuns a toda humanidade). Para tanto, são abordados os seguintes aspectos: a cooperação não pode agravar o subdesenvolvimento, ela deve ser eficaz e constantemente aprimorada, deve sempre respeitar os direitos humanos, deve ser democratizada e, enfim, garantir o acesso à saúde tanto para os países como para as pessoas.

A cooperação sanitária deve começar pelo mesmo princípio das ciências médicas, a não-maleficência – *primum non nocere*. Antes de tudo, ela jamais pode ser uma forma de agravar a situação dos países que dela dependem. Isso significa ir em direção oposta a das mais duras críticas que são feitas à cooperação Norte-Sul. Díez de Velasco, por exemplo, conclui sua análise da ajuda internacional dos países ricos para os países em desenvolvimento afirmando o seguinte:

Tudo isso faz com que a ajuda bilateral, ainda que sirva para o desenvolvimento dos países receptores, seja sobretudo uma via utilizada pelos países industrializados para expandir seu próprio comércio exterior, e criar as condições propícias para o investimento de capitais privados procedentes destes países. Mas, além disso, essa cooperação tem o efeito negativo para os países subdesenvolvidos de aumentar sua dívida externa e seu grau de dependência em relação aos países desenvolvidos.⁸⁵⁹

Em segundo lugar, a cooperação deve ter eficácia – ou seja, deve resultar no que se espera que ela resulte – e deve ser sempre aperfeiçoada. Para tanto ela deve ser apropriadamente avaliada⁸⁶⁰ e monitorada⁸⁶¹, sendo que os critérios e os relatórios de

⁸⁵⁹ VELASCO, Manuel Díez de. *Las organizaciones internacionales*. 15ª ed. Madrid: Tecnos, 2008, p. 319.

⁸⁶⁰ “A avaliação orienta-se para os resultados de um projeto ou programa e faz a comparação dos planos com as realizações. (...) a avaliação também é uma ferramenta orientada para a aprendizagem, que busca aprimorar a ação em andamento, bem como o planejamento e a tomada de decisão no futuro” – MAXIMIANO, Antonio Cesa Amaru; SBRAGIA, Roberto. Avaliação e determinantes de sucesso de projetos de cooperação técnica internacional. In: MARCOVITCH, Jacques (Org.). *Cooperação internacional: estratégia e gestão*. São Paulo: Edusp, 1994, p. 519.

⁸⁶¹ “(...) o processo de monitoramento consiste primariamente em supervisionar a execução física do projeto, para garantir que os recursos estejam disponíveis e possam ser utilizados, no momento certo. (...) O monitoramento enfoca o progresso físico e a situação financeira e tem por finalidade facilitar o andamento do projeto” – MAXIMIANO; SBRAGIA. Op. cit., loc. cit.

avaliação/monitoramento não podem ser desconhecidos da sociedade. Bem ao contrário, exige-se a ampla publicidade para todo o processo de cooperação.

Ocorre que a eficácia não pode ser alcançada a qualquer custo, de maneira que a cooperação deve sempre respeitar os direitos humanos – até mesmo porque esse é o seu objetivo. O respeito aos direitos humanos deve ser *condictio sine qua non* para qualquer projeto de cooperação sanitária. Do contrário, a cooperação sanitária entraria em contradição com sua função jurídica, que é a de *garantir* internacionalmente o direito humano à saúde.

Além disso, porque toca a todas as pessoas da sociedade, já que está imbricada nos direitos humanos, a cooperação sanitária exige participação popular. Por isso, é preciso democratizar a diplomacia da cooperação para que sejam legitimadas as normas decorrentes dos ajustes internacionais que não raro repercutem em políticas públicas locais. Sugere-se que seja definida, consensualmente, uma cláusula sobre a participação das comunidades afetadas pelo projeto de cooperação *in casu*, bem como sobre a participação dos profissionais de saúde locais. Sobre este último aspecto, é importante referir que a cooperação técnica em saúde deve ser um processo interativo e “privilegiar a formação e a participação dos trabalhadores da saúde locais, no desenvolvimento de projetos aderentes às demandas nacionais”⁸⁶². Isso implicaria a inclusão da sociedade local e significaria a superação de outro grave problema da cooperação vertical. Com efeito, Bouveresse, em sua crítica à ajuda internacional Norte-Sul, afirma que, “para ser eficaz, a ajuda deve ser adaptada às particularidades e às capacidades locais”⁸⁶³. Ou seja, ela deve tomar em consideração, primordialmente, os seus destinatários. Justamente por isso é que se deve exigir a democratização da cooperação internacional. Quiçá essa democratização, se vier a existir, coloque a cooperação Sul-Sul na vanguarda da cooperação internacional para o desenvolvimento. O mencionado autor aborda o desenvolvimento desde a perspectiva da igualdade, sustentando que os países periféricos merecem uma desigualdade (positiva) de tratamento para que possam tornar-se iguais, socioeconomicamente, aos países desenvolvidos. Ou seja, trata-se de passar da igualdade formal para a igualdade material.

⁸⁶² BERTOLOZZI, Maria Rita; BÓGUS, Cláudia Maria; SACARDO, Daniele Pompei. Saúde internacional e sistemas comparados de saúde pública. In: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester Luiz Galvão. *Saúde pública*. São Paulo : Atheneu, 2008, p. 261.

⁸⁶³ BOUVERESSE, Jacques. *Droit et politiques du développement et de la coopération*. Paris: PUF, 1990, p. 269.

(...) a desigualdade compensadora desenha os contornos de uma comunidade internacional reconciliada e solidária. Ela anuncia a passagem de uma sociedade da indiferença para uma sociedade de cooperação.⁸⁶⁴

Deste modo, assim como o povo deve participar da formulação da cooperação, ele também deve ter parte nos seus resultados. Trata-se do *acesso* aos benefícios da cooperação internacional. Vale dizer, o *acesso* à cooperação só será pleno se ocorrer em um duplo nível: acesso dos países periféricos a relações de cooperação e acesso das pessoas desses países aos projetos de cooperação internacionalmente acordados. *Mutatis mutandis*, trata-se de um duplo acesso à saúde: dos países em desenvolvimento e das pessoas desses países.

Esses cinco elementos para uma cooperação Sul-Sul autenticamente horizontal – não agravamento do subdesenvolvimento, eficácia e aperfeiçoamento, respeito aos direitos humanos, democratização e acesso à saúde tanto para países como para pessoas – são fundamentais para que haja uma cooperação solidária e humanista, fundada em interesses comuns aos seres humanos. Especialmente no que concerne à cooperação sanitária, é importante revisitar sua função jurídica – garantir o direito humano à saúde.

2.2. Saúde: direito de todo ser humano

Uma vez analisada a cooperação sanitária – com o estudo documental da cooperação Brasil-PALOP à luz de uma bibliografia multidisciplinar – e apontados alguns elementos para o seu aperfeiçoamento, é importante voltar a abordar o direito humano à saúde. A partir do exemplo brasileiro – de país em desenvolvimento que garante o direito à saúde universal e integralmente a toda pessoa que esteja em seu território (seção 2.2.1) – é relevante refletir sobre o desafio internacional que esse direito representa (seção 2.2.2), por dizer respeito à dignidade inerente a todo ser humano.

⁸⁶⁴ BOUVERESSE. Op. cit., p. 80.

2.2.1. O exemplo brasileiro

O Brasil, sobretudo desde a constituição de 1988, que democratizou o país, está comprometido, tanto interna como internacionalmente, com a proteção dos direitos humanos. Tudo isso vem positivado pela constituição e pelos tratados internacionais aos quais o país manifesta pleno consentimento.

A soberania brasileira está atrelada aos desígnios constitucionais, mormente os do art. 4º, que estabelece os princípios que regem o país nas suas relações internacionais. Ao reconhecer a “prevalência dos direitos humanos”⁸⁶⁵, esse dispositivo coloca o Brasil entre os Estados *abertos* constitucionalmente para a democracia e para os direitos humanos⁸⁶⁶. Com efeito, como leciona Gomes Canotilho, “no plano interno a democracia é o ‘governo menos mau’ e no plano externo a democracia promove a paz”⁸⁶⁷, sendo que “o direito internacional tende a transformar-se em suporte das relações internacionais através da progressiva elevação dos direitos humanos a padrão jurídico de conduta política, interna e externa”⁸⁶⁸. Em coerência com esses fundamentos, o Brasil democratizado em 1988 vinculou-se ao sistema interamericano de proteção dos direitos humanos.

Neste contexto, de democratização e renovação constitucional, o direito humano à saúde tornou-se direito fundamental⁸⁶⁹ no direito brasileiro. Até 1988 a saúde não era reconhecida, formalmente, como direito fundamental no Brasil. A constituição de 1988 elevou o *status* jurídico da saúde, para colocá-la entre os direitos sociais como um direito público subjetivo e como um dever estatal⁸⁷⁰. Com efeito, a saúde consta do rol do art. 6º.

⁸⁶⁵ Art. 4º, II, CF/88.

⁸⁶⁶ LAFER, Celso. *A internacionalização dos direitos humanos: constituição, racismo e relações internacionais*. Barueri: Manole, 2005, p. 13 e 14.

⁸⁶⁷ CANOTILHO, J. J. Gomes. *Direito constitucional e teoria da constituição*. 4ª ed. Coimbra: Almedina, 2001, p. 1317.

⁸⁶⁸ CANOTILHO. Op. cit., p. 1318.

⁸⁶⁹ Na lição de Canotilho, tem-se o seguinte: “As expressões ‘direitos do homem’ e ‘direitos fundamentais’ são frequentemente utilizadas como sinónimas. Segundo a sua origem e significado poderíamos distingui-las da seguinte maneira: direitos do homem são direitos válidos para todos os povos e em todos os tempos (dimensão jusnaturalista-universalista); direitos fundamentais são os direitos do homem, jurídico-institucionalmente garantidos e limitados espacio-temporalmente. Os direitos do homem arrancariam da própria natureza humana e daí o seu caráter inviolável, intemporal e universal; os direitos fundamentais seriam os direitos objetivamente vigentes numa ordem jurídica concreta”. CANOTILHO. Op. cit., p. 387.

⁸⁷⁰ Essa dupla dimensão do direito à saúde já foi afirmada pelo STF: “O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar,

Além, disso, no Título VIII, referente à ordem social, a saúde faz parte da seguridade social, da qual também fazem parte a previdência social (arts. 201 e 202) e a assistência social (arts. 203 e 204). Especificamente quanto ao direito à saúde, a Carta Magna diz o seguinte: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”⁸⁷¹. Outrossim, o direito à saúde continua implícito ao direito à vida (art. 5º, *caput*).

Sueli Dallari leciona que a tutela da saúde na constituição brasileira pressupõe a democracia e pauta-se no direito fundamental de toda pessoa humana a ter acesso à saúde, impondo políticas públicas que atendam a tudo o que está incluído no conceito de saúde⁸⁷².

Uma vez que faz parte da seguridade social, a saúde obedece ao princípio da universalidade⁸⁷³ (art. 194, § único, inc. I, CF/88). Precisamente, o art. 196 refere o princípio do *acesso universal e igualitário*, que assegura o direito à saúde a *todas* as pessoas, independentemente de qualquer circunstância pessoal. Outro princípio atinente à matéria é o do *atendimento integral*, que diz respeito à cobertura de agravos a saúde, que deve ser completa. A distinção entre esses princípios é assim apresentada, por Ramos Tavares:

As ações e serviços públicos de saúde subsumem-se ao princípio do atendimento integral (art. 198, II), que é diverso do já mencionado acesso universal. Este se refere ao direito que, no caso, é atribuído a qualquer pessoa. Já o atendimento integral refere-se ao próprio serviço, que, no caso, deve abranger todas as necessidades do ser humano relacionadas à saúde. Portanto, não só todos têm direito à saúde como esta deve ser prestada de maneira completa, sem exclusões de doenças ou patologias, por dificuldades técnicas ou financeiras do Poder Público. Não é permitido a este esquivar-se da prestação de saúde em todos os setores.⁸⁷⁴

de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular — e implementar — políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, inclusive àqueles portadores do vírus HIV, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar. [...]’ (RE 271.286-AgR, Rel. Min. Celso de Mello, julgamento em 12-9-00, *DJ* de 24-11-00). No mesmo sentido: RE 393.175-AgR, Rel. Min. Celso de Mello, julgamento em 12-12-06, *DJ* de 2-2-07” – BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Constituição federal e jurisprudência*. Disponível em: <http://www.stf.gov.br>. Acesso em: 09 jul. 2007.

⁸⁷¹ Art. 196, da Constituição Federal.

⁸⁷² DALLARI, Sueli G. *Os estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 30-32.

⁸⁷³ Este princípio implica uma perspectiva subjetiva e outra subjetiva: “Por universalidade subjetiva deve-se compreender o alcance (universal) quanto aos sujeitos (subjetiva) (...) Por universalidade objetiva deve-se compreender o alcance (universal) quanto às necessidades (objetivamente consideradas) surgidas no seio social” – TAVARES, André Ramos. *Curso de direito constitucional*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2003, p. 589.

⁸⁷⁴ TAVARES. Op. cit., p. 601.

Ademais, a constituição afirma a relevância pública dos serviços de saúde e impõe sua implementação ao Estado, de forma descentralizada, através do Sistema Único de Saúde (SUS), com participação da comunidade. Não obstante, a Carta Cidadã permite à iniciativa privada a prestação de assistência à saúde, sendo que as instituições privadas podem atuar de forma complementar ao SUS, mas as entidades com fins lucrativos não podem receber recursos públicos para auxílios ou subvenções. Além disso, o SUS tem competência constitucional ampla, de controle, de fiscalização, de vigilância sanitária e epidemiológica, de formação de recursos humanos, de desenvolvimento em ciência e tecnologia, de colaboração com o meio ambiente e com o trabalho⁸⁷⁵.

Enfim, o ordenamento jurídico brasileiro reconhece plenamente a saúde como direito humano fundamental. Em cotejo com o que se viu da proteção internacional na matéria⁸⁷⁶, convém recordar a lição de Flávia Piovesan:

o Direito Internacional dos Direitos Humanos, com seus inúmeros instrumentos, não pretende substituir o sistema nacional. Ao revés, situa-se como direito subsidiário e complementar ao direito nacional, no sentido de permitir sejam superadas suas omissões e deficiências. No sistema internacional de proteção dos direitos humanos, o Estado tem a responsabilidade primária pela proteção desses direitos, ao passo que a comunidade internacional tem a responsabilidade subsidiária. Os procedimentos internacionais têm, assim, natureza subsidiária, constituindo garantia adicional de proteção dos direitos humanos, quando falham as instituições nacionais.⁸⁷⁷

Não obstante essa *subsidiariedade*, não se pode olvidar que os tratados sobre direitos humanos têm hierarquia constitucional, nos termos do art. 5º, §§ 2º e 3º da Constituição Federal. Por força disso, os compromissos internacionais do Brasil quanto ao direito à saúde fazem parte do bloco constitucional.

Doravante, a preocupação maior deve ser a efetivação desse direito. Em matéria de direitos sociais, entre os quais se encontra a saúde, a efetivação parece estar mais no campo político do que jurisdicional. Por certo, em casos individuais o Estado-juiz não deixará de aplicar o direito à saúde. Contudo, no que se refere às políticas públicas para a concretização em larga escala desse direito, há muitas controvérsias sobre o papel a ser desempenhado pelo Judiciário. De outra sorte, não há dúvidas de que o Legislativo e o Executivo têm papel preponderante na aprovação e execução dessas políticas.

⁸⁷⁵ Arts. 197 a 200, da Constituição Federal.

⁸⁷⁶ Capítulo II, seção 1.

⁸⁷⁷ PIOVESAN, Flávia. *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. 7ª ed. São Paulo: Saraiva, 2006, p. 153.

No terreno político, a participação da sociedade se faz necessária para que a saúde se efetive como *direito de todos e dever do Estado*. Nesse sentido, a reivindicação pela sociedade civil organizada é da maior importância, segundo sustenta Sueli Dallari ao tratar da *advocacy* em saúde⁸⁷⁸. Este termo, trazido do contexto norte-americano, corresponde à advocacia em sentido muito amplo, no sentido de reivindicar um direito a partir da mobilização social.

Outro aspecto importante do direito à saúde no Brasil é a possibilidade de acesso dos estrangeiros ao sistema único de saúde, por não haver limitação constitucional ao exercício dos direitos fundamentais elementares por quem quer que seja. Essa abrangência cosmopolita do direito à saúde, que existe na ordem jurídica constitucional brasileira, direciona a cooperação sanitária do país. Com efeito, desde o final dos anos 1990 e, mais intensamente, no correr dos anos 2000, o Brasil tem fortalecido a cooperação em matéria de saúde, notadamente para exportar seu modelo de saúde pública que visa ao acesso universal aos bens e produtos de saúde. Por certo essa não é uma obra acabada, nem internamente, nem alhures, pois o próprio SUS e a democracia sanitária ainda estão em construção no país, mas é notável que, sendo direito há pouco mais de duas décadas tão somente, o acesso à saúde já seja objeto da solidariedade para com outros países em desenvolvimento. Trata-se, afinal, de um desafio que toca toda a humanidade.

2.2.2. *Um desafio internacional*

A tutela do direito à saúde é um dos tantos desafios que estão postos diante da humanidade nos tempos hodiernos. Sua efetividade não é apenas uma exigência formal positivada em textos jurídicos constitucionais ou internacionais. O respeito ao ser humano como valor-fonte de toda a ordem jurídica é um postulado humanista. E, para muito além disso, a saúde é imprescindível para uma vida digna e traduz uma exigência ética humana.

⁸⁷⁸ DALLARI, Sueli Gandolfi et al. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo, *Revista de Saúde Pública*, ano 30, vol. 6, 1996.

Uma vez que sejam insuficientes as garantias dadas pelo direito nacional⁸⁷⁹ para a efetivação do direito fundamental à saúde, a cooperação internacional é uma garantia internacional apta a melhorar o grau de efetividade desse direito. Ou seja, a cooperação sanitária não é a única garantia para efetivação do mencionado direito, tampouco é *prima facie* a melhor. Ela é, em tese, complementar às garantias estabelecidas pelo direito nacional. Ocorre que, em países em desenvolvimento, ela tende a ser uma garantia necessária, ainda que haja um sistema nacional de saúde – justamente porque ele carece ser fortalecido – e mesmo quando seja possível judicializar a saúde – pois o Judiciário não é o único garante do direito à saúde e, ademais, o acesso a ele é difícil para as pessoas mais pobres e com menos instrução. Portanto, a cooperação internacional é um dos instrumentos jurídicos existentes para suprir a *indevida lacuna*⁸⁸⁰ que é o reconhecimento de um direito sem hábil garantia.

Note-se que as lacunas, assim como as antinomias, são inerentes ao ordenamento jurídico⁸⁸¹ – ainda que se queira, dogmaticamente, afirmar a sua completude⁸⁸². Isso porque, por um lado, há direitos que ainda esperam por competentes garantias e, por outro, a pluralidade de ordens jurídicas⁸⁸³ enredadas não permite a total coerência do direito. Dialeticamente, a incompletude e a incoerência são elementares ao direito e são precisamente o que, na sua dinâmica social, permite sua realização e revisão. Ocorre que, muito embora sejam, até certo ponto, intrínsecas ao direito, elas podem assumir formas destrutivas do conteúdo material elementar do direito, ou seja, lacunas e antinomias podem significar a violação de direitos humanos. É neste limite que é inaceitável a ausência de garantias, pois do contrário o abismo entre normatividade e efetividade seria acatado como um dado natural ao direito. E a naturalização da irrealização do direito, principalmente dos direitos sociais como o direito à saúde, significa a conservação de uma realidade excludente que, vista passivamente pelos que podem contribuir para resolvê-la, aproxima-se do *fratricídio*. Bem ao contrário disso, a função do direito é transformar a realidade para, diminuindo as iniquidades que distanciam os seres humanos, promover a *fraternidade*.

⁸⁷⁹ Recorde-se que mesmo nos países desenvolvidos as garantias aos direitos sociais são historicamente menos fortalecidas do que aquelas que protegem os direitos individuais – FERRAJOLI, Luigi. *Derechos y garantías: la ley del más débil*. Madrid: Trotta, 1999, p. 63-64.

⁸⁸⁰ FERRAJOLI. Op. cit., p. 43 e 147.

⁸⁸¹ FERRAJOLI. Op. cit., p. 60.

⁸⁸² BOBBIO, Norberto. *Teoria do ordenamento jurídico*. 10ª ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997, p. 119-122.

⁸⁸³ Cfr. DELMAS-MARTY, Mireille. *Por um direito comum*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

É também no sentido da transformação da realidade que os direitos fundamentais se tornam supraestatais, implicando “limites externos e já não apenas internos aos poderes públicos e bases normativas de uma democracia internacional muito distante de ser praticada, mas normativamente prefigurada”⁸⁸⁴. Os direitos fundamentais formam a *esfera do que não pode ser decidido*⁸⁸⁵, pois implicam limites substanciais à democracia formal – direitos que nem a maioria pode derrogar. Porém, esses direitos também exigem o fortalecimento da democracia, pois é com a participação do povo que se define o conteúdo de direitos sociais, como o direito à saúde⁸⁸⁶. Essa dialética de fortalecer/limitar a democracia também se aplica ao reconhecimento internacional dos direitos. Por exemplo, a cooperação internacional para a efetivação do direito à saúde, ao garanti-lo, o reafirma. E, dialeticamente, a cooperação sanitária tanto pode limitar a democracia, impedindo que a maioria determine retrocesso na proteção à saúde, como pode fortalecê-la, caso fomente intensa participação popular na definição, na execução e na avaliação dos programas de cooperação.

Enfim, a cooperação internacional sanitária pode ser um poderoso instrumento para a efetivação do direito humano à saúde no plano internacional entre países periféricos, à medida que engendrar relações horizontais. Deste modo, ela produz igualdade de maneira solidária, com a certeza de que a união de esforços significa dar sentido ao que se chama humanidade.

⁸⁸⁴ FERRAJOLI. Op. cit., p. 43.

⁸⁸⁵ FERRAJOLI. Op. cit., p. 24. Segundo este mesmo autor, os direitos fundamentais, distintamente dos direitos patrimoniais, são indisponíveis. A indisponibilidade dos direitos fundamentais é de duplo nível. Por um lado, há *indisponibilidade ativa*, que significa que esses direitos são inalienáveis e estão fora do mercado. Por outro, há *indisponibilidade passiva*, pela a qual tais direitos não podem ser expropriados ou limitados por outrem, donde decorre a proibição de que a vontade da maioria os suspenda ou derogue – Ibid., p. 47.

⁸⁸⁶ DALLARI, Sueli Gandolfi. O conteúdo do direito à saúde. In: SOUSA JÚNIOR, José Geraldo de; et al. (Orgs.). *O direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde*. Brasília: CEAD, UNB, 2008, p. 91-101.

CONCLUSÃO

*Os ventos do norte não movem moinhos.*⁸⁸⁷

A cooperação internacional sanitária pode ser um instrumento para a efetivação do direito humano à saúde entre países periféricos, na medida em que se horizontalizar e se democratizar. Isso implica atender menos a interesses de Estado por poder e influência internacionais e mais a valores comuns à humanidade, traduzidos na forma dos direitos humanos internacionalmente reconhecidos. Trata-se de saltar do paradigma grociano para o paradigma kantiano das relações internacionais, a fim de que a cooperação internacional cumpra com a função de garantir direitos que o poder público estatal, por seus próprios esforços, é incapaz de efetivar.

O presente trabalho começou com a arquitetura dos princípios éticos que sustentam os direitos humanos, os quais se traduzem como a *consciência ética coletiva* da humanidade contemporânea. Esse foi o ponto de partida teórico, no campo dos direitos humanos, para o enfrentamento da hipótese central da investigação. A solidariedade foi destacada como o prumo do conjunto dos princípios éticos, humanizando a busca por segurança e equilibrando os valores da igualdade e da liberdade. A partir disso, a

⁸⁸⁷ RICARDO, João; MENDONÇA, Paulinho. Sangue Latino. In: *Secos & molhados*. LP. Continental, 1973.

compreensão da solidariedade como princípio ético, ou seja, como valor, estabeleceu um pressuposto para o estudo da teoria das relações internacionais.

Nesta outra seara teórica, internacionalista, optou-se por uma linha de pensamento surgida na Europa na segunda metade do século XX e acolhida no Brasil nas décadas seguintes. Trata-se da classificação, didática, de três grandes paradigmas das relações internacionais – hobbesiano-maquievélico, grociano e kantiano. O primeiro percebe o convívio internacional como uma constante disputa de forças, ao passo que os dois últimos reconhecem o papel preponderante do direito – no enfoque grociano, um direito dependente do jogo dos interesses nacionais; no kantiano, um direito comprometido com valores universais. Assim, esses dois paradigmas teóricos significam a opção pelo direito e permitem discutir a cooperação como realização internacional do princípio ético da solidariedade. O desafio, então, é compreender o *status* jurídico da solidariedade traduzida em cooperação.

Ocorre que a cooperação internacional é uma realidade concreta e cada vez mais importante, desde os anos que seguiram à Segunda Guerra Mundial e desde os processos de descolonização, notadamente dos continentes africano e asiático. Por já haver uma história da cooperação entre as nações, optou-se por um enfrentamento dialético entre o discurso que há décadas justifica as ações realizadas em nome da solidariedade e o implacável curso das suas contradições. A análise dessa dualidade mostrou que a cooperação tem sido talhada pelos países desenvolvidos, que se colocaram ao Norte do imenso Sul em desenvolvimento. Portanto, a verificação da hipótese – de que a cooperação sanitária pode ser um meio para efetivar o direito à saúde em países do Sul – mostrou-se condicionada à necessidade de transformar a própria cooperação internacional, para torná-la um instrumento de enfrentamento, e não de conservação, das iniquidades entre os países.

No caminho para esse novo modelo de solidariedade internacional foi necessário compreender como o direito vigente já lida com a *saúde* e com a *cooperação internacional*, que são os dois elementos nucleares do tema em estudo – a *cooperação sanitária*. A análise dos principais tratados e declarações, tanto do sistema universal de proteção dos direitos humanos, como dos sistemas regionais americano e africano, demonstrou que o direito à saúde é um direito humano universal e regionalmente reconhecido. Esse direito, vale recordar, é entendido como um direito de acesso aos bens e

serviços necessários para a promoção e conservação do bem-estar, assim como para a prevenção de enfermidades e o seu enfrentamento. Trata-se, portanto, de um enfoque positivo do direito da *saúde*, e não de uma percepção negativa de um direito das *doenças*. Deste modo, o direito sanitário anda de mãos dadas com o desenvolvimento social e econômico. Além disso, no contexto contemporâneo da globalização econômica e da mundialização dos riscos, esse campo do direito se forja, em boa medida, com o labor das organizações internacionais, temperado no incendiário cadinho que reúne saúde e comércio internacional. Por um lado, o direito humano à saúde tem amplo reconhecimento; por outro, sua efetivação se constitui em um imenso desafio.

É precisamente aqui que a cooperação sanitária encontra sua função jurídica, qual seja, contribuir para a diminuição da distância entre a normatividade do direito à saúde e a sua efetividade. Desta forma, a cooperação sanitária é compreendida como uma garantia internacional do direito humano à saúde. Trata-se de uma nova aplicação da teoria do garantismo, coerente com o acervo normativo contemporâneo sobre cooperação internacional. Com efeito, o direito das organizações internacionais evidencia o papel da cooperação como meio para a realização de direitos, como demonstrou a análise da cooperação nos textos legais da ONU, da OEA e da OMS. O direito internacional hodierno é, então, percebido como um *direito de solidariedade*, e não apenas de *autolimitação*. Em que pese isso, percebeu-se a inexistência de mecanismos de cooperação compulsória, não havendo instâncias internacionais que obriguem os Estados a cooperar. Isso implica a existência de uma cooperação fragmentada e discricionária, que se dá ao sabor dos interesses dos países que oferecem sua generosidade em troca da perpetuação de laços de dependência econômica, os quais não raro têm origem no passado colonial.

Com essa reflexão sobre uma nova aplicação da teoria garantista foi concluída a primeira parte da tese. Essa primeira metade, que perguntara sobre o *status* jurídico da cooperação internacional, permitiu um entendimento estático do tema estudado. O resultado pode ser enunciado da seguinte maneira: na medida em que se reconhece internacionalmente o direito à saúde, a cooperação sanitária se configura como uma garantia estabelecida no plano internacional para efetivar esse direito nas sociedades estatais.

Essa primeira conclusão indicou a possibilidade de confirmar-se a hipótese central da pesquisa. Ocorre que essa pergunta inicial diz respeito não à cooperação internacional *em geral*, tampouco se limita à teoria jurídica e à dogmática dos textos internacionais – aspectos que foram enfrentados nos dois primeiros capítulos. A questão inicial refere-se especificamente à cooperação *Sul-Sul*, de maneira que o desfecho teórico da primeira parte exigiu que o estudo se voltasse às relações jurídicas horizontais. A indagação a ser respondida desdobrou-se, então, no seguinte: verificar a possibilidade de que a cooperação sanitária, agora percebida como garantia do direito à saúde, tenha condições de cumprir com essa sua função para transformar a realidade sanitária de países periféricos.

O estudo se debruçou sobre a cooperação horizontal brasileira e se delimitou na análise dos atos bilaterais existentes entre o Brasil e cada um dos cinco Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). Primeiramente, foi necessário verificar se o direito à saúde também está incluído na ordem jurídica de cada um desses Estados. O estudo, tanto dos seus compromissos internacionais (seja na esfera do sistema universal de direitos humanos, seja na órbita do sistema regional africano e da União Africana), como das suas cartas constitucionais, demonstrou que sim, saúde é direito humano e fundamental vigente em todos esses países. Igualmente, confirmou-se no direito desses países que a cooperação internacional é enunciada, inclusive constitucionalmente, como instrumento para o desenvolvimento e para o respeito aos direitos humanos. Paralelamente, os indicadores econômicos e sanitários de organismos internacionais, como o Banco Mundial, a OCDE e a OMS, denunciam que em grande medida o direito à saúde não passa de letra morta em Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe. Então, diante desse diagnóstico, a hipótese investigada se renova – a cooperação pode ser a tradução do direito que está escrito para a realidade social na qual ele é, inaceitavelmente, ausente. Neste ponto, o paradigma da tradução, interpretado pela teoria do direito a partir da filosofia, permite analisar os atos bilaterais Brasil-PALOP tendo em vista essa tensão entre as reais condições de saúde dos países e os objetivos da cooperação sanitária.

A cooperação como tradução tanto pode fomentar o desenvolvimento, como pode perpetuar a dependência. A cooperação é a favor do desenvolvimento quando quem vem de fora e quem é local trocam saberes mutuamente para resolver problemas comuns. Igualmente, dá-se o desenvolvimento quando o que é externo interage com o que é local e propicia a efetividade do direito localmente vigente. Ao revés, a cooperação reproduz

dependência quando o que vem de alhures se impõe ao que é local, ocupando um espaço como meio para atingir os próprios interesses. Do mesmo modo, isso ocorre quando o que é local abandona a si próprio por meio da importação irrefletida de normas e políticas públicas pretensamente universais. Essa dialética da cooperação, como ferramenta transformadora ou conservadora, também se articula na cooperação nominalmente Sul-Sul. Para perquirir de que modo a cooperação horizontal lida – ou deve lidar – com essas possibilidades foi realizado, como mencionado, um estudo documental dos atos bilaterais Brasil-PALOP. Esses instrumentos jurídicos compõem um conjunto de rascunhos para a tradução do direito escrito para a realidade dos povos.

Considerá-los *rascunhos* significa reconhecer a possibilidade que esses acordos carregam – qual seja, traduzir o direito formalmente estabelecido para a realidade material. Não se trata, pois, de menosprezá-los; bem ao contrário, trata-se de depositar neles a esperança de transformar a cooperação internacional para que ela se torne um instrumento a serviço dos países em desenvolvimento e dos direitos humanos. Com efeito, esses *rascunhos* pretendem inovar em relação à histórica cooperação Norte-Sul que sucedeu a descolonização dos PALOP e, por isso, eles dão uma pista para que esses países e o Brasil descubram o seu lugar, tornando-se referência para o próprio desenvolvimento. Isso, em suma, pode ser representado metaforicamente com a inversão da cartografia ideológica que tem colocado o Norte, desenvolvido, acima do Sul periférico. O norte desses países subdesenvolvidos há que ser, doravante, o imenso Sul que solidariamente compartilha o desafio de melhorar as condições sociais, econômicas e sanitárias de milhões e milhões de seres humanos.

Desde o final dos anos 1940, a cooperação tem se desenvolvido com força retórica, mas muito atrelada à lógica vertical, Norte-Sul. Esse modelo, herdeiro do colonialismo, é repleto de contradições. Os interesses em jogo são em boa medida os dos países que ajudam e não daqueles Estados que dependem de ajuda externa. Isso reproduz a dependência desses países pela ajuda vinda do mundo desenvolvido, em função da baixa sustentabilidade da cooperação vertical. Essa dependência se conserva, mesmo diante das condicionalidades e da seletividade da cooperação. Os organismos internacionais de ajuda Norte-Sul até hoje não conseguiram superar essas contradições. E, mesmo havendo muitas críticas à imposição de soluções pensadas no Norte sem a adequada consideração da cultura e da realidade do país afetado, as comunidades continuam participando muito

pouco da tomada de decisões sobre as atividades de cooperação. Essa última contradição é marcante, pois os países desenvolvidos são democráticos e, não obstante isso, encaram com naturalidade o imenso déficit democrático da cooperação realizada com os países periféricos. Diante desses elementos todos, a ajuda Norte-Sul tem sido duramente criticada. Em suma, ela traduz muito mais o enfoque grociano de interesses de Estado do que o paradigma kantiano da solidariedade universal para a realização de direitos.

Por outro lado, a cooperação horizontal procura superar esses problemas, mas não é evidente o papel transformador da cooperação Sul-Sul. Bem ao contrário, ela pode reproduzir os mesmos defeitos da ajuda Norte-Sul, uma vez que os países em desenvolvimento compõem um mosaico heterogêneo em todos os sentidos. Por conseguinte, para que a cooperação seja um instrumento transformador do direito, ela própria precisa ser transformada. Neste sentido, o acervo dos atos bilaterais Brasil-PALOP mostrou-se fonte para uma profícua reflexão sobre elementos que devem incorporar a cooperação Sul-Sul para que ela seja uma efetiva garantia do direito à saúde e, com isso, um instrumento transformador da realidade social.

Em primeiro lugar, ficou claro que a saúde é um tema de extrema relevância na pauta da cooperação horizontal brasileira, o que favorece o fortalecimento do direito sanitário internacional atrelado aos direitos humanos. Com efeito, nos anos 2000 aumentou enormemente a quantidade de atos bilaterais celebrado entre o Brasil e os PALOP e, no mesmo período, a cooperação sanitária tem sido um campo privilegiado pela agenda da cooperação entre esses países. Ademais, esses acordos constituem um leque abrangente de temas direta e indiretamente sanitários, que denotam o compromisso brasileiro com a promoção dos direitos humanos e com o fortalecimento de instituições públicas dos mencionados países. Neste contexto, a saúde é compreendida de maneira ampla, como assistência, prevenção e promoção, em necessária correlação com seus fatores sociais condicionantes. Esses dados auspiciosos indicam, outrossim, tendências desafiadoras para a cooperação sanitária bilateral – a avaliação das atividades de cooperação e a participação de atores parceiros como as organizações não governamentais.

Avaliar os resultados, bem como monitorar a execução de cada projeto ou programa de cooperação é algo necessário para o seu constante aperfeiçoamento, a fim de garantir a sustentabilidade das iniciativas, pondo fim à dependência da ajuda externa. A

percepção dos equívocos e fracassos da cooperação é indispensável para que ela se realize como um meio para a efetivação dos direitos e não apenas como um instrumento a serviço de interesses de Estado ou de governo. Então é positivo que a análise dos atos bilaterais Brasil-PALOP evidencie, nesta década, a tendência de inclusão de cláusulas que expressamente determinam a elaboração de relatórios de avaliação das atividades. Por outro lado, é curioso que até 2003 tenha sido maior o número de acordos nos quais se impôs alguma periodicidade para a produção desses relatórios, mas que essa tendência tenha arrefecido nos últimos anos. A periodicidade da avaliação e o acompanhamento da execução dos projetos de cooperação deve ser objeto de maior atenção por parte do país. Além disso, a publicidade dos documentos da cooperação bilateral esbarra na exigência de consenso entre as chancelarias, o que contribui para o déficit democrático da cooperação.

A outra tendência observada é a transformação da cláusula, normalmente estabelecida, sobre parcerias internacionais. Na última década esse dispositivo incorpora entre os possíveis financiadores ou executores de atividades de cooperação as organizações não governamentais. Isso indica o papel desses atores como importantes parceiros dos Estados, mas também impõe o desafio de controlá-los para que atuem com transparência e de modo que seja garantido o respeito à cultura e à vontade das comunidades. Enfim, o conjunto dos dados da cooperação sanitária analisados sugere, de modo prospectivo, que há potencial para que seja concebido um modelo de cooperação Sul-Sul apto a garantir o direito à saúde. Isso exige, no entanto, dois movimentos: horizontalizar a cooperação e democratizá-la.

A horizontalidade é a tônica da cooperação do Brasil com os países africanos e, de modo geral, com os países em desenvolvimento. O discurso oficial brasileiro aponta para essa direção, referindo-se a uma cooperação Sul-Sul. Entretanto, o estudo dos atos bilaterais Brasil-PALOP indica que a horizontalidade que existe diz respeito muito mais à forma, do que ao conteúdo. Com efeito, a coordenação dos programas e projetos de cooperação é bilateral, as decisões são tomadas consensualmente, não se verificam condicionalidades, tampouco seletividade, inexistente endividamento dos países que recebem a cooperação brasileira e costumam ser estabelecidos mecanismos de consultas políticas. Esses ingredientes, que obedecem a uma racionalidade formal, tendem à horizontalidade. Por outro lado, o conteúdo das ações de cooperação previstas pelos atos bilaterais deixa muito claro que se trata da capacitação de técnicos dos PALOP por profissionais

brasileiros, ou seja, o conhecimento é transferido verticalmente. Neste sentido, existe o que se pode chamar de verticalidade material da cooperação sanitária estudada. A interpretação dialética desses achados permite refletir sobre a inevitabilidade da verticalidade material, em função da heterogeneidade entre os países em desenvolvimento. Desta maneira, essa verticalidade substancial deve ser encarada – inclusive e principalmente pelos negociadores e gestores da cooperação – como uma verticalidade de meios. Afinal, o objetivo é alcançar uma cooperação sustentável, que contribua efetivamente como garantia do direito à saúde nos países periféricos. Deste modo, a horizontalidade, hoje ainda formal, há que ser concebida como uma horizontalidade de fins. Portanto, o aperfeiçoamento da cooperação, bem conduzido, tende a horizontalizá-la.

O outro movimento necessário para que a cooperação se efetive como garantia de direitos é a sua democratização. Por certo que se sabe que o direito das relações exteriores é marcado, historicamente, pelo monopólio do Estado e pela primazia do Executivo – o que ocorre também com a cooperação internacional. Não obstante isso, é inegável que a cooperação *produz* direito, pois os ajustes internacionais não apenas geram direitos e obrigações de parte a parte, como também, no caso da cooperação internacional para efetivação do direito à saúde, constituem-se garantias que reforçam a ordem jurídica interna. Ademais, o resultado disso é a produção normativa de políticas públicas de alcance internacional. Em razão disso, levanta-se o problema da *legitimação* desse direito da cooperação. Segundo a teoria da democracia seguida por este trabalho, é o povo quem tem o poder de legitimar o direito. Por conseguinte, é o povo quem deve ter a prerrogativa de legitimar a cooperação. Ocorre que o próprio modo de permitir a participação das comunidades envolvidas dependerá de cada circunstância e das suas tradições culturais. Então, propõe-se que os atos internacionais passem a contar com uma cláusula que estabeleça mecanismos de participação popular para a tomada de decisão acerca das ações de cooperação, bem como para a sua avaliação. Essa cláusula não pode ser um dispositivo padrão, assinado por adesão pelos países em desenvolvimento que celebrarem ajustes de cooperação com o Brasil. Bem ao contrário, os mecanismos de democratização deverão ser concebidos consensualmente a cada caso. Isso exigirá esforços da diplomacia, o que dialeticamente contribuirá para o seu próprio aperfeiçoamento.

Então, é possível elencar alguns elementos para uma cooperação Sul-Sul solidária e garantidora do direito à saúde e, *mutatis mutandis*, dos direitos humanos de modo geral.

Em primeiro lugar, ela não pode agravar o subdesenvolvimento, tampouco reproduzir dependência externa. Além disso, ela deve ser constantemente aprimorada, com mecanismos de avaliação e monitoramento conhecidos e controlados pela sociedade. Inclusive, isso exige sua democratização, não apenas com relação às pessoas afetadas pelas ações de cooperação, mas também no que concerne aos profissionais envolvidos na capacitação técnica e naqueles que trabalharão com os conhecimentos transferidos por meio da cooperação. Ademais, esse processo de realização e aprimoramento da cooperação sempre deve respeito aos direitos humanos, pois do contrário a própria cooperação internacional perderia sua razão de ser. Finalmente, tudo isso deve confluir para garantir o direito de acesso à saúde tanto para os países, por meio de relações de cooperação que sejam solidárias, como para as pessoas, uma vez que o objetivo é a realização dos direitos inerentes à dignidade humana.

Finalmente, para explicar em que medida a cooperação internacional sanitária pode ser um instrumento para a efetivação do direito humano à saúde em países em desenvolvimento, pode-se lançar mão de uma dialética de *limites*. Por um lado, a cooperação sanitária está no limite do direito. Afinal, verificou-se que no direito internacional vigente há um fraco dever de cooperar, constatou-se que os atos internacionais que estabelecem o direito da cooperação precisam ser aperfeiçoados e, enfim, a própria bilateralidade desses processos pode dar lugar a relações multilaterais nas quais a horizontalidade seria favorecida e seria fortalecida a própria cooperação Sul-Sul. Por outro lado, o direito está no limite da cooperação internacional, pois onde instituições estatais se mostrarem incapazes de cumprir com direitos constitucionais a cooperação poderá operar como uma garantia eficiente. Além disso, as contradições da cooperação, quando não são superadas, podem inviabilizar a sua função jurídica de garantir direitos.

Em síntese, os Estados periféricos não dão conta do que prometem as suas constituições e os tratados sobre direitos humanos dos quais são signatários. Sozinhos, muitos deles não conseguem efetivar o direito à saúde. Então emerge a cooperação, como dever e como necessidade, para fazer valer o direito.

BIBLIOGRAFIA

Livros e obras monográficas:

ABONG. *Outro diálogo é possível na cooperação Norte-Sul*. São Paulo: Peirópolis, 2003.

ABRAMOVICH, Víctor; COURTIS, Christian. *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Madrid: Trotta, 2002.

ACCIOLY, Hildebrando; SILVA, G. E. do Nascimento. *Manual de direito internacional público*. 15. ed. São Paulo: Saraiva: 2002.

AITH, Fernando. *Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil*. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ALEXY, Robert. *Teoría de los derechos fundamentales*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1997.

ALVES, José Augusto Lindgren. *Os direitos humanos como tema global*. São Paulo: Perspectiva, 2003.

_____. *Os direitos humanos na pós-modernidade*. São Paulo: Perspectiva, 2005.

AMARAL JR., Alberto do. *O direito de assistência humanitária*. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

AMARAL JR., Alberto do et al. *A reforma do sistema de solução de controvérsias da OMC e os países em desenvolvimento*. São Paulo: IDCID, 2006. 1 CD-ROM.

APA, Livia; BARBEITOS, Arlindo; DÁSKALOS, Maria Alexandre (Orgs.). *Poesia africana de língua portuguesa: antologia*. Rio de Janeiro: Lacerda Editores, Academia Brasileira de Letras, 2003.

ARENDT, Hannah. *The Origins of Totalitarianism*. Nova Iorque: Harcourt, s.d.

ARRIGHI, Jean Michel. *Organização dos Estados Americanos*. Barueri: Manole, 2004.

AXELROD, Robert. *The Complexity of Cooperation: Agent-Based Models of Competition and Collaboration*. Princeton: Princeton University Press, 1997.

_____. *The Evolution of Cooperation*. S. l.: Basic Books, 1984.

BANCO MUNDIAL; OMS. *High Level Forum on the Health Millennium Development Goals: Selected Papers 2003-2005*. 2006. Disponível em:
<http://www.who.int/hdp/publications/hlf_volume_en.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2009.

BARRAL, Welber. *Metodologia da pesquisa jurídica*. 2. ed. Florianópolis: Boiteux, 2003.

BECK, Ulrich. *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós, 1998.

BÉLANGER, Michel. *Droit international de la santé*. Paris: Economica, 1983.

_____. *Institutions économiques internationales: la mondialisation économique et ses limites*. 6^a ed. Paris: Economica, 1997.

BIELSCHOWSKY, Ricardo (Org.). *Cinquenta anos de pensamento na CEPAL*. 2. vol. Rio de Janeiro: Record, 2000.

BLAIS, Marie-Claude. *La solidarité : histoire d'une idée*. Paris : Gallimard, 2007.

BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

_____. *O positivismo jurídico: lições de filosofia do direito*. São Paulo: Ícone, 1995.

_____. *Teoria do ordenamento jurídico*. 10^a ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.

_____. *Teoria geral da política: a filosofia política e as lições dos clássicos*. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

BONAVIDES, Paulo. *Curso de direito constitucional*. 9. ed. São Paulo: Malheiros, 2000.

BOOTH, W. C.; COLOMB, G. G.; WILLIAMS, J. M. *A arte da pesquisa*. São Paulo: Marins Fontes: 2000.

BOUVERESSE, Jacques. *Droit et politiques du développement et de la coopération*. Paris: PUF, 1990.

BULL, Hedley. *A sociedade anárquica*. Brasília: UnB, IPRI, São Paulo: Imprensa Oficial, 2002.

CAMUS, Albert. *La peste*. Paris: Gallimard, 2008.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *Direito constitucional e teoria da constituição*. 4. ed. Coimbra: Almedina, 2001.

_____. *Estado de Direito*. Lisboa: Gradiva, 1999.

CARVALHO, Evandro Menezes. *Organização Mundial do Comércio: cultura jurídica, tradução e interpretação*. Curitiba: Juruá, 2006.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHISSANO, Joaquim Alberto. *Cooperação África e Brasil no âmbito da nova parceria para o desenvolvimento da África (NEPAD)*. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

COLAS, Bernard (Org.). *Global Economic Co-operation: a Guide to Agreements and Organizations*. 2ª ed. Boston: Kluwer Law & Taxation, Management Books, 1994.

COMPARATO, Fábio Konder. *A afirmação histórica dos direitos humanos*. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

_____. *Ética: direito, moral e religião no mundo moderno*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

CORREA, Carlos M. *Propriedade intelectual e saúde pública*. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2007.

CORREIA, Fernando Alves. *Formas jurídicas de cooperação intermunicipal*. Coimbra: Coimbra, 1986.

COSTA, Ediná Alves. *Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde*. 2ª ed. São Paulo: Sobravime, 2004.

COSTA, Ediná Alves (Org.). *Vigilância sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: EDUFBA, 2008.

CUETO, Marcos. *O valor da saúde: história da Organização Pan-Americana da Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

DALLARI, Dalmo de Abreu. *Direitos humanos e cidadania*. 2.ed. São Paulo: Moderna, 2004.

_____. *Elementos de teoria geral do Estado*. 20ª ed. São Paulo: Saraiva, 1998.

_____. *O que são direitos da pessoa*. 5ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

DALLARI, Pedro Bohomoletz de Abreu. *Constituição e tratados internacionais*. São Paulo: Saraiva, 2003.

DALLARI, Sueli Gandolfi. *Os estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.

DEFARGES, Philippe Moreau. *La politique internationale*. Paris: Hachette, 1990.

DELMAS-MARTY, Mireille. *Por um direito comum*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

DÉOUX, Suzanne; DÉOUX, Pierre. *Ecologia é saúde: o impacto da deterioração do meio ambiente na saúde: conhecer para poder agir diariamente*. Lisboa: Piaget, 1996.

DUPUY, René Jean, *O direito internacional*. Coimbra: Almedina, 1993.

DUPUY, René-Jean (Coord.). *Le droit à la santé en tant que droit de l'homme : Colloque*. La Haye, 27-29 juillet 1978. La Haye: Sijthoff & Noordhoff, 1979.

FERRAJOLI, Luigi. *A soberania no mundo moderno*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. *Derechos y garantías: la ley del más débil*. Madrid: Trotta, 1999.

FERRAJOLI, Luigi et al. *Los fundamentos de los derechos fundamentales*. Madrid: Trotta, 2001.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FUCHS, Yves. *A cooperação: ajuda ou neocolonialismo?* Lisboa: Estampa, 1974.

GARCÍA, Joaquín Torres. *Universalismo Constructivo*. Buenos Aires: Poseidón, 1941.

GRAU, Eros Roberto. *Direito, conceitos e normas jurídicas*. São Paulo: RT, 1988.

_____. *O direito posto e o direito pressuposto*. 6ª ed. São Paulo: Malheiros, 2005.

GROTIUS, Hugo. *O direito da guerra e da paz*. 2 Vols. Ijuí: Unijuí, 2004.

GUIGNER, Sébastien. *La santé: un enjeu vital pour l'Europe*. S.l. : Comissão Europeia, Notre Europe, 2008.

GUISE, Mônica Steffen. *Comércio internacional, patentes e saúde pública*. Curitiba: Juruá, 2007.

HABERMAS, Jürgen. *A constelação pós-nacional*. São Paulo: Littera Mundi, 2001.

_____. *Direito e democracia: entre facticidade e validade*. Rio de Janeiro: tempo Brasileiro, 1997. 2 Vols.

_____. *The theory of communicative action*. Vol. 1. Londres: Blackwell, 1986.

HIPÓCRATES. *Aforismos y Sentencias*. Buenos Aires: Editorial Tor, s./d.

HOBBS, Thomas. *Leviatã*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

HOBSBAWN, Eric. *Era dos extremos: breve século XX: 1914-1991*. São Paulo: Cia. das Letras, 1995.

ILLICH, Ivan. *A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KANT, Emmanuel. *Doutrina do direito*. 2. ed. São Paulo: Ícone, 1993.

_____. *Projet de Paix Perpétuelle*. Paris: Librairie Philosophique J. Vrin, 1999.

KELSEN, Hans. *La paz por medio del derecho*. Madrid: Trotta, 2003.

_____. *Teoria pura do direito*. São Paulo: Martins Fontes: 2003.

_____. *The Law of the United Nations: A Critical Analysis of Its Fundamental Problems*. Londres: Stevens&Sons, 1950.

KI-ZERBO, Joseph. *História da África Negra*. Ed. rev. atual. [s.l.]: Publicações Europa-América, 197-. 2 vol.

LAFER, Celso. *A internacionalização dos direitos humanos: constituição, racismo e relações internacionais*. Barueri: Manole, 2005.

_____. *A reconstrução dos direitos humanos: um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt*. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

_____. *Comércio, desarmamento e direitos humanos: reflexões sobre uma experiência diplomática*. 2ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

_____. *Ensaio sobre a liberdade*. São Paulo: Perspectiva, 1980.

LEWANDOWSKI, Enrique Ricardo. *Proteção dos direitos humanos na ordem interna e internacional*. Rio de Janeiro: Forense, 1984.

LOPES, Carlos. *Cooperação e desenvolvimento humano: a agenda emergente para o novo milênio*. São Paulo: UNESP, 2005.

_____; THEISOHN, Thomas. *Desenvolvimento para céticos: como melhorar o desenvolvimento de capacidades*. São Paulo: UNESP, 2006.

LOPES, José Reinaldo de Lima. *Direitos sociais: teoria e prática*. São Paulo: Método, 2006.

LOUCAIDES, Loukis G. *The European Convention on Human Rights: Collected Essays*. Leiden: Brill, Martinus Nijhoff, 2007.

MACHIAVELLI, Niccolò. *O príncipe: com as notas de Napoleão Bonaparte*. 3ª ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2003.

MARCOVITCH, Jacques (Org.). *Cooperação internacional: estratégia e gestão*. São Paulo: Edusp, 1994.

MEDEIROS, Antônio Paulo Cachapuz de. *O poder de celebrar tratados: competência dos poderes constituídos para a celebração de tratados, à luz do direito internacional, do direito comparado e do direito constitucional brasileiro*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1995.

MELLO, Celso D. de Albuquerque. *Curso de direito internacional público*. 2. Vol. 15ª Ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.

_____. *Direito constitucional internacional: uma introdução*. Rio de Janeiro: Renovar, 1994.

_____. *Direito internacional americano*. Rio de Janeiro: Renovar, 1995.

MORANGE, Jean. *Direitos humanos e liberdades públicas*. 5ª ed. Barueri: Manole, 2004.

MOURGEON, Jacques. *Les droits de l'homme*. 8ª ed. Paris: PUF, 2003.

NEVES, Marcelo. *Transconstitucionalismo*. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

NOUR, Soraya. *À paz perpétua de Kant: filosofia do direito internacional e das relações internacionais*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

O'BOYLE, Michael et al. 2. Ed. *Law of the European Convention on Human Rights*. Oxford: Oxford University Press, 2009.

OLIVEIRA, Rafael Santos de. *O papel da soft law na efetivação do direito ambiental internacional*. Dissertação (Mestrado em Integração Latino-Americana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2005.

OST, François. *A natureza à margem da lei: a ecologia à prova do direito*. Lisboa: Piaget, [1997].

_____. *Dire le droit, faire justice*. Bruxelas: Bruylant, 2007.

_____. *Le droit comme traduction*. Conferência ministrada no Collège de France em 13 de dezembro de 2006 (manuscrito). Inédito.

PEARSON, Mark. *Feasibility and Potential Role of a Common Analytical Framework for Health*. Londres: DFID Health Resource Centre. 2007.

PEREIRA, Luis Cezar Ramos. *Costume internacional: gênese do direito internacional*. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

PLATÃO. *O banquete*. Lisboa: Edições70, 2008.

PIOVESAN, Flávia. *Direitos humanos e justiça internacional: um estudo comparativo dos sistemas regionais europeu, interamericano e africano*. São Paulo: Saraiva, 2006.

_____. *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. 7ª ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

_____. *Temas de direitos humanos*. 2. ed. São Paulo: Max Limonad, 2003.

POUND, Roscoe. *Liberdades e garantias constitucionais*. 2ª ed. São Paulo: Ibrasa, 1976.

RAMOS, André de Carvalho. *Direitos humanos em juízo: comentários aos casos contenciosos e consultivos da Corte Interamericana de Direitos Humanos*. São Paulo, Max Limonad, 2001.

REZEK, Francisco. *Direito internacional público: curso elementar*. 10ª ed. São Paulo: Saraiva: 2005.

RODAS, João Grandino. *A publicidade dos tratados internacionais*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1980.

ROUCOUNAS, Emmanuel. Facteurs privés et droit international public. *Recueil des Cours de la Académie de Droit International de La Haye*, tome 299 (2002), p. 9-420.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. Do contrato social. In: *Do contrato social; Ensaio sobre a origem das línguas; Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens; Discurso sobre as ciências e as artes*. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

SANAHUJA, José Antonio. *El Banco Mundial y la política española de cooperación al desarrollo*. Barcelona: Intermón, Oxfam, 2000.

SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SEITENFUS, Ricardo. *Manual das organizações internacionais*. 4. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005.

_____. *Para uma nova política externa brasileira*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1994.

_____. *Relações internacionais*. Barueri: Manole, 2004.

_____; VENTURA, Deisy. *Direito internacional público*. 4ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

SEVERINO, Antônio Joaquim. *Metodologia do trabalho científico*. 22. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SOARES, Guido. *Direito internacional do meio ambiente: emergência, obrigações e responsabilidades*. São Paulo: Atlas, 2001.

TAVARES, André Ramos. *Curso de direito constitucional*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

TORRONTÉGUY, M. A. A. *Possibilidades de aplicação do princípio da precaução no âmbito do Mercado Comum do Sul*. 2006. Dissertação (Mestrado em Integração Latino-Americana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2006.

TRINDADE, Antônio Augusto Cançado. *A humanização do direito internacional*. Belo Horizonte: Del Rey, 2006.

_____. *O direito internacional em um mundo em transformação*. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

VELASCO, Manuel Díez de. *Las organizaciones internacionales*. 15ª ed. Madrid: Tecnos, 2008.

VENTURA, Deisy. *As assimetrias entre o Mercosul e a União Europeia: os desafios de uma associação inter-regional*. Barueri: Manole, 2003.

_____. *Monografia jurídica*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2000.

VERNIÈRES, Michel. *Norte y sur: renovar la cooperación*. Bilbao: Mensajero, 1998.

WAGSTAFF, Adam; CLAESON, Mariam. *The millenium development goals for health: rising to the challenges*. Washington: Banco Mundial, 2004.

WEBER, Max. *Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. Brasília: UnB, 1999. 2. Vol.

_____. *Metodologia das ciências sociais*. Parte 1. São Paulo: Cortez; Campinas: Unicamp, 1999.

_____. *Sociologie du droit*. Paris : PUF, 1986.

WEIL, Prosper. Le droit international en quête de son identité : Cours général de droit international public. In : *Recueil des Cours de la Académie de Droit International de La Haye*, tome 237 (1992-VI), p. 9-370.

ZOLLER, Elisabeth. *Droit des relations extérieures*. Paris: PUF, 1992.

Artigos de periódicos e capítulos de obras coletivas:

ABRAMO, Perseu. Pesquisa em ciências sociais. In: HIRANO, Sedi (Org.). *Pesquisa social: projeto e planejamento*. São Paulo: T. A. Queiroz, 1979, p. 21-88.

AMORIM, Celso Luiz Nunes. Perspectivas da cooperação internacional. In: MARCOVITCH, Jacques (Org.). *Cooperação internacional: estratégia e gestão*. São Paulo: Edusp, 1994, p. 149-163.

AYLLÓN, Bruno. La cooperación internacional para el desarrollo: fundamentos y justificaciones en la perspectiva de la teoría de las relaciones internacionales. *Carta internacional*, vol. 2, n° 2, out. 2007, p. 32-47.

BARATA, Rita Barradas. Epidemiologia social. *Revista brasileira de epidemiologia*, v. 8, n. 1. São Paulo, mar. 2005, p. 7-17.

BELIK, Walter. Perspectivas para segurança alimentar e nutricional no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 12, n. 1, jan.-jun. 2003, p. 12-20.

BERTOLOZZI, Maria Rita; BÓGUS, Cláudia Maria; SACARDO, Daniele Pompei. Saúde internacional e sistemas comparados de saúde pública. In: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester Luiz Galvão. *Saúde pública*. São Paulo: Atheneu, 2008, p. 253-268.

BOLIS, Mônica. O Regulamento Internacional da Saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 4, n. 3, nov. 2003, p. 17-23.

_____. O tratamento do risco em saúde e a nova regulação internacional. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 8, n. 3, nov.2007-fev.2008, p. 11-37.

BULL, Hedley. Martin Wight and the theory of international relations. The Second Martin Wight Memorial Lecture, *British Journal of International Studies*, v. II, 2, 1976.

CADEAU, Emmanuel. Observações sobre os sentidos e a essência das experiências francesa e brasileira na área da democracia sanitária. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 5, n. 1, mar. 2004, p. 9-17.

CANEL, Regina Célia; CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de. A advocacia em saúde como uma estratégia para a promoção da saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 9, n. 1, mar.-jun. 2008, p. 74-85.

COHN, Amélia. As heranças da saúde: da política da desigualdade à proposta de equidade. In: COHN, Amélia. et al. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1991, p. 13-28

_____. Conhecimento e prática em saúde coletiva: o desafio permanente. *Saúde e sociedade*. São Paulo, v. 1, n. 2, 1992, p. 97-109.

DALLARI, Sueli Gandolfi et al. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo, *Revista de Saúde Pública*, ano 30, vol. 6, 1996, p. 592-601.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 9, n. 3, nov.2008-fev.2009, p. 9-35.

_____. A participação popular e o direito à saúde no sistema nacional de saúde brasileiro. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 6, n. 1-3, 2005, p. 9-24.

_____. Direito sanitário. In: Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Direito Sanitário e Saúde Pública*, Vol. 1, Brasília, Ministério da Saúde, 2003, p. 39-64.

_____. O conteúdo do direito à saúde. In: SOUSA JÚNIOR, José Geraldo de; et al. (Orgs.). *O direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde*. Brasília: CEAD, UNB, 2008, p. 91-101.

_____. O direito à saúde. *Revista de saúde pública*. São Paulo, vol. 22, n. 1, fev. 1988, p. 57-63.

_____. Políticas de Estado e políticas de governo: o caso da saúde pública. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). *Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006, p. 247-266.

_____. Uma nova disciplina: o direito sanitário. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 22, n. 4, ago. 1988, p. 327-334.

_____; VENTURA, Deisy. O princípio da precaução: dever de Estado ou protecionismo disfarçado? In: *São Paulo em Perspectiva*, v. 2, n. 16, abr.-jun. 2002, p. 53-63.

DE GIORGI, Raffaele. O risco na sociedade contemporânea. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 9, n. 1, mar.-jun. 2008, p. 37-49.

DELDUQUE, Maria Célia; OLIVEIRA, Mariana. Tijolo por tijolo: a construção permanente do direito à saúde. In: SOUSA JÚNIOR, José Geraldo de; et al. (Orgs.). *O direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde*. Brasília: CEAD, UNB, 2008, p. 103-111.

D'ORFEUIL, Henri Rouillé. Rumo a novas formas de cooperação internacional. In: ABONG. *Outro diálogo é possível na cooperação Norte-Sul*. São Paulo: Peirópolis, 2003, p. 33-44.

FARDEAU, Jean-Marie. Cooperação entre associações da França e do Brasil. In: ABONG. *Outro diálogo é possível na cooperação Norte-Sul*. São Paulo: Peirópolis, 2003, p. 65-71.

FAWCETT, J. Right to health. In: DUPUY, René-Jean (Coord.). *Le droit à la santé en tant que droit de l'homme* : Colloque de l'Académie de Droit International de la Haye, 27-29 juillet 1978. Alphen aan den Rijn : Sijthoff & Noordhoff, 1979, p. 73-75.

FEIJÓ, Adriana Maria de Vasconcelos. A importância dos Conselhos de Saúde para a efetivação dos princípios constitucionais relativos à saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 4, n. 2, jul. 2003, p. 63-81.

GAVRONSKI, Alexandre Amaral. Conselhos de saúde, democracia participativa e a inconstitucionalidade da presidência nata. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 4, n. 2, jul. 2003, p. 82-106.

GELIS FILHO, Antonio. Globalização, serviços de saúde e direito internacional. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 2, n. 3, nov. 2001, p. 59-74.

GUISE, Mônica Steffen. Poder econômico, patentes e acesso à saúde. In: BARRAL, Welber; PIMENTEL, Luiz Otávio; CORREA, Carlos M. (Orgs.). *Direito, desenvolvimento e sistema multilateral de comércio*. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008, p. 275-287.

JORI, Mario. Ferrajoli sobre los derechos. In: FERRAJOLI, Luigi et al. *Los fundamentos de los derechos fundamentales*. Madrid: Trotta, 2001, p. 105-137.

JUBILUT, Liliana Lyra. A reforma humanitária da ONU e a necessidade de uma abordagem baseada em direitos para a assistência humanitária internacional. *Carta internacional*, vol. 3, n° 1, fev. 2008, p. 38-41.

LAFER, Celso. A importância do valor justiça na reflexão de Miguel Reale. In: LAFER, Celso; FERRAZ JR., Tércio Sampaio. *Direito, política, filosofia, poesia: estudos em homenagem ao Professor Miguel Reale no seu octogésimo aniversário*. São Paulo: Saraiva, 1992, p. 229-240.

_____. O problema da guerra e os caminhos da paz na reflexão de Norberto Bobbio. In: CARDIM, Carlos Henrique. *Bobbio no Brasil: um retrato intelectual*. Brasília: Ed. UnB, 2001, p. 53-73.

_____. Prefácio, in: LINDGREN ALVES, José Augusto. *Os direitos humanos como tema global*. São Paulo: Perspectiva, 2003.

LEHOUX, P. et al. What leads to better health care innovation? Arguments for an integrated policy-oriented research agenda. *Journal of Health Services & Policy*, vol. 13, n° 4, 2008, p. 251-254.

LOPES, José Reinaldo de Lima. Direitos humanos e tratamento igualitário: questões de impunidade, dignidade e liberdade. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 15, n. 42, fev. 2000. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092000000100006&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 07 set. 2008.

MARCOVITCH, Jacques. Competição, cooperação e competitividade. In: Idem (Org.). *Cooperação internacional: estratégia e gestão*. São Paulo: Edusp, 1994, p. 46-63.

MAXIMIANO, Antonio Cesa Amaru; SBRAGIA, Roberto. Avaliação e determinantes de sucesso de projetos de cooperação técnica internacional. In: MARCOVITCH, Jacques (Org.). *Cooperação internacional: estratégia e gestão*. São Paulo: Edusp, 1994, p. 511-538.

MEDEIROS, Antonio Paulo Cachapuz de. As organizações internacionais e a cooperação técnica. In: MARCOVITCH, Jacques (Org.). *Cooperação internacional: estratégia e gestão*. São Paulo: Edusp, 1994, p. 273-319.

MELO, José Valdemiro de. Homologação das decisões do Conselho de Saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 4, n. 2, jul. 2003, p. 107-122.

MENUCCI, Daniel Lins. O Regulamento Sanitário Internacional (2005) e a vigilância em saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 7, n. 1-3, 2006, p. 54-87.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. *Ciência & saúde coletiva*, v. 8, n. 1, Rio de Janeiro, 2003, p. 97-107.

MONDIELLI, Eric. Breves considerações sobre as especificidades das normas sanitárias internacionais de forma geral e em particular do Regulamento Sanitário Internacional. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 8, n. 1, mar.-jun. 2007, p. 118-150.

MOTTA, Renata Campos. Biopolítica e neoliberalismo: a vigilância sanitária no limite da utilidade para o comércio internacional. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 9, n. 2, jul.-out. 2008, p. 9-30.

NASSER, Salem Hikmat. Desenvolvimento, costume internacional e *soft law*. In: AMARAL JÚNIOR, Alberto do (Org.). *Direito internacional do desenvolvimento*. Barueri: Manole, 2005, p. 201-218.

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo, Lemos, 1997, p. 11-24.

PENA, Hugo. O que é ajuda externa? In: *Captura Críptica: direito, política e atualidade*. Revista Discente do Curso de Pós-Graduação em Direito. Florianópolis, UFSC, v. 2, n. 1, jan.-jun. 2009, p. 395-402. Disponível em: <<http://www.ccj.ufsc.br/capturacriptica/pena%28n1v2%29.pdf>>. Acesso em 18 set. 2009.

PILLAY, Navanethem. O Brasil e os direitos humanos. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 8 nov. 2009. Caderno A, p. 3.

PINHEIRO, Marcelo Cardoso; WESTPHAL, Márcia Faria; AKERMAN, Marco. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, abr. 2005, p. 449-458.

PIOVESAN, Flávia. Direitos humanos globais, justiça internacional e o Brasil. In: AMARAL JÚNIOR, Alberto do; PERRONE-MOISÉS, Cláudia (Orgs.). *O cinquentenário da Declaração Universal dos Direitos do Homem*. São Paulo: EDUSP, 1999, p. 239-254.

PITCHO, Benjamin. A saúde na sociedade global. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 8, n. 1, mar.-jun. 2007, p. 65-92.

POCHMANN, Marcio. Proteção social na periferia do capitalismo: considerações sobre o Brasil. *São Paulo em perspectiva*, vol. 18, n° 2. São Paulo: abr.-jun. 2004, p. 3-16.

RIBEIRO, Gustavo Lins. Poder, redes e ideologia no campo do desenvolvimento. *Novos Estudos – CEBRAP* [online], n° 80, São Paulo, mar. 2008, p. 109-125. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002008000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 set. 2008.

RODRIGUES, Gilberto Marcos Antonio. Relações internacionais federativas no Brasil. *DADOS: Revista de Ciências Sociais*, v. 51, n. 4, Rio de Janeiro, 2008, p. 1015-1034.

SANAHUJA, José Antonio. Entre Washington y Westfalia: desarrollo y cohesión social en la globalización. *Papeles de cuestiones internacionales*, n° 87, 2004, p. 35-41.

_____. ¿Más y mejor ayuda?: la Declaración de París y las tendencias en la cooperación al desarrollo. In: MESA, Manuela. *Paz y conflictos en el siglo XXI: tendencias globales*. Anuario 2007-2008. Madrid, Barcelona: CEIPAZ, Icaria, 2007, p. 71-101.

_____. Multilateralismo y desarrollo en la cooperación española. In: *La realidad de la Ayuda 2005-2006*. Barcelona: Intermón, Oxfam: 2006, p. 113-158.

SAN PEDRO, Alexandre et al. Condições particulares de produção e reprodução da dengue em nível local: estudo de Itaipu, Região Oceânica de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, 2009, p. 1937-1946.

SCHLESINGER, M. The dangers of market panacea. In: MORRONE, J. A.; JACOBS, L. R. (Orgs.). *Healthy, Wealthy & Fair*. Nova Iorque: Oxford University Press, 2005, p. 91-134.

SCHWARTZ, Germano. A autopoiese do sistema sanitário. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 4, n. 1, mar. 2003, p. 50-59.

_____. Direito à saúde: abordagem sistêmica, risco e democracia. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 2, n. 1, mar. 2001, p. 27-38.

SÉDEUILH, Maurice. Le droit à la santé. In: DUPUY, René-Jean (Coord.). *Le droit à la santé en tant que droit de l'homme* : Colloque de l'Académie de Droit International de la Haye, 27-29 juillet 1978. Alphen aan den Rijn : Sijthoff & Noordhoff, 1979, p. 101-111.

SILVA, Ligia M. Vieira da; PAIM, Jairnilson S.; COSTA, Maria da C. N. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 2, abr. 1999, p. 187-197.

SLEAP, Bridget. The most debilitating discrimination of all: civil society's campaign for access to treatment for AIDS. In: GREASY, Paul. *Fighting for Human Rights*. Londres: Routledge, 2004, p. 153-173.

SOARES, Guido F. S. A cooperação técnica internacional. In: MARCOVITCH, Jacques (Org.). *Cooperação internacional: estratégia e gestão*. São Paulo: Edusp, 1994, p. 165-218.

_____. O direito internacional sanitário e seus temas: apresentação de sua incômoda vizinhança. *Revista de direito sanitário*. São Paulo, vol. 1, n. 1, nov. 2000, p. 49-88.

TORRES-PARODI, Cristina; BOLIS, Mónica. Evolución del concepto etnia/raza y su impacto en la formulación de políticas para equidad. *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 22, n. 6, 2007, p. 405-416.

TORRONTÉGUY, Marco Aurélio Antas. A cooperação internacional como instrumento para a efetivação de direitos humanos. In: MENEZES, Wagner (Coord.). *Estudos de Direito Internacional*. Anais do 7º Congresso Brasileiro de Direito Internacional. Vol. XVI. Curitiba: Juruá, 2009, p. 324-333.

_____. O direito humano à saúde no direito internacional. In: MENEZES, Wagner (Coord.). *Estudos de direito internacional*. Vol. XIV. Anais do 6º Congresso Brasileiro de Direito Internacional. Curitiba: Juruá, 2008, p. 54-62.

_____. O problema da marginalização do ambiente e da saúde no sistema multilateral de comércio. In: BARRAL, Welber; PIMENTEL, Luiz Otávio; CORREA, Carlos M. (Orgs.). *Direito, desenvolvimento e sistema multilateral de comércio*. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008, p. 109-129.

VENTURA, Deisy. Direito internacional sanitário. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Direito Sanitário e Saúde Pública*. Vol. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, p. 261-299.

_____. Uma visão internacional do direito à saúde. In: SOUSA JÚNIOR, José Geraldo de; et al. (Orgs.). *O direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde*. Brasília: CEAD, UNB, 2008, p. 77-88.

VIANA, Ana Luiza; ELIAS, Paulo. Saúde e desenvolvimento. *Ciência e saúde coletiva*, vol. 12, Rio de Janeiro, nov. 2007, p. 1765-1777.

VIGEVANI, Tullo. Problemas para a atividade internacional das unidades subnacionais: estados e municípios brasileiros. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 21, n. 62, São Paulo, out. 2006, p. 127-139.

VITTA, Cino. Le droit sanitaire international. *R.C.A.D.I.* Vol. 33, 1930, p. 545-669.

WIGHT, Martin. Western values in international relations. In: BUTTERFIELD, Herbert; WIGHT, Martin. *Diplomatic Investigations*. Londres: Allen & Unwin, 1967.

YUNES, João; RONCHEZEL, Vera S. C. Evolução da mortalidade geral, infantil e proporcional no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 8, suppl., 1974, p. 3-48.
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101974000500002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 8 nov. 2009.

ZOLO, Danilo. Libertad, propiedad e igualdad en la teoría de los ‘derechos fundamentales’: a propósito de un ensayo de Luigi Ferrajoli. In: FERRAJOLI, Luigi et al. *Los fundamentos de los derechos fundamentales*. Madrid: Trotta, 2001, p.75-104.

Obras de referência:

BONIFACE, Pascal (Coord.). *Dictionnaire des relations internationales*. Paris: Hatier, 1996.

_____. *Lexique des relations internationales*. Paris: Ellipses, 1995.

BOUSSAGUET, Laurie ; JACQUOT, Sophie ; RAVINET, Pauline (Orgs.). *Dictionnaire des politiques publiques*. 2. ed. Paris: Presses de Science Po, 2006.

CORDELLIER, Serge (Coord.). *Le dictionnaire historique et géopolitique du 20e siècle*. 2ª ed. Paris: La Découverte, 2002.

Dictionnaire de la terminologie du droit international : publié sous le patronage de l’Union Académique Internationale. Paris: Sirey, 1960.

HOUAISS, Antônio; et al. *Dicionário Eletrônico Houaiss de língua portuguesa*: versão 1.0. Dezembro de 2001. CD-ROM.

IÁKOVLEV, A. N.; ZAMIÁTIN, L. M. (Coord.). *Diccionario de política internacional*. Lisboa: Avante!, 1988.

LOROT, Pascal (Coord.). *Dictionnaire de la Mondialisation*. Paris: Ellipses, 2001.

VAÏSSE, Maurice (Coord.). *Dictionnaire des relations internationales ao 20e siècle*. Paris: Armand Colin, 2000.

Documentos:

ABC. ABC. Disponível em: http://www.abc.gov.br/abc/abc_ctpd.asp. Acesso em: 22 abr. 2007.

_____. ABC. Disponível em: http://www.abc.gov.br/abc/abc_ctpd_triangular.asp. Acesso em: 22 abr. 2007.

_____. ABC. Disponível em: http://www.abc.gov.br/abc/abc_ctrn.asp. Acesso em: 22 abr. 2007.

_____. *A cooperação técnica do Brasil para a África*. Brasília: MRE, ABC, 2009.

_____. *Cooperação técnica*. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/ct/ct.asp>. Acesso em: 22 abr. 2007.

ANGOLA. *Lei constitucional*. 1992. Disponível em:

<<http://www.governo.gov.ao/abrirDownload.aspx?tipo=1&bdCampo1=ARQLGS&cod=278>>. Acesso em: 1 out. 2009.

ANGOLA; BRASIL. *Acordo de cooperação cultural e científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Popular da Angola*. 1980.

Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_02_501.htm>. Acesso em 4 jul. 2009.

_____; _____. *Acordo de cooperação econômica, científica e técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Popular da Angola*. 1980.

Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_03_502.htm>. Acesso em 4 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo de cooperação cultural e científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Angola na área de “Formação de Docentes em Saúde Pública na Angola”*. 2007. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_52_6069.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo de cooperação econômica, científica e técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Popular da Angola, na área de comércio*. 1983. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_06_504.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo de cooperação econômica, científica e técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Angola para as Áreas do Trabalho, Emprego e Formação Profissional*. 2003. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_30_5182.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo de cooperação econômica, científica e técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Angola para Implementação do Projeto “Apoio ao Programa de Prevenção e Controle da Malária”*. 2007. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_53_4543.htm>.

Acesso em 5 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo de cooperação econômica, científica e técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Angola para implementação do Projeto “Capacitação do Sistema de Saúde da República de Angola”*. 2007. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_51_6068.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo de cooperação econômica, científica e técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Angola para implementação do Projeto “Escola de Todos”*. 2007. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ang_55_4545.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo de cooperação econômica, científica e técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Angola para implementação do Projeto “Fortalecimento da Educação Ambiental em Angola”*. 2003. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_31_5183.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo de cooperação econômica, científica e técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Angola para implementação do Projeto “Fortalecimento da Educação Ambiental em Angola”*. 2006. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_50_5775.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo de cooperação econômica, científica e técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Angola sobre Cooperação Técnica e Procedimentos nas Áreas Sanitária e Fitossanitária*. 2005. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_45_3995.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

_____; _____. *Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Angola para o Incentivo à Formação Científica de Estudantes Angolanos*. 2007. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_56_4546.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

_____; _____. *Memorando de Entendimento para Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Angola com vista ao Fortalecimento da Administração Pública de Angola*. 2007. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_58_4551.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

_____; _____. *Memorando de Entendimento para o Estabelecimento de Mecanismos de Consultas Políticas entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Angola*. 2007. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_57_6114.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

_____; _____. *Programa de Trabalho em Matéria de Cooperação Científica e Tecnológica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Angola*. 2003. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_35_5187.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

_____; _____. *Protocolo de cooperação técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Angola na área do meio ambiente*. 2003. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_39_5191.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

_____; _____. *Protocolo de cooperação técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Angola para Apoio ao Instituto de Formação da Administração Local (IFAL)*. 2003. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_37_5189.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

_____; _____. *Protocolo de Intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Angola sobre Cooperação Técnica na Área de Administração Pública*. 2005. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_44_5500.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

ARFA. *Descrição Sucinta dos Objetivos e Resultados Esperados do Projeto de Cooperação ANVISA-ARFA*. Disponível em: <<http://www.arfa.cv/images/stories/acordoParceriaANVISA.pdf>>. Acesso em 6 set. 2009.

_____. *Parcerias*. 2008. Disponível em:

<http://www.arfa.cv/index.php?option=com_content&task=view&id=111&Itemid=138>.

Acesso em 6 set. 2009.

BITTAR, Eduardo C. B.; ALMEIDA, Guilherme Assis de (Orgs.). *Mini-código de direitos humanos*. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2008.

BRASIL. Agência Senado. *Brasil doará R\$ 13,6 milhões a Moçambique para produção de remédio contra Aids*. 12/11/2009. Disponível em:

<<http://www.senado.gov.br/agencia/verNoticia.aspx?codNoticia=97332&codAplicativo=2>

>. Acesso em: 14 nov. 2009.

_____. Congresso Nacional. *Projeto de Lei da Câmara dos Deputados nº 193*: Autoriza a União a doar recursos à República de Moçambique para a primeira fase de instalação de fábrica de antirretrovirais e outros medicamentos. 2009. Disponível em:

<<http://legis.senado.gov.br/mate-pdf/66852.pdf>>. Acesso em 14 nov. 2009.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Último acesso em:

7 nov. 2009.

_____. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação.

Cooperação técnica brasileira em saúde. In: *ViaABC*: publicação da Agência Brasileira de Cooperação, mar. 2007.

_____. Ministério das Relações Exteriores. *South-South Cooperation Activities carried out by Brazil*. Brasília: 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Documentos internacionais. In: *Direito sanitário e saúde pública*. V. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Mais saúde: direito de todos*: 2008-2011. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Supremo Tribunal Federal. *Constituição federal e jurisprudência*. Disponível em: <http://www.stf.gov.br>. Acesso em: 09 jul. 2007.

BRUNDTLAND, Gro Harlem (Coord.). *Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future*. 1987. Disponível em: <<http://www.un-documents.net/wced-ocf.htm>>. Acesso em: 30 set. 2008.

CABO VERDE. *Constituição da República*: Lei Constitucional nº 1/V/99, de 23 de novembro. Disponível em: <<http://www.parlamento.cv/images%5C../constituicao/const00.htm>>. Acesso em 1 out. 2009.

CABO VERDE; BRASIL. *Acordo Básico de cooperação técnica e científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cabo Verde*. 1977. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_02_1126.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

_____; _____. *Acordo sobre cooperação cultural entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cabo Verde*. 1979. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_04_1128.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Básico de cooperação técnica e científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cabo Verde para Implementação do “Programa de Cooperação Internacional em HIV/AIDS – Fase II”*. 2005. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_31_5431.htm>. Acesso em 11 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Básico de cooperação técnica e científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cabo Verde para Implementação do Projeto “Apoio à Implantação da Universidade de*

Cabo Verde e ao Desenvolvimento do Ensino Superior". 2006. Disponível em:
<http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_35_5743.htm>. Acesso em: 11 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Básico de cooperação técnica e científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cabo Verde para Implementação do Projeto "Apoio ao Programa de Prevenção e Controle da Malária em Cabo Verde"*. 2008. Disponível em:
<http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_41.htm>. Acesso em 6 set. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Básico de cooperação técnica e científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cabo Verde para Implementação do Projeto "Apoio ao Programa Nacional de Cantinas Escolares de Cabo Verde – Fase I – Fortalecimento do ICASE"*. 2008. Disponível em:
<http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_44.htm>. Acesso em 6 set. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Básico de cooperação técnica e científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cabo Verde para Implementação do Projeto "Consolidação da ARFA como agente regulador dos setores farmacêutico e alimentar visando ao fortalecimento de sua capacidade institucional"*. 2008. Disponível em:
<http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_42.htm>. Acesso em 6 set. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Básico de cooperação técnica e científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cabo Verde para Implementação do Projeto "Escola de Todos"*. 2006. Disponível em:
<http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_34_5745.htm>. Acesso em: 11 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Básico de cooperação técnica e científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cabo Verde para Implementação do Projeto "Escola de Todos – Fase II"*. 2008. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_43.htm>. Acesso em 7 set. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Básico de cooperação técnica e científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de*

Cabo Verde para Implementação do Projeto “Fortalecimento e Capacitação Técnica de Recursos Humanos para o Sistema de Formação Profissional de Cabo Verde – Fase II”. 2008. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_49.htm>. Acesso em 7 set. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Básico de cooperação técnica e científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cabo Verde para Implementação do Projeto Piloto de Dessalinização em Ribeira da Barca*. 2003. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_26_5278.htm>. Acesso em: 11 jul. 2009.

_____; _____. *Memorando de entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cabo Verde para o Incentivo à Formação Científica de Estudantes Cabo-verdianos*. 2009. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_50.htm>. Acesso em 7 set. 2009.

_____; _____. *Memorando de entendimento para o Estabelecimento de Mecanismos de Consultas Políticas e de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cabo Verde*. 2008. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_45.htm>. Acesso em 7 set. 2009.

_____; _____. *Memorandum de Entendimento Relativo a Educação, Agricultura e Pecuária, Saúde, Transporte e Comunicações Previdência Social e Urbanização*. 1977.

_____; _____. *Programa de Trabalho em Matéria de Educação Superior e Ciência entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cabo Verde*. 2005. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_33_5433.htm>. Acesso em: 11 jul. 2009.

_____; _____. *Programa Executivo relativo ao Acordo Básico de cooperação técnica e científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cabo Verde para Implementação do Projeto “Apoio Técnico para Implantação de Banco de Leite Humano em Cabo Verde”*. 2008. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_47.htm>. Acesso em 7 set. 2009.

_____; _____. *Programa Executivo relativo ao Acordo Básico de cooperação técnica e científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cabo Verde para Implementação do Projeto “Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em Cabo Verde”*. 2008. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_48.htm>. Acesso em 7 set. 2009.

_____; _____. *Protocolo de Intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cabo Verde no Domínio da Proteção e Promoção dos Direitos Humanos e da Inclusão Social*. 2006. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_36_5808.htm>. Acesso em 11 jul. 2009.

_____; _____. *Protocolo de Intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cabo Verde sobre Cooperação Técnica na Área de Tecnologia Eletrônica*. 2004. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_28_5335.htm>. Acesso em: 11 jul. 2009.

_____; _____. *Tratado de Amizade e Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cabo Verde*. 1979. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_cabo_05_1129.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

CLATI/BLH. Centro Latino Americano de Tecnologia e Informação em Bancos de Leite. *Carta de Brasília*. 2005. Disponível em:

<<http://www.fiocruz.br/redeblh/media/cartabra.pdf>>. Acesso em 16 maio 2009.

Comissão Interamericana de Direitos Humanos. *Estatuto da Comissão Interamericana de Direitos Humanos*. Disponível em:

<http://www.cidh.oas.org/Basicos/Portugues/t.Estatuto.CIDH.htm>. Acesso em: 5 nov. 2007.

_____. *Regulamento da Comissão Interamericana de Direitos Humanos*. Disponível em: <http://www.cidh.oas.org/Basicos/Portugues/u.Regulamento.CIDH.htm>. Acesso em: 5 nov. 2007.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Estatuto da Corte Interamericana de Derechos Humanos*. Disponível em:

<http://www.cidh.oas.org/Basicos/Portugues/v.Estatuto.Corte.htm>. Acesso em: 5 nov. 2007.

_____. *Reglamento da Corte Interamericana de Derechos Humanos*. Disponível em:

<http://www.cidh.oas.org/Basicos/Portugues/w.Reglamento.Corte.htm>. Acesso em: 5 nov. 2007.

CPLP. *Declaração constitutiva da Comunidade dos Países Africanos de Língua*

Portuguesa. 17 de julho de 1996. Disponível em: <<http://www.cplp.org/id-48.aspx>>.

Acesso em: 9 nov. 2009.

ECOSOC. *Review of the composition, organization and administrative arrangements of the Sessional Working Group of Governmental Experts on the Implementation of the*

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Resolution 1985/17.

Disponível em: <<http://ap.ohchr.org/documents/E/ECOSOC/resolutions/E-RES-1985-17.doc>>. Acesso em 30 out. 2009.

FIOCRUZ. *Fiocruz África*. Disponível em:

<<http://www.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=4496&sid=10>>. Acesso em: 12 dez. 2009.

_____. Agência Fiocruz de Notícias. *Aprovada verba para fábrica de medicamentos em Moçambique*. 16 nov. 2009. Disponível em:

<<http://www.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=5117&query=simple&search%5Fby%5Fauthname=all&search%5Fby%5Ffield=tax&search%5Fby%5Fheadline=false&search%5Fby%5Fkeywords=any&search%5Fby%5Fpriority=all&search%5Fby%5Fsection=all&search%5Fby%5Fstate=all&search%5Ftext%5Foptions=all&sid=116&text=mo%5Fambique>>. Acesso em: 12 dez. 2009.

_____. _____. *Escritório da Fiocruz é inaugurado na África*. 20 out. 2008. Disponível em:

<<http://www.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=4233&query=simple&search%5Fby%5Fauthname=all&search%5Fby%5Ffield=tax&search%5Fby%5Fheadline=false>>

&search%5Fby%5Fkeywords=any&search%5Fby%5Fpriority=all&search%5Fby%5Fsection=all&search%5Fby%5Fstate=all&search%5Ftext%5Foptions=all&sid=116&text=mo%E7ambique>. Acesso em: 12 dez. 2009.

_____. _____. *Fiocruz abre curso de mestrado em Moçambique*. 9 abr. 2008.

Disponível em:

<<http://www.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=3620&sid=116>>. Acesso em: 12 dez. 2009.

_____. _____. *Fiocruz forma primeira turma de pós-graduação em Moçambique*. 22 maio 2009. Disponível em:

<<http://www.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=4782&query=simple&search%5Fby%5Fauthorname=all&search%5Fby%5Ffield=tax&search%5Fby%5Fheadline=false&search%5Fby%5Fkeywords=any&search%5Fby%5Fpriority=all&search%5Fby%5Fsection=all&search%5Fby%5Fstate=all&search%5Ftext%5Foptions=all&sid=116&text=mo%E7ambique>>. Acesso em: 12 dez. 2009.

_____. Farmanguinhos. *ARVs para Moçambique*. Disponível em:

<http://www2.far.fiocruz.br/farmanguinhos/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=52&Itemid=90>. Acesso em: 12 dez. 2009.

_____. Instituto Oswaldo Cruz. *Cursos internacionais*. Disponível em:

<<http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=214>>. Acesso em: 12 dez. 2009.

GUINÉ-BISSAU. *Constituição da República*. Promulgada em 4 de dezembro de 1996.

Disponível em: <<http://www.consuladogeralguine-bissau.org/CRGB.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2009.

GUINÉ-BISSAU; BRASIL. *Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República da Guiné-Bissau*.

1978. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_guib_4_2609.pdf>. Acesso em 19 jul. 2009.

_____; _____. *Acordo de Comércio entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República da Guiné-Bissau*. 1978. Disponível em:

<<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=125402>>. Acesso em: 19 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República da Guiné-Bissau na Área da Formação Profissional para Implementação do Projeto “Centro de Formação Profissional e Promoção Social de Bissau”*. 2002. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_guibi_18_4995.htm>. Acesso em 19 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República da Guiné-Bissau para Implementação do Projeto “Apoio ao Fortalecimento do Centro de Promoção do Caju na Guiné-Bissau”*. 2007. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_guib_25_4554.htm>. Acesso em: 19 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República da Guiné-Bissau para Implementação do Projeto “Apoio ao Programa de Prevenção e Controle da Malária na Guiné-Bissau”*. 2007. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_guib_27_4556.htm>. Acesso em: 19 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República da Guiné-Bissau para Implementação do Projeto “Transferência de Conhecimento e Capacitação Técnica para Segurança Alimentar e Desenvolvimento do Agronegócio na Guiné-Bissau”*. 2007. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_guib_26_4555.htm>. Acesso em: 19 jul. 2009.

_____; _____. *Memorando de Entendimento para o Estabelecimento de Consultas Políticas entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República da Guiné-Bissau*. 2007. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_guib_24_4553.htm>. Acesso em: 19 jul. 2009.

_____; _____. *Programa de Trabalho em Matéria de Educação Superior e Ciência no âmbito do Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República da Guiné-Bissau*. 2007. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_guib_22_5893.htm>. Acesso em: 19 jul. 2009.

IBERBLH. *¡Bienvenida Colombia al programa IberBLH!*. Disponível em: <http://www.iberblh.icict.fiocruz.br/index.php?option=com_content&view=article&id=95&Itemid=56>. Acesso em: 17 maio 2009.

_____. *Inauguración de el 3er. Banco de Leche Humana en el Uruguay*. Disponível em: <http://www.iberblh.icict.fiocruz.br/index.php?option=com_content&view=article&id=101&Itemid=56>. Acesso em: 17 maio 2009.

MOÇAMBIQUE. *Constituição da República*. Aprovada pela Assembleia da República em 16 de novembro de 2004. Disponível em: <http://www.portaldogoverno.gov.mz/Legisla/constituicao_republica/constituicao.pdf>. Acesso em: 1 out. 2009.

MOÇAMBIQUE; BRASIL. *Acordo de Cooperação Cultural entre a República Federativa do Brasil e a República Popular de Moçambique*. 1989. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moca_08_2984.htm>. Acesso em: 20 jul. 2009.

_____; _____. *Acordo de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique sobre o combate à produção, ao consumo e ao tráfico ilícitos de entorpecentes, substâncias psicotrópicas e sobre o combate às atividades de lavagem de ativos e outras transações financeiras fraudulentas*. 2004. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_40.htm>. Acesso em: 13 jul. 2009.

_____; _____. *Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para a instalação da Sede do Escritório Regional de*

FIOCRUZ para a África. 2008. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_63.htm>. Acesso em: 22 jul. 2009.

_____; _____. *Acordo Geral de Cooperação entre a República Federativa do Brasil e a República Popular de Moçambique*. 1981. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_04_2745.htm>. Acesso em: 20 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Cultural entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para a Cooperação no campo dos Esportes*. 2003. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_moca_28_5197.htm>. Acesso em 20 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação Celebrado entre os Governos da República Federativa do Brasil e da República de Moçambique na Área da Educação para a Implementação do Programa “Alfabetização Solidária em Moçambique”*. 2001. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_22_4837.htm>. Acesso em: 20 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre a República Federativa do Brasil e a República de Moçambique para Implementação do Projeto “Fortalecimento da Educação Ambiental em Moçambique”*. 2007. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_56_6017.htm>. Acesso em: 21 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre a República Federativa do Brasil e a República de Moçambique para Implementação do Projeto “Programa de Educação Alimentar e Nutricional – Cozinha Brasil-Moçambique”*. 2008.

Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_69.htm>. Acesso em: 22 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique no Campo de Mineração*. 1997. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_15_3123.htm>. Acesso em: 20 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para apoiar o desenvolvimento do Programa Piloto Nacional de Alfabetização de Moçambique*. 2003. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moca_31_5200.htm>. Acesso em: 21 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para Implementação do Projeto “Apoio à construção de cisternas, barragens subterrâneas, captação de água da chuva in situ e jardins produtivos em comunidades rurais de Moçambique”*. 2007. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_61_4509.htm>. Acesso em 22 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para Implementação do Projeto “Capacitação em Produção de Medicamentos Anti-Retrovirais e Outros Medicamentos”*. 2008. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_65.htm>. Acesso em 22 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para Implementação do Projeto “Estudo de viabilidade técnico-econômico para instalação de fábrica de medicamentos em Moçambique para produção de medicamentos anti-retrovirais e outros”*. 2005. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_46_5563.htm>. Acesso em: 21 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para Implementação do Projeto “Fortalecimento das Ações de Alimentação e Nutrição”*. 2007. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_55_6016.htm>. Acesso em 22 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para*

Implementação do Projeto “Fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique”. 2007. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_49_5971.htm>. Acesso em 22 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para Implementação do Projeto “Fortalecimento Institucional do Órgão Regulador de Medicamentos de Moçambique como Agente Regulador do Setor Farmacêutico”*. 2008. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_64.htm>. Acesso em 22 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para Implementação do Projeto “Fortalecimento Institucional e Técnico do Instituto Nacional de Normalização e Qualidade de Moçambique”*. 2008. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_66.htm>. Acesso em 22 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para Implementação do Projeto PCI-Ntwanano no Âmbito do Programa de Cooperação Internacional do Ministério da Saúde do Brasil*. 2003. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moca_29_5198.htm>. Acesso em 20 jul. 2009.

_____; _____. *Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique nas Áreas de Geologia, Mineração e Transformação Mineral*. 2003. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moca_34_5203.htm>. Acesso em 21 jul. 2009.

_____; _____. *Memorando de Entendimento na Área da Cooperação Educacional entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique*. 2001. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_21_4836.htm>. Acesso em: 20 jul. 2009.

_____; _____. *Memorandum de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique no âmbito do Programa*

de Cooperação Internacional do Ministério da Saúde do Brasil. 2003. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_25_5108.htm>. Acesso em 20 jul. 2009.

_____; _____. *Programa Executivo do Acordo Geral de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para o Projeto “Apoio ao desenvolvimento gerencial estratégico do governo de Moçambique”*. 2009. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moçam_73.htm>. Acesso em: 22 jul. 2009.

_____; _____. *Protocolo de Intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para Intercâmbio e Cooperação Técnica na Área de Inclusão e Promoção dos Direitos Juvenis*. 2006. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_48_5870.htm>. Acesso em 22 jul. 2009.

_____; _____. *Protocolo de Intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique sobre Cooperação Científica e Tecnológica na Área da Saúde*. 2003. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moca_36_5205.htm>. Acesso em 20 jul. 2009.

_____; _____. *Protocolo de Intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique sobre cooperação técnica na área da administração pública*. 2003. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moca_35_5204.htm>. Acesso em 20 jul. 2009.

_____; _____. *Protocolo de Intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique sobre Cooperação Técnica na área da Educação*. 2001. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_18_4833.htm>. Acesso em: 20 jul. 2009.

_____; _____. *Protocolo de Intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique sobre Cooperação Técnica na Área da Saúde*. 2001. Disponível em: <<http://www2.mre.gov.br/dai/moçasaude.htm>>. Acesso em 20 jul. 2009.

_____; _____. *Protocolo de Intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique sobre Cooperação Técnica na Área de Formação de Pessoal Especializado em Prisões*. 2004. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_44_5353.htm>. Acesso em: 21 jul. 2009.

_____; _____. *Protocolo de Intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique sobre Cooperação Técnica no Domínio da Mulher e da Ação Social*. 2001. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_19_4834.htm>. Acesso em: 20 jul. 2009.

_____; _____. *Protocolo de Intenções entre os Governos da República Federativa do Brasil e da República de Moçambique para o Incentivo à Formação Científica de Estudantes Moçambicanos*. 2007. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_moça_60_4508.htm>. Acesso em 22 jul. 2009.

OCDE. *DAC List of ODA Recipients*: Effective for reporting on 2009 and 2010 flows. Disponível em: <<http://www.oecd.org/dataoecd/32/40/43540882.pdf>>. Acesso em 3 dez. 2009.

_____. *Vingt-cinq ans de coopération pour le développement: un examen*. OCDE: 1985.

_____. DAC. *Measuring Aid to Health*. Novembro 2009. Disponível em:

<<http://www.oecd.org/dataoecd/44/35/44070071.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2009.

_____. _____. *Recent Trends in Official Development Assistance to Health*. 2000.

Disponível em: <<http://www.oecd.org/dataoecd/12/0/6877046.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2009.

_____. _____. *Recent Trends in Official Development Assistance to Health*. 2006.

Disponível em: <<http://www.oecd.org/dataoecd/1/11/37461859.pdf>>. Acesso em 30 nov. 2009.

OEA. *Carta da Organização dos Estados Americanos*. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/m_30544_1952.htm>. Acesso em 13 nov. 2007.

_____. *Convenção Americana de Direitos Humanos: 'Pacto de San José da Costa Rica'.* Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/m_678_1992.htm>. Acesso em 11 set. 2008.

_____. *Convenção Interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência.* Disponível em: <<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/o.Convencao.Personas.Portadoras.de.Deficiencia.htm>>. Acesso em 11 set. 2008.

_____. *Convenção Interamericana para prevenir e punir a tortura.* Disponível em: <<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/i.Tortura.htm>>. Acesso em 11 set. 2008.

_____. *Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher: Convenção de Belém do Pará.* Disponível em: <<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>>. Acesso em 11 set. 2008.

_____. *Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem.* Disponível em: <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/b.Declaracao_Americana.htm>. Acesso em 11 set. 2008.

_____. *Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais: 'Protocolo de San Salvador'.* Disponível em: <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/e.Protocolo_de_San_Salvador.htm>. Acesso em 11 set. 2008.

OMC. *Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health: Adopted on 14 November 2001.* Disponível em: <http://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.pdf>. Acesso em: 5 out. 2008.

OMS. *Achievement of the health-related Millennium Development Goals: Report by the Secretariat.* Maio de 2005. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_5-en.pdf>. Acesso em 10 out. 2008.

_____. *Achievement of the health-related Millennium Development Goals: status report.*

Dezembro de 2004. Disponível em:

<http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/B115_5-en.pdf>. Acesso em: 10 out. 2008.

_____. *Global Health Atlas.* Disponível em: <<http://apps.who.int/globalatlas>>. Último acesso em: 1 dez. 2009.

_____. *Health and the Millennium Development Goals: Keep the promise.* Genebra: OMS, 2005.

_____. *Inventory of IPCS and other WHO pesticide evaluations and summary of toxicological evaluations performed by the Joint Meeting on Pesticide Residues: evaluations through 2002.* Genebra: OMS, 2003. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_PCS_02.3.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2007.

_____. *Labor de la OMS en pro de la salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio: áreas de trabajo (2004-2005).* Disponível em: <http://www.who.int/mdg/achieving/who_work/SpanishWHOworkingTowards.pdf>. Acesso em: 10 out. 2008.

_____. *La salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.* 2004. Disponível em: <http://www.who.int/mdg/goals/041222health_mdgchart_sp.pdf>. Acesso em: 5 out. 2008.

_____. *Reglamento Sanitario Internacional* (2005). 2ª Ed. Genebra: 2008. Disponível: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243580418_spa.pdf>. Acesso em 9 nov. 2009.

_____. *Regulamento Sanitário Internacional.* 2005. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/paf/legislacao/regulatec_nv.pdf>. Acesso em 15 out. 2008.

_____. *The WHO recommended classification of pesticides by hazard and guidelines to classification 2000-2002*. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/a76526.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2007.

_____. *The WHO recommended classification of pesticides by hazard and guidelines to classification 2004*. Genebra: OMS, 2005. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924156638.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2007.

_____. *The World Health Report 1995: Bridging the Gaps*. Genebra: 1995. Disponível em: <http://www.who.int/whr/1995/en/whr95_en.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2008.

_____. *The World Health Report 2006: working together for health*. Genebra: OMS, 2006.

_____. *WHA 58.30: Accelerating achievement of the internationally agreed health-related development goals, including those contained in the Millennium Declaration*. 2005. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_30-en.pdf>. Acesso em 10 out. 2008.

_____. *WHO's contribution to achievement of the development goals of the United Nations Millennium Declaration: Report by the Secretariat*. Maio 2003.

_____. *WHOSIS: WHO Statistical Information System*. Disponível em: <<http://apps.who.int/whosis/data/Search.jsp>>. Último acesso em: 1 dez. 2009.

ONU. *Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes*. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/m_40_1991.htm>. Acesso em 7 set. 2008.

_____. *Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação Racial*. Disponível em: <<http://www2.mre.gov.br/dai/racial.htm>>. Acesso em 7 set. 2008.

_____. *Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher*. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/m_4377_2002.htm>. Acesso em 7 set. 2008.

_____. *Optional Protocol to the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Res. A/RES/63/117, de 10 de dezembro de 2008. Disponível em: <<http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/A-RES-63-117.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2009.

_____. *Pacto sobre Direitos Civis e Políticos*. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/m_592_1992.htm>. Acesso em: 15 ago. 2008.

_____. *Pacto sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/m_591_1992.htm>. Acesso em: 18 ago. 2008.

_____. *Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher*. Disponível em: <<http://www2.mre.gov.br/dai/protcedaw.htm>>. Acesso em 7 set. 2008.

_____. *Protocolo Facultativo ao Pacto Internacional sobre direitos civis e políticos*. Disponível em: <<http://www2.mre.gov.br/dai/dircivepol.pdf>>. Acesso em 5 set. 2008.

_____. *Rules of procedure of the Human Rights Committee*: CCPR/C/3/Rev.8, 22 Set. 2005. Disponível em: <[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/5f55247f58c6a129c125709300479adb/\\$FILE/G0544089.pdf](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/5f55247f58c6a129c125709300479adb/$FILE/G0544089.pdf)>. Acesso em 5 set. 2008.

_____. *United Nations Millenium Declaration*. Disponível em: <<http://www.un.org/millennium/>>. Acesso em 4 out. 2008.

PNUD. *Capacity development for sustainable human development*: conceptual and operational signposts. Nova Iorque: 1995. Disponível em: <<http://mirror.undp.org/magnet/cdrb/CAPDEV.htm>>. Acesso em 30 set. 2008.

_____. *Relatório de desenvolvimento humano 2009: Ultrapassar barreiras: mobilidade e desenvolvimento humanos*. PNUD: 2009. Disponível em:
<http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_PT_Complete.pdf>. Acesso em 3 dez. 2009.

SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE. *Constituição da República Democrática de São Tomé e Príncipe*. Promulgada em 25 de janeiro de 2003. Disponível em:
<<http://www.gov.st/data/filestorage/docs/constistp.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2009.

SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE; BRASIL. *Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe*. 1984. Disponível em:
<<http://www2.mre.gov.br/dai/saotomect.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2009.

_____; _____. *Acordo Cultural entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe*. 1984. Disponível em:
<http://www2.mre.gov.br/dai/b_tome_06_3625.htm>. Acesso em: 15 jul. 2009.

_____; _____. *Acordo de Cooperação Esportiva entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe*. 2003. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_tome_14_5208.htm>. Acesso em: 15 jul. 2009.

_____; _____. *Acordo Geral de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe*. 1984. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_tome_05_3624.htm>. Acesso em: 15 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica Celebrado entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe na Área da Educação para a Implementação do Projeto “Bolsa-Escola em São Tomé e Príncipe”*. 2003. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_tome_17_5211.htm>. Acesso em 15 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe para a Implementação do Projeto de Ações de Prevenção e Controle do Vírus da Deficiência Imunológica Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) em São Tomé e Príncipe*. 2005. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_tomé_22_5410.htm>. Acesso em: 16 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe para Implementação do Projeto “Apoio ao Desenvolvimento Urbano de São Tomé e Príncipe”*. Assinado em 26 de março de 2007 e em vigor na mesma data. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_tome_27_5931.htm>. Acesso em 17 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe para Implementação do Projeto “Apoio ao Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe na Prevenção às DST/AIDS”*. 2000. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_tome_08_4842.htm>. Acesso em 15 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe para Implementação do Projeto “Construção Institucional e metodológica da extensão rural como estratégia de desenvolvimento sustentável da agricultura familiar em São Tomé e Príncipe”*. Assinado e em vigor em 2 de novembro de 2003. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_tomé_15_5209.htm>. Acesso em: 15 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe para Implementação do Projeto “Construção Institucional e metodológica da extensão rural como estratégia de desenvolvimento sustentável da agricultura familiar em São Tomé e Príncipe – Fase II”*. Assinado e em

vigor em 4 de dezembro de 2008. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_tome_30.htm>. Acesso em: 17 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe para Implementação do Projeto “Formação de Professores em Exercício em São Tomé e Príncipe”*. 2007. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_tome_25_5929.htm>. Acesso em 17 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe para Implementação do Projeto “Implementação do Programa de Alimentação Escolar em São Tomé e Príncipe”*. 2007. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_tome_24_5928.htm>. Acesso em 17 jul. 2009.

_____; _____. *Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação Celebrado entre os Governos da República Federativa do Brasil e da República Democrática de São Tomé e Príncipe na Área de Educação para a Implementação do Projeto “Alfabetização Solidária em São Tomé e Príncipe”*. 2001. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_tome_09_4887.htm>. Acesso em: 15 jul. 2009.

_____; _____. *Programa Executivo ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe para Implementação do Projeto “Alfabetização Solidária em São Tomé e Príncipe – Fase V”*. 2009. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_tome_33.htm>. Acesso em 17 jul. 2009.

_____; _____. *Programa Executivo do Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Federativa de São Tomé e Príncipe para Implementação do Projeto “Apoio ao Programa de Prevenção e Controle da Malária em São Tomé e Príncipe”*. 2008. Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/dai/b_tome_29B.htm>. Acesso em: 16 jul. 2009.

_____; _____. *Protocolo de Intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe sobre Cooperação Educacional*. 2003. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_tomé_20_5214.htm>. Acesso em 15 jul. 2009.

_____; _____. *Protocolo de Intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe sobre Cooperação Técnica na Área da Saúde*. 2003. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b_tomé_21_5215.htm>. Acesso em: 15 jul. 2009.

Secretaría General Iberoamericana. *Declaración de Santiago: XVII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno*. Nov. 2007. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/redeblh/media/decsantiago.pdf>>. Acesso em 16 maio 2009.

_____. *Programa de Acción: XVII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno*. Nov. 2007. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/redeblh/media/progacciondecsantiago.pdf>>. Acesso em 16 maio 2009.

_____. *Programa iberoamericano: soporte técnico para la implantación de la Red Iberoamericana de Bancos de Leche Humana*. 2007. Disponível em: <<http://www.iberblh.iciet.fiocruz.br/images/programasgi.pdf>>. Acesso em 16 maio 2009.

SEITENFUS, Ricardo (Org.). *Legislação internacional*. Barueri: Manole, 2004.

SOUTH CENTRE. *Recalling UNCTAD I at UNCTAD XI*. 2004. Parte III. Disponível em: <http://www.southcentre.org/index.php?option=com_docman&Itemid=69>. Acesso em 2 dez. 2009.

UNIÃO AFRICANA. *African Charter on Human and People's Rights*. Disponível em: <<http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/Text/Banjul%20Charter.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2009.

_____. *African Charter on the Rights and Welfare of the Child*. Disponível em: <<http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/Text/Protocol%20on%20the%20Rights%20of%20Women.pdf>>. Acesso em 27 set. 2009.

_____. *Constitutive Act of the African Union*. Disponível em: <http://www.africa-union.org/root/au/AboutAU/Constitutive_Act_en.htm>. Acesso em: 3 out. 2009.

_____. *List of countries which have signed, ratified/acceded to the African Charter on Human and People's Rights*. 28/01/2009. Disponível em: <<http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/List/African%20Charter%20on%20Human%20and%20Peoples%20Rights.pdf>>. Acesso em 4 out. 2009.

_____. *List of countries which have signed, ratified/acceded to the African Charter on the Rights and Welfare of the Child*. 12/02/2009. Disponível em: <<http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/List/African%20Charter%20on%20the%20Rights%20and%20Welfare%20of%20the%20Child.pdf>>. Acesso em 4 out. 2009.

_____. *List of countries which have signed, ratified/acceded to the Constitutive Act of the African Union*. 28/01/2009. Disponível em: <<http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/List/Constitutive%20Act%20of%20the%20African%20Union.pdf>>. Acesso em 4 out. 2009.

_____. *List of countries which have signed, ratified/acceded to the Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Establishment of an African Court on Human and People's Rights*. 27/01/2009. Disponível em: <<http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/List/Protocol%20on%20the%20African%20Court%20on%20Human%20and%20Peoples%20Rights.pdf>>. Acesso em 4 out. 2009.

_____. *List of countries which have signed, ratified/acceded to the Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Rights of Women in Africa*. 12/02/2009. Disponível em: <<http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/List/Protocol%20on%20the%20Rights%20of%20Women.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2009.

_____. *Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Establishment of an African Court on Human and People's Rights*. Disponível em: <<http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/Text/africancourt-humanrights.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2009.

_____. *Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Rights of Women in Africa*. Disponível em: <<http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/Text/Protocol%20on%20the%20Rights%20of%20Women.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2009.