

Artigo original

O papel da cooperação internacional para a efetivação de direitos humanos: o Brasil, os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa e o direito à saúde

DOI: 10.3395/reciis.v4i1.346pt

Marco Aurélio Antas Torronteguy

Graduado em Direito pela Universidade Federal de Santa Maria, Doutorado da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, orientado pela Professora Sueli Gandolfi Dallari. Bolsista da Fapesp.
marcoarelio@usp.br

Resumo

O presente artigo pergunta pela possibilidade da cooperação internacional ser percebida como instrumento jurídico para a efetivação do direito humano à saúde. Primeiramente se verifica que os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) – Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe – reconhecem a saúde como direito, seja em suas constituições, seja por meio do direito internacional. Ocorre que, historicamente, esses países têm enormes dificuldades para a implementação desse direito e a cooperação internacional Norte-Sul enfrenta muitas contradições na tarefa de promover o desenvolvimento social e econômico. Estuda-se a cooperação horizontal que o Brasil estabelece com cada um desses países, a partir de atos bilaterais. A análise dos dados sugere elementos positivos e, igualmente, aspectos que podem ser melhorados na cooperação entre países em desenvolvimento. E o acervo dos acordos celebrados permite uma análise prospectiva da cooperação sanitária, tendo em vista seu aperfeiçoamento como mecanismo Sul-Sul para efetivar direitos.

Palavras-chave

cooperação internacional; direitos humanos; direito à saúde; cooperação em saúde; atos bilaterais

É comum que programas de cooperação tenham um enfoque de direitos humanos, muitas vezes no sentido de contribuir para que as sociedades receptoras da cooperação sejam “educadas” em direitos humanos, não raro a partir de uma perspectiva enviesada pela cultura do país doador. O discurso dos direitos humanos é, então, incorporado à *la carte* pelos agentes da cooperação internacional. Para cada programa de cooperação se identificam elementos de direitos humanos que justifiquem sua execução. Algo bem diferente seria pensar, desde o momento da positivação de cada direito, quais seriam as diretrizes de cooperação internacional com as quais os Estados deveriam se comprometer tendo em vista a efetivação desse direito. Isso poderia diminuir a seletividade e a fragmentação da cooperação internacional, favorecendo compromissos de longo prazo e qualificando a cooperação para o desenvolvimento.

O objetivo do presente artigo é perguntar pela função jurídica da cooperação internacional no direito contemporâneo, tendo em vista o desafio de efetivar direitos humanos. Neste sentido, o exemplo brasileiro de cooperação sanitária horizontal com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) contribui para pensar a cooperação como um instrumento para a efetivação do direito à saúde.

A primeira parte do texto situa o problema investigado: o direito incorpora um discurso humanista, por meio do reconhecimento dos direitos humanos, mas isso não significa sua imediata efetivação, sendo que a cooperação internacional, com suas contradições, se apresenta como uma possibilidade. Então, na segunda parte, é abordado o desafio de realizar as promessas do discurso humanista dos

direitos: a partir do estudo dos atos bilaterais celebrados entre o Brasil e os PALOP se verifica que a cooperação pode ser um instrumento jurídico inovador no que concerne à implementação do direito à saúde.

A incorporação de um discurso humanista

Nas últimas décadas os direitos humanos têm se afirmado como uma tentativa de consenso em torno de padrões mínimos de proteção jurídica. A sua contestada universalidade se fortalece apenas à medida que se flexibiliza diante do reconhecimento do valor do multiculturalismo. Note-se que a Declaração Universal de 1948 foi legitimada por quarenta e oito países de um mundo ainda colonial, ao passo que a Declaração de Viena de 1993 recebeu a aceitação de quase duas centenas de Estados (ALVES, 2003). Viena conseguiu afirmar a universalidade porque, dialeticamente, afirmou que o direito deve estar atento à diversidade cultural.

Paralelamente a essa evolução conceitual, tem havido a consolidação de foros decisórios internacionais preocupados com a efetivação desses direitos – veja-se a existência de sistemas regionais de proteção de direitos humanos nos continentes africano, americano e europeu (PIOVESAN, 2006), bem como a transformação da Comissão em Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, assim como a criação do Tribunal Penal Internacional etc. Em que pese as limitações dos organismos judiciais e quase-judiciais de âmbito internacional – como a ausência de meios coercitivos ou mesmo a ausência daqueles Estados que não firmam tratados na matéria – é reconhecido o seu paulatino fortalecimento.

Ocorre que muitas vezes o desafio para a efetivação de direitos não está na existência de um contencioso internacional, mas, bem ao contrário, está na falta de coordenação entre políticas nacionais. Não raro, os obstáculos para a efetivação de direitos são de ordem transnacional, o que exige esforço concertado de diversos países. Por vezes, trata-se de um direito que o Estado, por seus próprios meios, não consegue prover ao povo por meio de políticas públicas eficazes. Em outras ocasiões, a decisão de uma corte internacional não é capaz de efetivar o direito violado. O direito à saúde e as políticas de saúde pública exemplificam essas situações.

Os direitos humanos em um mundo contraditório

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.

O Pidesc está em vigor¹ para Brasil, Angola, Cabo Verde e Guiné-Bissau. São Tomé e Príncipe assinou o Pacto em 1995, 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.

Além disso, o Protocolo Opcional ao Pidesc foi assinado apenas por Guiné-Bissau, em 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 positivados. Trata-se de um instrumento legal recente, de modo que é possível que, nos próximos anos, seja ratificado por crescente número de países.

Além do direito internacional, o direito constitucional também reconhece o direito à saúde. Cada vez mais, os países não podem ficar de fora da comunidade internacional, de modo que a participação no concerto das nações tende a ser um elemento do próprio Estado de Direito (CANOTILHO, 2001, p. 232). Neste sentido, o princípio da abertura constitucional – ou princípio internacionalista – adquire uma posição estruturante no direito interno. 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” (CANOTILHO, 2001, p. 363), que se traduz no princípio da dignidade humana (COMPARATO, 2006).

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 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* positivista. Como percebido por uma jurista francesa, 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 coordenação (DELMAS-MARTY, 2004). Nesta contemporânea percepção do direito, há pluralismo, há complexidade, mas há ordem, também. Assim como a teoria das relações internacionais vê ordem na anárquica sociedade internacional (BULL, 2002), 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. 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. Por outro, implica reconhecer a 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 nos direitos humanos.

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 Iluminismo –, passou a depender do Estado – no modelo do *Welfare State* – para, hoje, depender da comunidade internacional e, no limite, de toda a humanidade.

Esse é o contexto para a interpretação da incorporação do direito à saúde nas constituições dos PALOP – que, aliás, também se aplicaria a uma análise da constituição brasileira. 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.

A constituição da República de Angola reconhece os direitos humanos e, especialmente quanto à saúde, no seu art. 47.1 afirma o dever estatal de garantir ao cidadão a assistência médica. 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 determina o art. 21 da constituição angolana. Portanto, a constituição de Angola é aberta ao direito internacional e aos direitos humanos, determinando que sejam estabelecidas relações externas de amizade e cooperação.

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, conforme o seu art. 1º. De acordo com o art. 7º, é tarefa do Estado garantir que sejam respeitados os direitos do homem, bem como a qualidade de vida com bem-estar. 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 internacional, especialmente com os países de língua oficial portuguesa e os países nos quais sejam recebidos emigrantes cabo-verdianos, segundo o que dispõe seu art. 11. O direito à saúde é reconhecido de forma abrangente, no art. 70, que garante a todos o direito à saúde e o dever de promovê-la. A saúde também é protegida no que concerne à prevenção de deficiências, no art. 75, inc.II, a, e à proteção do consumidor, no art. 80, I. Além disso, consoante o art. 62, I, a, é direito do trabalhador exercer seu mister em condições de dignidade e saúde. Ademais, o direito à saúde, tal como reconhecido no Pidesc, tem hierarquia supralegal no ordenamento cabo-verdiano, por força do art. 12, dispositivo constitucional que cuida da recepção dos tratados e atos jurídicos internacionais.

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, no art. 15. Esse dispositivo soma-se com o reconhecimento do direito à saúde no Pidesc, pois o art. 29 reconhece como direitos fundamentais não apenas os expressos na constituição, mas também aqueles que constarem do direito internacional.

O direito à saúde também é reconhecido em Moçambique, muito embora não seja signatário do Pidesc. Isto porque o art. 89 da constituição moçambicana determina o direito de todos os cidadãos à assistência médica. Ademais, o art.

116 especifica o dever do Estado de organizar o sistema de saúde, com participação dos cidadãos, para garantir esse direito. Além disso, no art. 45, alínea e, fica claro que a promoção da saúde pública também implica deveres para o cidadão e, no art. 92, inc. I, a constituição protege a saúde do consumidor. De modo geral, o Estado moçambicano tem o objetivo fundamental de defender e promover os direitos humanos, assim como de desenvolver relações exteriores amistosas e de cooperação internacional, conforme disposto no art. 11. Enfim, as relações exteriores do país africanos são fundadas na cooperação e na solidariedade internacionais, especialmente com as nações vizinhas e com os países de língua portuguesa, conforme se extrai do inc. I do art. 17, do inc. III do art. 19 e do artigo 21. Portanto, o fato de não participar do Pidesc não significa que a constituição moçambicana não seja aberta aos direitos humanos. Bem ao contrário, pois o art. 43 da constituição determina a interpretação dos direitos fundamentais em consonância com a Declaração Universal dos Direitos do Homem e com a Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos.

Por fim, a república de São Tomé e Príncipe, já no primeiro artigo constitucional, se *constitui* como um Estado Democrático de Direito vinculado aos direitos humanos, os quais são objetivo primordial do Estado, conforme o art. 10, alínea b. Além disso, a constituição no art. 12 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. Assim como as constituições anteriormente referidas, a santomense também denota abertura ao direito internacional, pois de acordo com o art. 18.1 os direitos ali consagrados não excluem os prescritos pelo direito internacional, sendo que os tratados internacionais possuem *status* hierárquico supralegal, conforme o art. 13.3. 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, notadamente no artigo 44, que fala da assistência em caso de doença, e no artigo 50. Este último reconhece o direito à saúde em seu sentido positivo, e não como ausência de doença.

O estudo do Pidesc e dos textos constitucionais dos PALOP permite 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 referido Pacto, seja pelo que determinam as suas constituições, reconhecem a

importância da cooperação internacional e da aproximação com as nações vizinhas e com o mundo de fala portuguesa.

Ocorre que os textos legais coexistem com uma realidade de exclusão e de pouca efetividade de direitos formalmente reconhecidos. A triste realidade dos países em desenvolvimento é não conseguirem, por si mesmos, cumprir com os desígnios constitucionais dos direitos sociais. Assim, se verifica que a crescente incorporação do direito à saúde aos direitos nacionais se dá em um mundo contraditório – que pretende universalizar direitos, mas é incapaz de realizá-los localmente. É neste contexto que a cooperação internacional se oferece como uma alternativa, em que pesem as suas contradições.

Contradições da cooperação internacional

Séculos de opressão e violência colonial legaram ao rico continente africano miséria endêmica e profundas iniquidades sociais. O século XX assistiu a independência das colônias africanas, mas também viu aumentarem enormemente as grandes injustiças sociais. Em 1939, apenas um Estado africano era internacionalmente reconhecido, ao passo que a descolonização aumentou esse número para cerca de cinquenta países independentes (HOBBSBAWN, 1995, p. 337). Isso poderia sugerir a possibilidade do desenvolvimento para essa considerável porção do planeta. Ocorre que os antigos laços coloniais deram espaço a relações de cooperação com as antigas metrópoles, mantendo o *status quo* de dependência externa (VERNIÈRES, 1998, p. 11). Assim, os processos de descolonização engendraram um tipo de cooperação internacional norte-sul cujo discurso é a promoção do desenvolvimento sócio-econômico, mas cuja realidade é contraditória em razão dos interesses das grandes potências econômicas.

De modo geral, a partir de interesses comuns, os Estados procuram ajustar suas expectativas, realizando um acordo sobre as atividades de cooperação a serem realizadas, o que exige a aplicação de regras e a definição de uma agenda para, enfim, realizarem-se as ações de cooperação concretamente. Assim se pode descrever a cooperação em geral, mas para compreendê-la de maneira crítica é preciso confrontá-la com o fato de que há países muito ricos e outros que dependem da ajuda externa para suprir suas necessidades mais elementares.

No âmbito da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) se realiza a Ajuda Oficial ao Desenvolvimento (AOD), que é um mecanismo norte-sul de auxílio dos países ricos para os países em desenvolvimento. Malgrado suas nobres intenções, a AOD

é criticada por fazer muito menos do que poderia e porque representa em dinheiro montantes menos expressivos do que aqueles de outras atividades estatais dos países desenvolvidos que contribuem para a conservação das diferenças entre o Norte e o Sul (SANAHUJA, 2007, p. 80).

Ademais, o sistema internacional de cooperação internacional para o desenvolvimento possui as seguintes características: 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 (AYLLÓN, 2007, p. 38). Nesse sistema norte-sul destaca-se a cooperação técnica para o desenvolvimento de capacidades (LOPES, 2005, p. 45).

Ocorre que o esforço internacional para o 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 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 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 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 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (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.

Além disso, a cooperação norte-sul 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 local, impondo o seu diagnóstico dos problemas e as suas soluções; isso gera um déficit democrático, além de distorcer as prioridades que o Estado receptor 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 receptor 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 receptor deverá cumprir com exigências e formalidades distintas (LOPES, 2005, p. 84-5).

Outro traço característico da cooperação é sua *seletividade*, que significa condicionar o fornecimento de cooperação à existência de *boas práticas políticas* nos Estados receptores da cooperação. O discurso da seletividade diz, 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.

Essas são algumas das contradições entre o discurso e a realidade da cooperação internacional. Elas permitem um enfrentamento crítico das relações norte-sul e prospectivo das relações Sul-Sul.

Então, o direito escrito, mas ainda inefetivo, deve ser lido não como um *dever-ser* abstrato que satisfaz a racionalidade formal, mas como um direito ausente, inaceitavelmente alheio à própria realidade a que se dirige. Portanto, devem ser pensadas maneiras de realizar o discurso dos direitos humanos. A cooperação internacional, muito embora seja sede de importantes contradições, pode ser percebida como um instrumento, ainda em construção, para a efetivação

de direitos e diminuição de desigualdades globais. Trata-se, porém, de outro modelo de cooperação, construído entre países em desenvolvimento.

A difícil tarefa de realizar o discurso

A partir de pesquisa documental da cooperação bilateral do Brasil com cada PALOP (Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe), procura-se verificar em que medida a cooperação sul-sul teria condições de realizar, nas economias periféricas, o direito à saúde.

O universo investigado engloba 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,² inclusive aqueles que ainda não estão em vigor, o que compõe um universo 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 Ministério (BRASIL, 2009). Importante referir que a DAI/MRE disponibiliza consulta temática aos atos bilaterais e multilaterais celebrados pelo Brasil. No entanto, verificou-se que muitos dos atos bilaterais que, em seu texto, tratavam de questões de saúde, no entanto não estavam inseridos na sessão temática sobre saúde do sítio eletrônico da DAI/MRE. Em razão disso, optou-se por consultar a listagem completa dos atos bilaterais, vigentes e não vigentes, país por país. Assim, os dados são trabalhados a partir da leitura dos inteiros textos dos atos bilaterais entre o Brasil e os PALOP. 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 sobre a cooperação sanitária brasileira com os PALOP.

A análise dos atos bilaterais sugere, por um lado, alguma fragilidade nos instrumentos jurídicos da cooperação bilateral. Por outro, contudo, indica a possibilidade de transformar a cooperação sanitária em um instrumento jurídico inovador.

A fragilidade dos instrumentos jurídicos

A seguir são apresentados resultados da análise dos atos bilaterais celebrados entre o Brasil e os PALOP: Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe. Da totalidade de atos assinados com cada país, foram verificados

quantos se referem à saúde diretamente e quantos o fazem indiretamente – referindo-se a fatores condicionantes da saúde, como educação, meio ambiente e saneamento, ou a temas que repercutem em saúde pública, como administração pública.

Brasil e Angola já firmaram trinta e sete atos bilaterais, dois quais trinta e cinco estão em vigor. Após a análise desses textos, concluiu-se que dezoito deles podem implicar cooperação sanitária e, destes, seis expressamente dizem respeito à cooperação em saúde. Os temas da cooperação sanitária com Angola são a educação para saúde, o estudo de doenças tropicais, o controle e a prevenção de enfermidades como a malária, a prevenção sanitária e fito-sanitária etc. Destaca-se, com importante atuação da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o desenvolvimento de capacidades para o sistema de saúde, que se insere no amplo contexto de criação de um mestrado em saúde pública, com o fortalecimento de bibliotecas em saúde e com a estruturação da Escola Nacional de Saúde Pública de Angola.

Nos ajustes, verifica-se o cuidado diplomático com a nominal 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. 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. 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. Esse componente 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. Poucos atos bilaterais exigem a apresentação de *relatórios sobre resultados*, quase sempre sem indicar

a periodicidade dos mesmos – o que seria importante em termos de monitoramento das atividades. É positiva essa tendência, verificada nos últimos anos, de prever relatórios sobre os *resultados* dos projetos de cooperação. Porém, pelo menos em três aspectos os atos bilaterais 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 prevista ampla publicidade a esses documentos.

Muitos desses elementos da cooperação Brasil-Angola também aparecem nas relações com os demais PALOP.

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. A cooperação sanitária com Cabo Verde projeta vários temas: combate ao HIV/aids, controle de vetores da malária, vigilância epidemiológica, farmacovigilância e fortalecimento da atenção primária à saúde. O balanço da análise dos acordos com este país é semelhante ao 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. 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 não governamentais, de agências internacionais de cooperação e de fundos internacionais para a concessão de recursos para as atividades de cooperação, especialmente nos anos mais recentes. Finalmente, no tocante ao monitoramento/avaliação dos programas de cooperação, novamente fica claro que se trata de aspecto ainda incipiente da cooperação brasileira. Em que pese isso ser uma tendência positiva, pode-se repetir os aspectos a serem aperfeiçoados: maior clareza quanto ao monitoramento das atividades, critérios de avaliação/monitoramento mais bem definidos e ampla publicidade para 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 um via de mão única, do Brasil para os países africanos.

Quanto a Guiné-Bissau, atualmente 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 a este artigo, a análise desse universo de atos bilaterais indica que nove podem repercutir em saúde, muito embora apenas um deles seja direcionado à cooperação sanitária, versando especificamente sobre combate à malária. Ele envolve fortalecimento da vigilância epidemiológica, combate ao vetor e capacitação técnica. Aqui também se verificam as tendências da triangulação e da avaliação, nos termos já descritos.

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. Esses vinte e nove atos compõem o conjunto da cooperação sanitária em sentido amplo, que contém o subconjunto de treze instrumentos jurídicos que expressamente mencionam objetivos de saúde pública.

Dos treze atos de cooperação sanitária em sentido estrito, onze estão vigentes. Na temática da cooperação sanitária com Moçambique, o que se destaca é o combate ao HIV/aids. Inicialmente focados no apoio à capacidade gerencial do programa nacional de combate a aids deste país, os atos bilaterais ganharam profundidade à medida que estabeleceram cooperação para a produção de medicamentos, principalmente antirretrovirais. Há o objetivo de fomentar a criação de uma indústria de fármacos genéricos, complementada pela cooperação em vigilância sanitária. No aspecto institucional, se projeta fortalecer o Instituto Nacional de Saúde de Moçambique. Enfim, outros temas também compõem a cooperação em saúde com este país, como alimentação e nutrição, a medicina desportiva, o combate à drogação etc.

Aqui, novamente, a tônica da cooperação é o desenvolvimento de capacidades moçambicanas por meio da transferência de conhecimento e tecnologia brasileiros, o que sugere haver mais *ajuda* do que propriamente *cooperação*. Este modelo possui outros elementos característicos dos atos bilaterais assinados durante a presente década, como o reconhecimento do papel a ser desempenhado pelas organizações não governamentais, como parceiras dos países para o desenvolvimento de atividades de cooperação. Outro componente da cooperação bilateral que tem adquirido importância nos últimos anos é a avaliação dos programas e, como já foi referido, não se definem os critérios avaliativos, tampouco se define obrigatória 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. No entanto, também há diferenças.

No caso da cooperação com Moçambique não foram encontrados atos bilaterais direcionados ao combate à malária, tal como se percebeu na cooperação com Angola, com Cabo Verde, com Guiné-Bissau e com São Tomé e Príncipe. No entanto, com nenhum destes países há cooperação tão desenvolvida em matéria de combate ao HIV/aids. Neste sentido, o desenvolvimento de uma indústria farmacêutica pública para produção de medicamentos genéricos é um programa ousado que implica transferência de tecnologia. O objetivo é que a política moçambicana de produção de fármacos, especialmente antirretrovirais, alcance sustentabilidade. Neste contexto está a instalação da sede da Fiocruz no continente africano, em Maputo. Trata-se de importante reforço institucional da cooperação sanitária brasileira que coloca o país africano em posição destacada para o futuro da cooperação sul-sul de seu continente com o Brasil.

Finalmente, as relações bilaterais com São Tomé e Príncipe totalizam vinte e sete atos bilaterais, dos quais dezessete podem repercutir em saúde pública. Destes, cinco diretamente se referem à cooperação sanitária. Dois são os principais temas desta cooperação sanitária bilateral: o combate ao HIV/aids e o controle da malária. Novamente se verifica a tendência de pactuar a possibilidade de parcerias com organizações não governamentais e organismos internacionais. 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. No entanto, é negativo que, nos últimos anos, 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 com os PALOP, 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 ampla 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 transformação da cooperação em um instrumento jurídico inovador

O acervo dos atos jurídicos assinados entre o Brasil e os PALOP permite trabalhar elementos que, aperfeiçoados, podem compor um modelo de cooperação sul-sul a ser exemplo entre os países em desenvolvimento.

Desenvolver capacidades envolve três níveis, que exigem diferentes abordagens da cooperação internacional. Em nível *individual*, trata-se de capacitar pessoas para desenvolver habilidades, considerando a continuidade do processo de aprendizagem. Além disso, 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 desenvolvimento (LOPES, 2005, p. 48 e 87). É, pois, necessário integrar os três níveis.

Neste sentido, quando a cooperação brasileira fortalece instituições de saúde pública nos PALOP consegue superar o nível individual da cooperação técnica. Esse fortalecimento institucional, mormente a criação de cursos com sede nos países africanos, confere maior *sustentabilidade* à cooperação. Este termo traduz a necessária transitoriedade da cooperação, cujo objetivo é permitir que, um dia, o país receptor da ajuda possa fazer sozinho, possa *sustentar* as próprias iniciativas.

Realmente, um traço comum na cooperação sanitária Brasil-PALOP é a 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, por exemplo, os atos bilaterais 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. Ou seja, 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 nível 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.

Com efeito, saúde é um direito cujo conteúdo deve ser definido por cada comunidade e, por isso, jamais é um conceito acabado (DALLARI, 2008, p. 99). Não é por outra razão que o próprio sistema de saúde brasileiro procura a realização da democracia sanitária. Então, deve-se pensar como democratizar a cooperação em saúde. Neste sentido, um aspecto a ser aperfeiçoado diz respeito à avaliação/monitoramento dos projetos e programas de cooperação. O modelo diplomático de consenso para publicidade dos documentos – inclusive dos relatórios de avaliação – é algo que precisa ser abandonado para que os cidadãos possam se apropriar dos processos de cooperação. Afinal, esses processos, na prática, às vezes significam a exportação/importação de políticas públicas. Essa reflexão é importante especialmente quando se percebe que, historicamente, a saúde pública se constituiu no exercício de um poder (FOUCAULT, 1979, p. 79-98).

O estudo indica que há, de fato, *ajuda* brasileira. Esse, contudo, não é necessariamente um dado negativo, pois o uso do termo *cooperação* (e não *ajuda*, como no âmbito da OCDE) implica assumir uma gramática de horizontalidade, de pertencimento a uma mesma realidade – a realidade de ser um país em desenvolvimento. Porém, é importante ter consciência de que essa horizontalidade ainda é muito mais formal do que material.

É certo que há horizontalidade, pois não há a pactuação de condicionalidades, tampouco o endividamento dos países africanos, diferentemente do que muitas vezes ocorre na cooperação Norte-Sul. Entretanto, o conteúdo das atividades projetadas pelos atos bilaterais 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. Portanto, conclui-se que a atual cooperação

Brasil-PALOP é formalmente horizontal e materialmente vertical.

Essa conclusão não é negativa, pois significa situação mais equilibrada do que aquela da cooperação Norte-Sul. Afinal, a verticalidade que existe no *conteúdo* da cooperação pode ser inerente ao propósito de promover igual desenvolvimento humano entre os povos, reconhecendo as desigualdades que devem ser vencidas. Deste modo, o conteúdo vertical da cooperação não será um problema se, de fato, ela engendrar *sustentabilidade*. E há elementos para uma visão otimista do que está por vir, por exemplo, no esforço da Fiocruz para atingir objetivos de longo prazo desenvolvendo capacidades com o fortalecimento de instituições locais. Ademais, a cooperação empreendida pelo Brasil se coaduna com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Enfim, os direitos sociais, como o direito à saúde, já não são vistos como simples normas programáticas. A literatura contemporânea reconhece a exigibilidade desses direitos e supera a falsa dicotomia entre direitos individuais e direitos sociais (ABRAMOVICH & COURTIS, 2002; PIOVESAN, 2006, p. 169-74). Neste contexto, a contribuição que o presente trabalho pretende dar é indicar que a cooperação sanitária pode ser uma poderosa ferramenta para a efetivação do direito à saúde, mormente em países periféricos.

Ainda que encontre respaldo legal em diversos instrumentos internacionais, inclusive no tratado constitutivo das Nações Unidas, a função jurídica da cooperação como garantia de direitos é um tema pouco explorado. Uma coisa é dizer, em cada programa de cooperação, que há um enfoque de direitos humanos. Outra é afirmar que o reconhecimento de um direito exige a elaboração de uma pauta de cooperação internacional. Este último enfoque implica um salto qualitativo na relação entre cooperação internacional e direitos humanos. Este artigo procurou analisar justamente essa mudança de perspectiva.

Notas

1. Informação oficial sobre o status de vigência do Pidesc e de outros tratados do sistema universal de proteção dos direitos humanos das Nações Unidas está disponível em: <<http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/Statusfrset?OpenFrameSet>>, último acesso em 31 out. 2009.

2. Os atos bilaterais analisados são de cinco tipos: acordos de cooperação, ajustes complementares, programas de trabalho ou programas executivos, protocolos de intenções e memorandos de entendimento.

Referências documentais

ANGOLA. **Lei constitucional**. Disponível em: <<http://www.governo.gov.ao/abrirDownload.aspx?tipo=1&bdCampo1=ARQLGS&cod=278>>. Acesso em: 1 out. 2009.

CABO VERDE. **Constituição da República**: Lei Constitucional n° 1/V/99, de 23 de novembro. Disponível em: <<http://www.parlamento.cv/images%5C../constituicao/const00.htm>>. Acesso em 1 out. 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.

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.

ONU. **Pacto sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/m_591_1992.htm>. Acesso em: 18 ago. 2008.

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.

Referências bibliográficas

ABRAMOVICH, V.; COURTIS, C. **Los derechos sociales como derechos exigibles**. Madrid: Trotta, 2002.

ALVES, J. A. L. **Os direitos humanos como tema global**. São Paulo: Perspectiva, 2003.

AYLLÓN, B. La cooperación internacional para el desarrollo: fundamentos y justificaciones en la perspectiva de la teoría de las relaciones internacionales. **Carta internacional**, v.2, n.2, out. 2007, p. 32-47.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Divisão de Atos Internacionais. **Acordos bilaterais em vigor por país**. 2009. Disponível em: <<http://www2.mre.gov.br/dai/bilaterais.htm>>. Acesso em: 15 out. 2009.

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

CANOTILHO, J. J. G. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 4. ed. Coimbra: Almedina, 2001.

COMPARATO, F. K. **Ética**: direito, moral e religião no mundo moderno. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

DALLARI, S. G. O conteúdo do direito à saúde. In: SOUSA JÚNIOR, J. G. de et al. (orgs.). **O direito achado na rua**: introdução crítica ao direito à saúde. Brasília: CEAD, UNB, 2008, p. 91-101.

DELMAS-MARTY, M. **Por um direito comum**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

HOBBSBAWN, E. **Era dos extremos**: breve século XX: 1914-1991. São Paulo: Cia. das Letras, 1995.

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

LOPES, C.; THEISOHN, T. **Desenvolvimento para céticos**: como melhorar o desenvolvimento de capacidades. São Paulo: Unesp, 2006.

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

SANAHUJA, J. A. ¿Más y mejor ayuda?: la Declaración de París y las tendencias en la cooperación al desarrollo. In: MESA, M. (org.). **Paz y conflictos en el siglo XXI**: tendencias globales. Anuario 2007-2008. Madrid, Barcelona: CEIPAZ, Icaria, 2007, p. 71-101.

SANAHUJA, J. A. Multilateralismo y desarrollo en la cooperación española. In: **La realidad de la Ayuda 2005-2006**. Barcelona: Intermón, Oxfam: 2006, p. 113-158.

VERNIÈRES, M. **Norte y sur**: renovar la cooperación. Bilbao: Mensajero, 1998.