

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**A cooperação internacional para o fortalecimento do
direito à saúde: as estratégias da União das Nações
Sul-americanas (Unasul)**

Roberta de Freitas Campos

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação de Programa de Saúde Global e
Sustentabilidade para obtenção do título de
Doutor em Ciências**

**Área de Concentração: Políticas, sistemas e
instituições internacionais de saúde global e
ambiente sustentável**

**Orientador: Profa. Dra. Sueli Gandolfi Dallari
Coorientador: Prof. Dr. Eric Mondielli**

São Paulo

2018

**A cooperação internacional para o fortalecimento do
direito à saúde: as estratégias da União das Nações
Sul-americanas (Unasul)**

Roberta de Freitas Campos

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação de Programa de Saúde Global e
Sustentabilidade para obtenção do título de
Doutor em Ciências**

**Área de Concentração: Políticas, sistemas e
instituições internacionais de saúde global e
ambiente sustentável**

Orientador: Profa. Dra. Sueli Gandolfi Dallari

Coorientador: Prof. Dr. Eric Mondielli

VERSÃO REVISADA

São Paulo

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Campos, Roberta de Freitas

A cooperação internacional para o fortalecimento do direito à saúde : as estratégias da União das Nações Sul americanas (Unasul) / Roberta de Freitas Campos; orientadora Sueli Gandolfi Dallari; coorientador Eric Mondielli. -- São Paulo, 2018.

254 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2018.

1. Cooperação internacional. 2. Saúde global. 3. União das Nações Sulamericanas (Unasul). 4. Direitos humanos. 5. Política externa. I. Dallari, Sueli Gandolfi, orient. II. Mondielli, Eric, coorient. III. Título.

AGRADECIMENTOS

Ofereço este trabalho em memória de minha mãe, Isabel, a quem devo o meu caráter, perseverança e disciplina e ao Miguel, por seu sorriso que me renova e motiva a batalhar por um mundo melhor.

Agradeço a meus irmãos, Raphael e Renata, demais familiares e amigos que sempre me incentivam e torcem pela minha vitória.

Estendo ao meu amigo, professor e orientador não oficial José Paranaguá o agradecimento pela total confiança em minha capacidade como pesquisadora, além da paciência e tranquilidade.

Aos amigos Felix Rígoli, Anakeila Stauffer, Gerson Penna, Eleusis Peres, Agenor Álvares, Manoel Amorim, Larissa Cedro e demais colegas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), pelo estímulo na realização do doutorado e no desenvolvimento desta tese que contribuíram de forma incomensurável ao longo dos anos de pesquisa. Em especial a estimada amiga-irmã Cecília Lopes pelo afeto, companheirismo e muita paciência.

Aos demais amigos que compartilharam desabafos Larissa Gonzaga, Danila Barca, Diogo Santana, Bárbara Coelho, João René, Zulu Dórea, Rafael Patrezi, Leonardo Coutinho.

Ao pai de meu filho, Fernando, paciente e generoso, que me deu *courage* em momentos de desânimo e falta de estímulo.

A Profa. Dra. Sueli Dallari, pela oportunidade de experimentar a pesquisa e seus desafios no Brasil e na França.

Aos amigos e aos colegas do Programa de Pós-graduação que me ajudaram no desenvolvimento desta tese. Aos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Global e Sustentabilidade, aos técnicos e profissionais da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e do Centro de Estudos em Direito Sanitário (CEPEDISA), em especial a Vania Santos e Silmara Duarte.

Ao mesmo tempo, estendo este agradecimento àqueles que sempre confiaram em minha capacidade e que apesar de circunstâncias que nos tenha afastado, foram extremamente importantes para esse logro.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (C
pela bolsa de estudos de Doutorado.

CAMPOS, R. F. **A cooperação internacional para o fortalecimento do direito à saúde: as estratégias da União das Nações Sul-americanas (Unasul)**. 2018. Tese Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2018.

RESUMO

A presente tese versa sobre a cooperação internacional em saúde como um mecanismo de fortalecimento do direito humano à saúde, de forma específica no bloco regional da União das Nações Sul-Americanas (Unasul). Desde 1945, quando a Organização das Nações Unidas (ONU) é criada, a cooperação internacional se fundamenta como propósito e postulado jurídico para o alcance dos direitos humanos. Ainda assim, à luz da Teoria das Relações Internacionais, os Estados podem se relacionar de maneira conflituosa ou de maneira cooperativa. As formas mais extremas dessas duas possibilidades são a guerra e a integração. Artigo 1º - Os propósitos das Nações Unidas são: (...)3. 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 as liberdades fundamentais para todos, sem distinção de raça, sexo, língua ou religião (...). No caso desta pesquisa, a hipótese aplica-se na assertiva de que a cooperação internacional em saúde entre os países membros da Unasul - bloco regional de integração política - contribui para o fortalecimento do direito à saúde. No contexto dessa tese, compreendemos que o fortalecimento se dá com a adoção de mecanismos e processos de garantia do direito à saúde, tais como a criação de órgãos e instituições especializados no tema, a adoção de resoluções, de recomendações e demais instrumentos jurídicos que reconheçam a saúde como um direito, e que orientem e apoiem os países na formulação de políticas públicas em saúde. O fortalecimento do direito à saúde via cooperação, no contexto do bloco regional, ocorrerá na medida em que (i) se desenvolvam as relações entre esses países através do intercâmbio de experiências e da propositura de metas e estratégias comuns para o enfrentamento de problemas de saúde; (ii) proporcione uma compreensão e reconhecimento conjunto quanto à saúde como direito humano; e (iii) se estabeleçam órgãos e instituições especializados no tema.

Palavras-chave: Cooperação Internacional; Saúde Global; União das Nações Sulamericanas (Unasul); Direitos Humanos; Política Externa.

CAMPOS, R. F. [**International cooperation for the strengthening of the right to health: the strategies of the Union of South American Nations (Unasur)**]. 2018. Thesis - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2018.

ABSTRACT

This thesis deals with international health cooperation as a mechanism for strengthening the human right to health, specifically in the regional bloc of the Union of South American Nations (Unasur). Since 1945, when the United Nations (UN) was created, international cooperation is founded as purpose and legal postulate for the achievement of human rights. Still, in the light of International Relations Theory (DE LOMBAERDE; VAN LANGENHOVE, 2013), States may relate in a confrontational or cooperative way. The most extreme forms of these two possibilities are war and integration. Article 1 - The purpose of the United Nations are: (...) 3. To achieve international cooperation to solve international problems of economic, social, cultural or humanitarian law character, and to promote and encourage respect for human rights and fundamental freedoms for all, without distinction of race, sex, language or religion (...). In the case of this research, the hypothesis applies in the statement that international cooperation in health among the Member countries of Unasur - regional bloc of political integration - contributes to the strengthening of the right to health. In the context of this thesis, one understands that strengthening is with the adoption of mechanisms and processes to guarantee the right to health, such as the creation of specialized bodies and institutions on the subject, the adoption of resolutions, recommendations and other instruments recognize legal health as a right, and to guide and support the countries in the formulation of public health policies. The strengthening of the right to health via cooperation, in the context of the regional bloc, shall occur to the extent that (i) relations among these countries are developed through the exchange of experiences and the bringing of common goals and strategies for dealing with health problems; (ii) an understanding and recognition set as to health as a human right is provided; and (iii) specialized bodies and institutions on the subject are established.

Keywords: International Cooperation; Global Health; Union of South American Nations (Unasur); Human Rights; Foreign Policy.

CAMPOS, R. F. [**La coopération internationale pour le renforcement du droit à la santé**: les stratégies de l'Union des Nations de l'Amérique du Sud (Unasur)]. 2018. Thèse - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2018.

RÉSUMÉ

La présente thèse sur la coopération internationale en matière de santé en tant que mécanisme de renforcement du droit de l'homme à la santé, d'une manière spécifique dans le bloc régional de l'Union des Nations de l'Amérique du Sud (Unasur). Depuis 1945, date de création de l'Organisation des Nations Unies (ONU), la coopération internationale repose sur l'objectif et le postulat juridique de la portée des droits de l'homme. Pourtant, à la lumière de la théorie des relations internationales, les États peuvent se rapporter d'une manière conflictuelle ou coopérative. Les formes les plus extrêmes de ces deux possibilités sont la guerre et l'intégration. Article 1 – Les objectifs de l'Organisation des Nations Unies sont les: (...) 3. parvenir à une coopération internationale pour résoudre les problèmes internationaux de nature économique, sociale, culturelle ou humanitaire, et promouvoir et stimuler le respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales pour tous, sans distinction de race, sexe, langue ou religion (...). Dans le cas de cette recherche, l'hypothèse s'applique dans la déclaration selon laquelle la coopération internationale en matière de santé entre les pays membres du bloc Unasur - bloc régional d'intégration politique - contribue au renforcement du droit à la santé. Dans le cadre de cette thèse, nous comprenons que le renforcement est donné avec l'adoption de mécanismes et de processus de garantie du droit à la santé, tels que la création d'organes et d'institutions spécialisés dans le thème, l'adoption de résolutions, recommandations et autres instruments reconnaître la santé comme un droit, et guider et soutenir les pays dans la formulation des politiques de santé publique. Le renforcement du droit à la santé par la coopération, dans le contexte du bloc régional, aura lieu dans la mesure où (i) développer les relations entre ces pays par l'échange d'expériences et le dépôt d'objectifs communs et de stratégies pour la confrontation de problèmes de santé; (ii) fournir une compréhension et une reconnaissance communes de la santé en tant que droit de l'homme; et (iii) institue des organismes et institutions spécialisés dans ce domaine.

Mots clés: Coopération Internationale; Santé Mondial; l'Union des Nations de l'Amérique du Sud (Unasur); Droit Humain; Politique Étrangère.

APRESENTAÇÃO

A presente tese versa sobre a cooperação internacional em saúde como um mecanismo de fortalecimento do direito humano à saúde, de forma específica no bloco regional da União das Nações Sul-Americanas (Unasul).

Desde 1945, quando a Organização das Nações Unidas (ONU) é criada, a cooperação internacional se fundamenta como propósito e postulado jurídico para o alcance dos direitos humanos (ONU, 1945)¹. Ainda assim, à luz da Teoria das Relações Internacionais (DE LOMBAERDE; VAN LANGENHOVE, 2013), os Estados podem se relacionar de maneira conflituosa ou de maneira cooperativa. As formas mais extremas dessas duas possibilidades são a guerra e a integração.

No caso desta pesquisa, a hipótese aplica-se na assertiva de que a cooperação internacional em saúde contribui para o fortalecimento do direito à saúde entre os países membros da Unasul (bloco regional de integração política). No contexto dessa tese, compreendemos que esse fortalecimento se dá com a adoção de mecanismos e processos de garantia do direito à saúde, tais como a criação de órgãos e instituições especializados no tema, a adoção de resoluções, de recomendações e demais instrumentos jurídicos que reconheçam a saúde como um direito, e que orientem e apoiem os países na formulação de políticas públicas em saúde.

O fortalecimento do direito à saúde via cooperação, no contexto do bloco regional, ocorrerá na medida em que (i) se desenvolvam as relações entre esses países através do intercâmbio de experiências e da propositura de metas e estratégias comuns para o enfrentamento de problemas de saúde; (ii) proporcione uma compreensão e reconhecimento conjunto quanto à saúde como direito humano; e (iii) se estabeleçam órgãos e instituições especializados no tema.

¹ Artigo 1º - Os propósitos das Nações Unidas são: (...)3. 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 as liberdades fundamentais para todos, sem distinção de raça, sexo, língua ou religião (...).

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL	10
1.1.1 Conceitos e Marcos Históricos	11
1.1.2 Dimensões Jurídicas e Políticas da Cooperação Internacional.....	20
1.1.3. A Solidariedade como Pressuposto da Cooperação Internacional	38
1.2. COOPERAÇÃO INTERNACIONAL E O DIREITO À SAÚDE	42
1.2.1. O Direito à Saúde	42
1.2.2. A Cooperação Internacional em Saúde	46
1.2.3. Os Blocos Regionais e a Cooperação Internacional em Saúde	54
1.3 A UNIÃO DAS NAÇÕES SUL-AMERICANAS.....	79
1.3.1 Antecedentes da Integração Sul-americana em Saúde	79
1.3.2 A Arquitetura e os Princípios da Unasul	90
1.3.3. A Estratégia de Cooperação em Saúde na Unasul.....	105
2. OBJETIVOS	127
2.1. OBJETIVO GERAL	127
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	127
3. METODOLOGIA	129
3.1 CONCEPÇÃO DA PESQUISA.....	129
3.2 REFERENCIAL TEÓRICO	131
4. RESULTADOS e DISCUSSÃO	137
4.1. ARTIGO I: Direito Sanitário Global: temas, atores e processos	137
4.2 ARTIGO II: Instituições Internacionais de Saúde no Contexto Sub-Regional	157
4.3 ARTIGO III: Participação cidadã e políticas de saúde na Unasul	181
4.4 ARTIGO IV: A cooperação internacional na Unasul: Avanços e desafios para o fortalecimento do direito à saúde	198
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	218
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	226
7. APÊNDICE: Résumé de Thèse en langue Française (Art. 11, Convention de cotutelle internationale de thèse entre L'Université de Nantes et L'Université de São Paulo).....	241

1. INTRODUÇÃO

1.1 A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

A partir da segunda metade do século XX, a cooperação internacional fortaleceu-se como uma importante ferramenta de relacionamento entre os diversos atores do sistema internacional.

O Sistema Internacional (SI) é entendido pela teoria das Relações Internacionais como “o conjunto de interações entre os diferentes atores internacionais, onde essas relações geram uma configuração de poder (estrutura) e dentro da qual se produz uma complexa rede de interações (processos), de acordo com determinadas regras estabelecidas” (BARBÉ, 2003, p.131). Nesse sistema ocorrem dois tipos de interações clássicas: a cooperação e o conflito (AYLLÓN, 2007; OCAMPO, 2008); Essas interações podem ocorrer em suas manifestações extremas: a integração e a guerra. O conflito é resultado de uma incompatibilidade de interesses, e a cooperação, pelo contrário surge com a coordenação de interesses tendo em vista a percepção de problemas comuns. A guerra representaria o mais extremo nível de desacordo, enquanto a integração evidentemente se situa na posição oposta, evidenciando os acordos de cooperação.

Entender a integração como resultado de uma extrema cooperação visando interesses e a resolver problemas comuns é exatamente o motivo que nos leva a trabalhar a cooperação internacional, cujo conceito e objetivos examinaremos nesse capítulo, juntamente com suas dimensões jurídicas e políticas, a fim de compreender

a relação entre a cooperação internacional em saúde e o direito, ou seja, compreender a cooperação internacional como uma obrigação dos Estados.

Por isso mesmo esclarecemos que a cooperação internacional a que nos referimos é aquela atividade praticada entre Estados. A escolha não representa o desconhecimento da existência e relevância de outros atores que participam da governança global e cooperam entre si, mas sim no fato de que o âmbito da cooperação internacional a que iremos nos referir, e a criação de políticas regionais de cooperação internacional que nos propomos analisar ocorre nos blocos de integração regional, que são constituídos a partir do interesse e das relações entre Estados.

Portanto e para se compreender a importância dos blocos regionais de integração para a construção e efetivação do direito à saúde, faz-se necessário entender a cooperação internacional como um mecanismo que os Estados utilizam para estabelecer relações entre si.

1.1.1 Conceitos e Marcos Históricos

1.1.1.1 Origem Teórica

O termo cooperar significa de modo geral: “operar ou obrar simultaneamente; colaborar coletivamente” (FERREIRA, 2010); “o ato ou processo de trabalhar juntos para um mesmo fim” (OXFORD, 2015). Cooperar “é trabalhar juntos para atingir um mesmo propósito” (LONGMAN GROUP, 1987). Compreende-se, ainda, como:

“Cooperação [...] 3. Política de entendimento e de trocas entre dois Estados” (EL PEQUEÑO LAROUSSE ILUSTRADO, 2000).

A cooperação internacional passou a ser objeto de interesse da academia entre as décadas de 70 e 80, quando os próprios Estados, na tentativa de organizar sua própria atividade de cooperação relacionada a assuntos econômicos e de segurança buscaram apoio aos intelectuais acadêmicos.

CAMPOS, et al (2012, p. 10), AYLLÓN (2007, p. 2) e CALDUCH (1991, p.3) revelam os conflitos internacionais ocupavam prioritariamente a agenda de pesquisa das relações Internacionais, área da academia recentemente criada após a II Guerra Mundial.

Os primeiros fundamentos e explicações teóricas sobre a cooperação internacional surgiram a partir dos anos 1970, e levavam em consideração a Teoria da Estabilidade Hegemônica. De maneira simples, essa teoria, que tiveram como principais autores KINDLEBERGER (1973) e GILPIN (1987), explica a existência de cooperação internacional entre estados soberanos num sistema internacional anárquico em que a predominância de um Estado, seja por maior poder militar ou econômico, lhe permita garantir, em suas zonas de influência, e por meio do poder, relações mais cooperativas entre os países.

Nos anos 1980, a partir da “observação de acordos cooperativos que surgiam no sistema internacional, principalmente comerciais e econômicos, como o Acordo Geral de Tarifas de Comércio (GATT) e a União Europeia (UE)” (CAMPOS, et al., 2012, p. 9), KEOHANE (1984) formula uma nova teoria de cooperação internacional que romperia com a tradicional Teoria da Estabilidade Hegemônica.

Nessa obra, o autor examina a existência de fatores que permitiriam manter arranjos cooperativos em um mundo pós-hegemonia, “a cooperação não hegemônica é possível e facilitada por regimes internacionais” (KEOHANE, 1984, p. 50).

Nesse sentido, o autor considera cooperação internacional como um processo de coordenação política, por meio do qual os atores ajustam seu comportamento e políticas setoriais às preferências reais ou esperadas dos outros atores (KEOHANE, 1984, p. 51-52). Essa definição elucida que, por ser um processo, a cooperação internacional não é um fim em si mesma e pressupõe a existência de interesses compartilhados entre os atores, bem como a presença de um esforço ativo de articulação política.

Esse conceito trouxe uma explicação consensuada sobre em quais circunstâncias podem surgir a cooperação (MILNER, 1992; 1997; O’NEILL, BALSIGER e VANDEVEER, 2004).

Muitos autores abordaram o tema sobre o comportamento cooperativo dos Estados em função das tendências do sistema internacional, sobretudo utilizando como método de análise a teoria dos jogos, sobretudo o dilema do prisioneiro².

Sendo assim, Cooperação internacional para CALDUCH (1991, p. 4) seria “toda relação entre atores internacionais orientada à mútua satisfação de interesses ou demandas, mediante a utilização complementar de seus respectivos poderes no desenvolvimento de ações coordenadas e/ou solidárias” (tradução livre)³.

² Um jogo famoso que representa bem o dilema entre cooperar e trair. Foi inventado em 1950 por Merrill Flood e Melvin Dresher, e foi adaptado e divulgado por A.W.Tucker.

³ “toda relación entre actores internacionales orientada a la mutua satisfacción de intereses o demandas, mediante la utilización complementaria de sus respectivos poderes en el desarrollo de actuaciones coordinadas y/o solidarias”

Conforme AYLLÓN (2007, p. 40), a palavra cooperar significa “atuar conjuntamente com outros para conseguir um mesmo fim”.

A “colaboração internacional”, denominada por HOLSTI apud AYLLÓN (2007) como a cooperação internacional, se caracterizaria pela coincidência de interesses, benefício mútuo, existência de acordo tácito ou expresso, aplicação de regras e execução do acordo.

Os principais conceitos de cooperação internacional, que relacionam-se com o objeto dessa tese, estão compilados na tabela abaixo:

Quadro 1: Conceitos de Cooperação Internacional

Autores	Conceito
Charles Kindleberger (1972)	Explica a ocorrência de cooperação internacional entre estados soberanos num sistema internacional anárquico como resultado da ação de <i>hegemóns</i> , países cujo destacado poder militar e econômico possibilitava-lhes garantir, em suas zonas de influência, e por meio do poder, arranjos cooperativos intergovernamentais.
Hans Morgenthau	A cooperação internacional é uma ferramenta de poder, utilizada para garantia de vantagens geopolíticas, comerciais e econômicas. Para essa corrente, os interesses do país cooperante determinam a agenda da cooperação internacional.
Robert Keohane (1984)	Ajuste de comportamentos de atores às preferências reais ou antecipadas de outros atores, por meio de um processo de coordenação política. Cooperação intergovernamental ocorre

	quando as políticas seguidas por um governo são consideradas por seus parceiros como uma realização facilitada de seus próprios objetivos, como o resultado de um processo de coordenação política.
Rafael Calduch (1991)	Toda relação entre atores internacionais orientada à mútua satisfação de interesses ou demandas, mediante a utilização complementar de seus respectivos poderes no desenvolvimento de ações coordenadas e/ou solidárias
Holsti (1967)	Cooperação internacional se caracterizaria pela coincidência de interesses, benefício mútuo, existência de acordo tácito ou expresso, aplicação de regras e execução do acordo.
O'Neill, Balsiger E Vandever (2004)	Processos interativos, que continuam além dos acordos iniciais e resultam em ordens de governança complexas e duradouras com potencial de mudança social.
Bruno Ayllón (2007)	Modalidade de cooperação que se realiza entre atores do sistema internacional.
André De Mello E Souza (2014)	Ao contrário de assistência, cooperação implica uma relação de benefícios mútuos, horizontalidade e maior participação e controle local dos recursos.

A cooperação é, portanto, uma ação que necessita um querer comum entre partes e, para o escopo deste estudo, corresponde a uma ação entre Estados com problemas comuns a serem enfrentados conjuntamente.

Bem, essas são algumas das definições que encontramos na literatura sobre cooperação internacional.

Buscamos, ainda, a partir da análise de HOLSTI (1967), identificar quais seriam os elementos que caracterizam uma relação de cooperação internacional. Nesse sentido, seriam:

1. A existência e percepção de dois ou mais interesses coincidentes entre as partes que possam ser alcançados de forma simultânea;

2. A expectativa entre as partes de que a atuação de seu consorte, para lograr seus próprios benefícios, lhe favoreça a alcançar os seus interesses e valores.

3. A existência de um acordo sobre os aspectos centrais da cooperação ou as atividades a serem desenvolvidas;

4. A utilização de regras, protocolos, modelos pré-estabelecidas para futuros compromissos e ações.

5. A realização das atividades do acordo ou compromisso para o cumprimento do acordo.

Não aprofundaremos as classificações sobre as categorias ou modalidades de cooperação internacional existentes na literatura. Essas podem ser bastante variadas, tendo em vista seu caráter temático: cooperação técnica, política, econômica, tecnológica, jurídica, etc; pelo número de participantes envolvidos: cooperação bilateral (de país a país), multilateral (através de Organizações Internacionais), mais recentemente, triangular (um país que financia, outro que executa e um terceiro que será beneficiário direto) (AYLLÓN, 2007), mas tais classificações não são objeto central dessa tese.

A abordagem sobre cooperação internacional para os efeitos da tese centra-se em compreender seu conceito, suas dimensões jurídicas e políticas que se relacionam com as motivações e com o surgimento de blocos de integração regional. Buscando compreender a relação com a criação de políticas regionais desses blocos visam promover o desenvolvimento comum (ações ou políticas cooperativas), sobretudo na área de saúde.

Na próxima seção analisaremos o histórico da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID), justificado por ser o termo e conter a ideia adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU), desde sua criação, em 1945, cujo objetivo é promover o desenvolvimento dos Estados.

A Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, considerando seu conteúdo, pode ser de caráter geral ou setorial, orientada pela tomada de decisões conjuntas, com o estabelecimento de normas internacionais ou de caráter operativo na implementação de programas ou ações concretas para o desenvolvimento. De acordo com seu grau de institucionalização, pode ser de caráter informal ou formal, inserida nas atividades de Organizações Internacionais, a exemplo da ONU, OMS, OIT, OEA ou da própria Unasul.

1.1.2.1 Histórico da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID)

A institucionalização da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID) se deu ao longo dos anos, em diferentes momentos e conjunturas internacionais alterando as prioridades e diretrizes das políticas dessa modalidade de cooperação.

Desde sua origem formal no pós II Guerra, com a inclusão dessa como princípio e objetivo das Nações Unidas e implementação do Plano Marshall de cooperação orientada para a recuperação econômica da Europa; passando por uma proposta estratégica de “desenvolvimento” influenciada pelo paradigma da modernização, consumo e desenvolvimento econômico nos anos 50 e 60, foi-se introduzindo modelos a serem seguidos para “a promoção do desenvolvimento no Terceiro Mundo” que deveria seguir “padrões similares aos historicamente observados nos países europeus” (CAMPOS, 2010).

Nos anos 70 e 80 as políticas de cooperação internacional foram utilizadas como instrumentos para introduzir reformas políticas em países menos desenvolvidos, estipulando condições para os empréstimos financeiros através dos “Programas de Ajustes Estruturais”. Nos anos 90, dados os resultados negativos desses programas, o fim da Guerra Fria e a ampliação do processo de globalização, observou-se a necessidade de um novo enfoque da cooperação internacional baseada em questões humanas e sociais.

O modelo neo-liberal dos anos anteriores levou a uma maior participação do que se convencionava chamar de “novos atores” na cooperação internacional, atores da sociedade civil e do setor privado (ALLEYNE, 2007). Eles incluem uma variedade de organizações não governamentais (ONGs), fundações e organizações sem fins lucrativos, o que de certa forma promoveu novos modelos de cooperação influenciadas pela proximidade entre Estados e esses novos atores – relação essa que geram questionamentos.

El entorno internacional de la década de los noventa y ahora del 2000 supone un nuevo paradigma de desarrollo. Bajo este esquema, se diseñan diferentes formas de cooperación entre

los actores que conforman el sistema internacional.
(AMADOR , 2001, p. 181)

Tais atores assumiriam parte do papel do Estado na função de proteção social, valorizando esforços voluntários em lugar dos direitos do cidadão, enfraquecendo o Estado diante da iniciativa privada na prestação de serviços de bem-estar social e incluindo de forma antidemocrática os interesses privados (BIRN, 2014, p. 3).

Em torno à complexidade do mundo atual globalizado - sociedades complexas contemporâneas - HABERMAS (1998) afirma que o mundo da vida é composto por uma esfera privada e uma esfera pública. A esfera privada se relaciona como o sistema econômico, e quando há uma colonização do mundo da vida, está esfera é dominada pelo capital. E o mesmo pode acontecer com a esfera pública que passa a ser burocratizada, invadindo os processos de legitimação democrática.

Quando há uma colonização do mundo da vida, o direito que é fonte integradora e legitimadora do processo democrático e garantidor dos direitos fundamentais, passa a servir aos sistemas econômicos e de poder. Por isso, é que HABERMAS (1998) procura resgatar a legitimidade do direito e a formação democrática da legislação, eis que somente com a efetiva participação dos cidadãos é possível legitimar e reconstruir o Estado democrático:

Penso que as sociedades complexas contemporâneas se integram até certo ponto através de três veículos ou mecanismos. O 'dinheiro' enquanto veículo está, por assim dizer, institucionalizado no mercado; o 'poder' enquanto veículo está institucionalizado nas organizações; e a 'solidariedade' é gerada pelas normas, valores e pela comunicação. (HABERMAS, 2007)

1.1.2 Dimensões Jurídicas e Políticas da Cooperação Internacional

Algumas teorias podem ajudar a responder o porque da cooperação internacional. É importante deixar claro que não faremos um percurso descritivo intenso sobre tais teorias, mas procuraremos apresentar a partir de possíveis motivações da cooperação internacional sua relação com algumas teorias.

1.1.2.1 A cooperação internacional como postulado jurídico

a.1) Obrigatoriedade em Tratados Internacionais

A cooperação internacional surge como postulado jurídico necessário para o alcance dos direitos humanos, a partir da Carta das Nações Unidas, aprovada em 1945, quando a ONU estabeleceu como propósitos e princípios “alcançar a cooperação internacional na solução de problemas internacionais de caráter sócio-econômico, cultural ou humanitário, promovendo e estimulando o respeito pelos direitos humanos e às liberdades fundamentais para todos, sem distinção de raça, sexo, língua ou religião.” (ONU, 1945, Artigo 1.3)

A carta estabelece o dever dos Estados membros da Organização a “agir em cooperação com esta, em conjunto ou separadamente” (ONU, 1945, Art. 56), através do principio da igualdade de direitos e da autodeterminação dos povos a fim de alcançar “a solução dos problemas internacionais econômicos, sociais, sanitários e

conexos; a cooperação internacional, de caráter cultural e educacional” (ONU, 1945, Art. 55, b).

O princípio da cooperação entre os Estados faz parte do direito internacional e está previsto na Declaração de Princípios de Direito Internacional Relativa às Relações Amistosas e à Cooperação entre os Estados de 1970 (UNITED NATIONS, 1970).

Esta Declaração reúne princípios importantes para reafirmar a cooperação e as boas relações de vizinhança entre os Estados-membros da ONU e os princípios contidos na respectiva Carta. Entre os preceitos contidos no documento está o “dever dos Estados de cooperar uns com os outros de acordo com as determinações da Carta” (UNITED NATIONS, 1970).

Os deveres de cooperação são definidos em várias esferas do direito internacional como: 1) dever de cooperar para manter a paz; 2) dever de cooperar para a promoção do respeito universal e a observância dos direitos humanos; 3) cooperação nas relações internacionais econômica, sociais, culturais e técnicas, porém respeitando o princípio da não intervenção; e 4) dever de cooperação dos Estados para promover o desenvolvimento econômico dos países em desenvolvimento.⁴

⁴ “The duty of States to co-operate with one another in accordance with the Charter - States have the duty to co-operate with one another, irrespective of the differences in their political, economic and social systems, in the various spheres of international relations, in order to maintain international peace and security and to promote international economic stability and progress, the general welfare of nations and international co-operation free from discrimination based on such differences. To this end: a) States shall cooperate with other States in the maintenance of international peace and security; b) States shall co-operate in the promotion of universal respect for, and observance of, human rights and fundamental freedoms for all, and in the elimination of all forms of racial discrimination and all forms of religious intolerance; c) States shall conduct their international relations in the economic, social, cultural, technical and trade fields in accordance with the principles of sovereign equality and non-intervention; d) States Members of the United Nations have the duty to take joint and separate action in co-operation with the United Nations in accordance with the relevant provisions of the Charter. States should co-operate in the economic, social and cultural fields as well as in the field of science and technology and for the promotion of international cultural and educational progress. States should co-operate in the promotion of economic growth throughout the world, especially that of the” General Assembly. A/Res/25/2625 (XXV). Declaration on Principles of International Law concerning Friendly Relations and Cooperation among States in accordance with the Charter of the United Nations. Disponível em: <http://www.un-documents.net/a25r2625.htm>. Acesso em: 13 mar. 2017.

Completa o internacionalista TRINDADE (1981) a questão dos princípios das relações internacionais, agora sob o foco das Organizações das Nações Unidas:

“Os trabalhos que culminaram na adoção, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, aos 24 de outubro de 1970, da “Declaração Relativa aos Princípios do Direito Internacional Regendo as Relações Amistosas e Cooperação entre os Estados Conforme a Carta da ONU” constituem exemplo dos mais pujantes da formação e consagração dos princípios do direito internacional contemporâneo. Uma reavaliação atual das chamadas “fontes” do direito internacional estaria incompleta se não levasse em conta os trabalhos conducentes à Declaração de 1970. Já em 1945, os participantes da Conferência de San Francisco lograram inserir no texto definitivo da Carta da ONU (art. 2) sete princípios fundamentais do direito internacional (infra); quatro anos depois, a Comissão de Direito Internacional da ONU concluía e apresentava o seu projeto de declaração sobre os direitos e deveres dos Estados reconhecendo (ainda que sem o sucesso almejado) outros princípios. Obteve-se enorme progresso com o processo de redação, com êxito, da Declaração de 1970, em que se procedeu a um exame cuidadoso do desenvolvimento do direito internacional nas duas décadas e meia que se seguiram à Conferência de San Francisco.” (TRINDADE, 1981, p. 51 e 52)⁵

No marco do direito internacional para a efetivação dos direitos humanos, a cooperação internacional pode ser considerada como uma obrigação dos Estados, e, portanto exigida desde a internacionalização desses com a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948:

Artigo 22. Todo ser humano, como membro da sociedade, tem direito à segurança social, à realização pelo esforço nacional, pela cooperação internacional e de acordo com a organização e recursos de cada Estado, dos direitos econômicos, sociais e

⁵ TRINDADE, Antônio Augusto Cançado. Princípios do Direito Internacional Contemporâneo. Brasília : Editora Universidade de Brasília, 1981, pp. 51-52.

culturais indispensáveis à sua dignidade e ao livre desenvolvimento da sua personalidade⁶.

Assim, a cooperação é uma estratégia para viabilizar a todo indivíduo o “direito a uma ordem social e internacional em que os direitos e liberdades estabelecidos na presente Declaração possam ser plenamente realizados” (ONU, 1948, art. 28).

O Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC, 1966) aborda, em seu artigo 2, a cooperação internacional como um dos mecanismos a que os Estados devem se valer para assegurar de forma progressiva o exercício dos direitos ali reconhecidos⁷, onde se inclui de forma direta o direito à saúde.

A Declaração das Nações Unidas sobre o Direito ao Desenvolvimento, de 1986 traz em seus artigos 3, 4 e 6 o dever de cooperação entre os Estados a fim de assegurar o desenvolvimento e a “promover, encorajar e fortalecer o respeito universal pela observância de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais para todos” (ONU, 1986), especialmente no que diz respeito ao “complemento dos esforços dos países em desenvolvimento” (ONU, 1986), afirma ser essencial “uma cooperação internacional efetiva” (ONU, 1986).

Outros documentos internacionais, relacionados a área da saúde também abordam a cooperação internacional como um postulado jurídico.

⁶ 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.

⁷ Artigo 2.º 1. Cada um dos Estados Partes no presente Pacto compromete-se a agir, quer com o seu próprio esforço, quer com a assistência e cooperação internacionais, especialmente nos planos econômico e técnico, no máximo dos seus recursos disponíveis, de modo a assegurar progressivamente o pleno exercício dos direitos reconhecidos no presente Pacto por todos os meios apropriados, incluindo em particular por meio de medidas legislativas. (grifo nosso).

A Declaração de Alma-Ata, formulada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em setembro de 1978, se preocupou com a grande desigualdade no estado de saúde da população, com a conjuntura econômica internacional e com o peso do financiamento em saúde para os países em desenvolvimento. Tal Declaração, além de considerar a cooperação como um dever, procura justificá-la sob ponto de vista dos interesses dos países desenvolvidos:

IX) 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. (OMS, 1978)

O Comentário Geral n. 14 sobre o direito à saúde, do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CDESC), entende que a cooperação internacional para o desenvolvimento e o alcance dos direitos humanos constituem uma obrigação para todos os Estados. Considera, ainda que os Estados Partes economicamente desenvolvidos tem uma responsabilidade e especial em ajudar os Estados mais pobres.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH, 2005), entendente que a finalidade da cooperação internacional é promover a solidariedade entre os Povos; ancorada no princípio da solidariedade entre Estados e no princípio da responsabilidade social em saúde, retoma a cooperação internacional e a solidariedade como ações a serem incentivadas (Art. 13).

A DUBDH estabelece, em artigo próprio o tema da Cooperação internacional (Art. 24), onde estabelece a responsabilidade dos Estados no compartilhamento dos avanços científicos e tecnológicos; no intercâmbio dos conhecimentos para fortalecer as capacidades dos países em desenvolvimento; e no respeito e promoção da

solidariedade, sobretudo em relação àqueles que se encontram em estado de maior vulnerabilidade (UNESCO, 2005)⁸.

Embora existam diversos documentos internacionais que versem sobre a cooperação internacional como um dever jurídico, sua exigibilidade é relativa, pois, mesmo que prevista como dever solidário entre os Estados, ela não é entendida como uma garantia jurisdicional internacional, e não poderia ser exigida perante cortes internacionais.

No entanto, isso não significa que a cooperação não seja um postulado jurídico, pois ela é reconhecida e executada e executada através de instrumentos jurídicos de direito internacional.

Foi o que se observou com a Opinião Consultiva da Corte Internacional de Justiça (CIJ), no caso *Nicarágua vs. Estados Unidos sobre “Atividades militares e paramilitares dentro e contra a Nicarágua”*, em 1986, que considerou a força cogente da Declaração de Princípios de Direito Internacional Relativa às Relações Amistosas e à Cooperação entre os Estados:

Esta *opinio juris* pode, embora com o devido cuidado, ser deduzida, *inter alia*, a atitude das Partes e da atitude dos Estados em relação a certas resoluções da Assembleia Geral, e em particular a Resolução 2625 (XXV) intitulada “Declaração de Princípios de Direito Internacional relativos às Relações de Amizade e Cooperação entre os Estados, em conformidade com a Carta das Nações Unidas”. O efeito do consentimento para o texto de tais resoluções não pode ser entendido como

⁸ 1. Os Estados devem apoiar a difusão internacional da informação científica e encorajar a livre circulação e a partilha de conhecimentos científicos e tecnológicos.

2. No quadro da cooperação internacional, os Estados devem promover a cooperação cultural e científica e celebrar acordos bilaterais e multilaterais que permitam aos países em desenvolvimento reforçar a sua capacidade de participar na criação e no intercâmbio dos conhecimentos científicos, das correspondentes competências práticas e dos respectivos benefícios.

3. Os Estados devem respeitar e promover a solidariedade entre si e também com e entre os indivíduos, as famílias, os grupos e comunidades, em especial com aqueles a quem a doença ou a deficiência, ou outros fatores pessoais, sociais ou ambientais tornam vulneráveis, e aos de recursos mais limitados.

meramente de uma reiteração ou elucidação do compromisso assumido nos tratados contidos na Carta. Pelo contrário, pode ser entendida como uma aceitação da validade da regra ou conjunto de regras declaradas pela resolução pelos próprios Estados (INTERNATIONAL COURT OF JUSTICE, 1986. Tradução livre)⁹.

Nesse sentido, a Declaração integra o direito costumeiro e deve ser respeitada pelos Estados-membros da ONU. Tais Estados-membros que votaram a favor dessa Declaração consideram como válida e deveriam incluir seus preceitos em sua prática internacional.

A medida em que um Estado ingressa em uma organização internacional, ao manifestar seu consentimento com a assinatura e ratificação do tratado que a criou, ele se compromete a cumprir e seguir as determinações dos órgãos que compõem a instituição da qual se tornou membro. De forma expressa a previsão para cumprimento de decisões de órgãos das Nações Unidas existe apenas no que se refere às resoluções do Conselho de Segurança, conforme obrigatoriedade prevista no art. 25 da Carta da ONU (ONU, 1945)¹⁰, porém, ainda que essa determinação não esteja expressamente prevista no tratado, entende-se que o Estado-membro que participou da votação do documento, manifestando-se a favor, tem o dever de cumprir com as disposições nele previstas.

⁹ “Cette opinio juris peut se déduire entre autres, quoique avec la prudence nécessaire, de l’attitude des Parties et des Etats à l’égard de certaines résolutions de l’Assemblée générale, notamment la résolution 2625 (XXV) intitulée Déclaration relative aux principes du droit international touchant les relations amicales et la coopération entre les Etats conformément à la Charte des Nations Unies). L’effet d’un consentement au texte de telles résolutions ne peut être interprété comme celui d’un simple rappel ou d’une simple spécification de l’engagement conventionnel pris dans la Charte. Il peut au contraire s’interpréter comme une adhésion à la valeur de la règle ou de la série de règles déclarées par la résolution et prises en elles-mêmes” INTERNATIONAL COURT OF JUSTICE. *Military and Paramilitary Activities in and against Nicaragua*. Disponível em: <http://www.icj-cij.org/docket/files/70/6503.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2015. p. 100.

¹⁰ Artigo 25. Os Membros das Nações Unidas concordam em aceitar e executar as decisões do Conselho de Segurança, de acordo com a presente Carta.

Ao longo dos anos, verifica-se que os Estados reafirmam seu compromisso com a cooperação internacional, mais recentemente com a aprovação da Declaração sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ONU, 2015), em que o Objetivo 17 “Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável” se relaciona com a cooperação internacional entre os Estados, entre outros aspectos da política econômica e financeira mundial. Entretanto, a afirmação da cooperação internacional nessas Declarações e Tratados internacionais, em muitos aspectos parecem apenas compor o jogo político da burocracia internacional, e, pouco representam as verdadeiras motivações dos Estados em cumprir tal compromisso.

a.2) Previsões constitucionais dos países sobre cooperação internacional

Nota-se que a cooperação internacional encontra fundamento jurídico não apenas em normativas internacionais, mas nos próprios ordenamentos internos dos países. Uma busca simplificada realizada através de um *software* aberto que permite comparar as Constituições dos países¹¹, foram localizadas 18 Constituições que fazem menção direta ao termo específico “cooperação internacional”.

Entre as constituições identificadas, destacam-se aquelas em que o compromisso desses países com a cooperação internacional se vincula diretamente a sua política externa em promover relações amistosas entre Estados e a busca pela paz,

¹¹ Desenvolvido e mantido pelo Projeto Comparative Constitutions coordenado pela Universidade do Texas com apoio do Google Ideas;. <https://www.constituteproject.org/>

pela segurança, pelo desenvolvimento e para a promoção dos direitos humanos. O

Quadro 2 referencia esse conteúdo:

Quadro 2: Cooperação Internacional nas Constituições dos Países

<p>Constituição da República do Kosovo de 2008</p>	<p>CHAPTER I ARTICLE 172 The Republic of Kosovo participates in international cooperation for promotion and protection of peace, security and human rights.</p>
<p>Constituição da República de Cuba de 1976 (revisada em 2002)</p>	<p>CHAPTER I ARTICLE 12 The Republic of Cuba adopts anti-imperialist and internationalist principles, and [...] b.bases its international relations on the principles of equality of rights, free determination of peoples, territorial integrity, independence of States, international cooperation for mutual and equitable benefit and interest, peaceful settlement of controversies, marked by equality and respect, and the other principles proclaimed in the United Nations Charter and in other international treaties to which Cuba is a party.</p>
<p>Constituição da República Democrática da Burkina Faso de 1991 (Revisada em 2012)</p>	<p>PREAMBLE We, the Sovereign People of Burkina Faso: [...] •DESIROUS to promote peace, international cooperation, the peaceful resolution of differences between States, with justice, equality, liberty and the sovereignty of peoples;</p>
<p>Constituição Federal da República da Namíbia de 1990 (Revisada em 2010)</p>	<p>CHAPTER 11 ARTICLE 96 The State shall endeavour to ensure that in its international relations it: [...] b.promotes international cooperation, peace and security;</p>
<p>Constituição da República da Nicarágua de 1987 (Revisada em 2014)</p>	<p>TITLE I ARTICLE 5 Liberty, justice, respect for the dignity of the human person, political and social pluralism, the recognition of the distinct identity of the indigenous peoples and those of African descent within the framework of a unitary and indivisible state, the recognition of different forms of property, free international cooperation and respect for the free self-determination of peoples, Christian values, socialist ideals, and practices based on solidarity, and the values and ideals of the Nicaraguan culture and identity, are the principles of the Nicaraguan nation.</p>

Constituição do Reino da Suécia de 1974 (rev. 2012)	<p>THE INSTRUMENT OF GOVERNMENT CHAPTER 1 ART 10</p> <p>Sweden is a member of the European Union. Sweden also participates in international cooperation within the framework of the United Nations and the Council of Europe, and in other contexts.</p>
	<p>THE RIKSDAG ACT CHAPTER 5 PART 11 ART 12 SUPPLEMENTARY PROVISION 5.12.1</p> <p>State expenditure shall be referred to the following expenditure areas: 1 Governance; 2 Economy and financial administration; 3 Taxes, customs and enforcement; 4 Justice; 5 International cooperation; 6 Defence and contingency measures; 7 International development cooperation; 8 Migration; 9 Health and medical care, social services; 10 Financial security for the sick and disabled; 11 Financial security for the elderly; 12 Financial security for families and children; 13 Integration and gender equality; 14 The labour market and working life; 15 Financial support for students; 16 Education and academic research; 17 Culture, media, religious communities, leisure; 18 Community planning, housing provision, construction and consumer policy; 19 Regional development; 20 General environmental protection and nature conservation; 21 Energy; 22 Transport and communications; 23 Agricultural sciences, rural areas and food; 24 Industry and trade; 25 General grants to local government; 26 Interest on central government debt, etc.; and 27 The contribution to the European Union.</p>

Outras constituições afirmam seu compromisso com a cooperação internacional, ainda que não utilizem esse termo de forma específica. Verifica-se que a Constituição espanhola de 1978 proclama em seu preâmbulo que:

A Nação espanhola, desejando estabelecer a justiça, a liberdade e a segurança e promover o bem de todos os seus membros, no exercício de sua soberania, proclama a sua vontade de:

(...) Colaborar no fortalecimento das relações pacíficas e de cooperação efetiva entre todos os povos da Terra. (ESPAÑA, 1978, tradução livre)¹²

¹² La Nación española, deseado establecer la justicia, la libertad y la seguridad y promover el bien de cuantos la integran, en uso de su soberanía, proclama su voluntad de:
 (...) Colaborar en el fortalecimiento de unas relaciones pacíficas y de eficaz cooperación entre todos los pueblos de la Tierra. <https://www.boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>

A Constituição francesa de 1958 (revisada em 2008) destaca a prioridade para a cooperação com os Estados que possuem relação linguística e a possibilidade de cooperação com aqueles em que a França poderia, como sugere o texto, influir em seu desenvolvimento:

“Artigo 87°. A República participa no desenvolvimento da solidariedade e da cooperação entre os Estados e os povos que partilham da língua francesa.

Artigo 88°. A República pode celebrar acordos com Estados que desejem associar-se à ela para desenvolver as suas civilizações.”
(FRANÇA, 1958)

A Constituição da Bolívia de 2009 traz, em seu artigo 10, o compromisso de promover a “cooperação entre os povos da região e do mundo, a fim de contribuir para a compreensão mútua, o desenvolvimento equitativo e à promoção do multiculturalismo, com pleno respeito à soberania dos Estados” (BOLÍVIA, 2009, Tradução livre)¹³. A Constituição alemã define como competência legislativa exclusiva da Federação a cooperação a fim de atender os interesses exteriores da República (Artigo 73. 10).

O Brasil também define em sua Constituição de 1988 uma série de princípios norteadores do Estado Constitucional Democrático brasileiro que regem suas relações internacionais, entre eles a prevalência dos direitos humanos, a igualdade entre os Estados, autodeterminação dos povos; a defesa da paz, e, a cooperação entre os povos para o progresso da humanidade (art. 4o, incisos II, III, V, VI e IX, da CF, 1988).

¹³ “cooperación entre los pueblos de la región y del mundo, a fin de contribuir al conocimiento mutuo, al desarrollo equitativo y a la promoción de la interculturalidad, con pleno respeto a la soberanía de los estados”.

Nos enunciados jurídicos apresentados, verifica-se uma mescla entre justificativas quanto o dever de cooperar dos Estados baseadas no princípio da solidariedade, ou reconhecimento do ser humano e outras que se relacionam a motivações estratégicas de cunho mais realista. Nesse sentido, faz-se necessário compreender também as dimensões políticas da cooperação internacional.

1.1.2.2 A cooperação internacional como instrumento da política externa dos Estados

Compreende-se política externa como um conjunto de objetivos políticos que um determinado Estado almeja alcançar nas suas relações com os demais países do mundo. Ela costuma ser planejada de modo a proteger os interesses nacionais de um país, em especial sua segurança nacional, prosperidade econômica e valores em suas relações além das fronteiras.

A cooperação internacional pode ser utilizada como um instrumento da política externa para a ampliação de mercados e rotas comerciais, reafirmação e expansão de poder do Estado frente a outros. A teoria realista das Relações Internacionais aponta como a motivação do Estado pela cooperação internacional sua sobrevivência através da luta e manutenção de poder.

Cabe mencionar que a corrente realista abrange uma série de estudos e de autores que divergem em algum aspectos, e faz com que exista dentro da própria teoria ramificações e diferenças conceituais, por exemplo, os realistas clássicos com destaque

para Edward CARR (1946)¹⁴, Hans MORGENTHAU (1948)¹⁵ e os realistas estruturais como Kenneth WALTZ (1979)¹⁶; porém, essas abordagens compartilham alguns pressupostos básicos, o que permite a utilização de uma mesma denominação.

¹⁴ Carr (1946), em seu livro *Vinte anos de crise: 1919-1939*, critica o pensamento idealista, predominante na época, baseado na noção de que a guerra seria um ato irracional e não parte da política. Acreditava-se que a criação de normas de conduta, assim como a expansão da democracia e do comércio, seriam capazes de eliminar a guerra da relação entre os Estados. Carr aponta para a necessidade de se analisar a política como ela é, buscando-se compreender a realidade de fato do sistema internacional. A partir da crítica ao pensamento idealista e das considerações que ele faz sobre o poder na política internacional, inicia-se a chamada corrente realista das Relações Internacionais. CARR, Edward. *Vinte anos de crise: 1919-1939*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1946.

¹⁵ Com seu livro *Política entre as Nações*, publicada originalmente em 1948, Morgenthau é um dos autores responsáveis pela consolidação da perspectiva realista para a compreensão das Relações Internacionais. Ele contribui para o entendimento da política internacional destacando que o realismo político carrega uma preocupação com a natureza humana tal como ela se apresenta, enfatizando também os processos históricos. De acordo com essa visão, para que haja uma compreensão dos objetivos da política externa, torna-se necessário um exame dos atos políticos realizados. O autor argumenta que a política internacional é regida por interesses definidos em termos de poder. O realismo político parte do pressuposto de que o interesse definido em termos de poder é algo universalmente válido, mas que não possui um significado fixo e permanente. Os interesses são a essência da política, mas tanto os interesses quanto o poder podem ser traduzidos de forma diferente de acordo com a época e o lugar. O realismo político se recusa a entender as aspirações morais de uma nação em particular como as leis morais que governam o universo. Dessa forma, princípios morais de uma nação não podem ser tomados como aqueles que deveriam reger as relações entre os Estados. É por isso que é necessário analisar o interesse dos Estados em termos de poder. Morgenthau acredita que a política internacional é dirigida conforme o desejo de manutenção do status quo, expansão do poder ou demonstração (política de prestígio). Para o autor, diversos elementos fazem parte do poder nacional, como a geografia, os recursos naturais, a capacidade industrial, o grau de preparação militar, a população, a índole nacional, o moral nacional, a qualidade da diplomacia e a qualidade do governo. MORGENTHAU, Hans. *A política entre as nações: a luta pelo poder e pela paz*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2003.

¹⁶ Em seu livro *Teoria da Política Internacional*, publicado em 1979, chama a atenção para a necessidade de teorias sistêmicas acerca da política internacional. Os Estados são as unidades do sistema político internacional e não se diferem em termos de funções. Por mais que existam diferenças quanto ao território, população, riquezas, dentre outros, eles são semelhantes por serem unidades políticas autônomas. Embora existam outros atores, eles podem ser considerados os mais relevantes, aqueles que de fato definem a estrutura do sistema. Os sistemas internacionais são espontâneos e involuntários, de modo que, depois de estabelecidos, os Estados não têm mais controle sobre eles e passam a ser constrangidos por eles. Ao contrário de sistemas políticos internos, que são hierárquicos, o sistema internacional é anárquico e descentralizado. No sistema internacional impera a auto-ajuda e a preocupação com a sobrevivência, pré-requisito para qualquer outro objetivo estatal. O que se observa é que a estrutura anárquica do sistema internacional constrange o comportamento dos Estados, pois os pune ou recompensa, embora eles sejam livres para agirem da forma que desejarem. A partir dessas considerações Waltz aponta que na política internacional, na relação entre os Estados, o estado natural é de guerra. A guerra pode acontecer a qualquer momento devido à decisão dos Estados em optar pelo uso da força. Entretanto, a grande diferença entre o sistema interno e o internacional não é necessariamente o uso da força mas o fato de o sistema internacional ser um sistema de auto-ajuda. Essa é uma implicação gerada pela estrutura anárquica. Tal estrutura constrange o comportamento dos Estados, por exemplo, limitando a cooperação. Os Estados se preocupam em não se colocarem em posições de dependência em relação a outros Estados, buscando sempre que possível um certo grau de independência. WALTZ, Kenneth. *Teoria das Relações Internacionais*. Lisboa: Gradiva Publicações, 2002.

Para a análise da dimensão política da cooperação internacional, as seguintes características comuns que formam a base do pensamento realista, nos serve para compreender os interesses políticos para a cooperação internacional:

- Os principais atores do sistema internacional são os Estados soberanos;
- Os Estados são atores unitários e racionais, o que lhes permite calcular custos e benefícios na consecução dos interesses nacionais e da manutenção de sua segurança;
- O sistema internacional é anárquico, não existe uma autoridade central capaz de criar e impor a ordem. Assim, a única ordem pode ser estabelecida pelo Estado vencedor de uma competição;
- O objetivo primordial dos Estados é assegurar sua sobrevivência, e, para isso, devem sempre maximizar seu poder e sua segurança, podendo recorrer à força para atingir seus fins;
- Considerações éticas são, geralmente, descartadas.

Nesse sentido, a cooperação internacional se relaciona a estabilidade hegemônica (KINDLELERGER, 1973), uma vez que a ordem é criada pelo poder dominante de um Estado e, a manutenção dessa ordem depende da continuidade de sua hegemonia. Estados em posição de hegemonia procuram estabelecer regras que sirvam aos seus interesses e ideologias e que auxiliem na manutenção de seu próprio poder. A liderança hegemônica serviria para criar um padrão de comportamento.

A cooperação internacional ocorre em caráter assimétrico, pois, para manutenção do poder hegemônico e manutenção das regras do sistema é necessário um mínimo de consentimento e aceitação por parte dos outros Estados.

As instituições de cooperação internacional, conforme essa linha de raciocínio, constituem meros reflexos da distribuição de poder no sistema internacional, tendo sido criadas pelos atores mais poderosos desse sistema para alcançar seus objetivos individuais, e dessa forma não possuem capacidade autônoma para inovar na cooperação entre os Estados.

Desse modo, o estabelecimento de instituições e de arranjos cooperativos é explicado, na ótica realista, pelo desejo dos Estados mais poderosos ou do Estado hegemônico do sistema, de obrigar outros Estados a assumir determinados compromissos ou agir de uma determinada maneira (WALTZ, 2002).

A cooperação internacional serviria para os Estados manterem seu poder e crescimento, de modo alcançar prestígio, vantagens geoestratégicas e intensificação do comércio, para garantir investimentos ou influência política frente a outros países, inclusive em troca de apoios em foros multilaterais nos organismos internacionais, por exemplo.

MORGENTHAU (2003) equiparou a ajuda internacional com os subornos aos governos receptores, os quais são utilizados pelos países desenvolvidos para obter benefícios que atendam ao interesse nacional.

Dessa forma, as políticas de cooperação seriam inseparáveis das relações de poder, aonde não haveria espaço para considerações éticas (AYLLÓN, 2007, p. 42).

A partir da visão realista em que os Estados competem por poder, e precisam atuar para manter sua hegemonia no sistema internacional, em defesa de seus próprios interesses, a cooperação não é um exercício de solidariedade, e sim uma estratégia de política externa, cuja finalidade é satisfazer as necessidades internas e o impacto da cooperação internacional além dessa manutenção de poder seria meramente incidental.

Por sua vez, é importante considerar o processo de elaboração da política externa como em qualquer outra política pública, no qual incidem demandas e conflitos de variados grupos domésticos, deveria atentar para os princípios da Constituição e dos demais instrumentos normativos nacionais e internacionais., incluindo os de proteção de Direitos Humanos.

1.1.2.3. A cooperação internacional como instrumento para atuar em um mundo global

Ante a compreensão pela existência de problemas comuns e a necessidade de atuação conjunta por parte dos Estados, defende-se a idéia de interdependência entre os Estados, o que exigiria uma forte cooperação entre todos.

A troca de correspondências entre Albert Einstein e Sigmund Freud, em 1932 (EINSTEIN; FREUD, 1932)¹⁷, em que discutiram as razões que levam o homem à guerra e de que maneira evitá-la, nos leva a perceber a consciência sobre a necessidade de atuação em conjunto, uma vez que, como bem apontado por ambos o caminho seria a criação de uma instituição com poderes supracnacionais, capaz de atuar como “autoridade central”. Essa seria a inspiração para a Liga das Nações, destinada a ser uma “instância suprema”, mas em que os Estados precisariam dotá-la de poder e

¹⁷ Why War?1932 Paris: Instituto Internacional para Cooperação Intelectual (Liga das Nações). 57 págs. (Trad. de Stuart Gilbert.)
https://moodle.ufsc.br/pluginfile.php/1033690/mod_resource/content/1/Aula%2B026%2B-%2BFreud%2B%2BEinstein.pdf

limitar sua liberdade de ação - soberania, o que na visão pragmática e bastante realista de ambos, estaria longe de ocorrer.

Tal ideal, defendido pelos liberais, tornou-se o paradigma predominante na fase inicial da trajetória teórica das relações internacionais. A cooperação mútua daria margem para que os liberais pensassem em uma sociedade internacional, com regras comuns de convivência, havendo a lógica de supranacionalidade dessas normas. A proposta da criação da Liga das Nações, sustentada no princípio da paz kantiana democrática, foi seu maior exemplo.

Thomas Woodrow Wilson, deu nome a teoria Idealismo Wilsoriano, sob influência do iluminismo europeu de Kant. Wilson como presidente dos Estados Unidos, eleito em 1912 e reeleito em 1916, propôs, logo após a Primeira Guerra Mundial, quatorze pontos de uma proposta de paz, nos quais delineou os princípios que deveriam orientar as relações internacionais para que todas as nações livres pudessem usufruir das vantagens da cooperação e da harmonização de interesses. Entre esses pontos, destaca-se proposta de criação de uma sociedade de nações destinada a garantir a segurança da coletividade internacional, a independência política e a integridade territorial de todos os Estados, que deu origem a Liga das Nações em 1920.

Apesar dessa proposta ter resultado do internacionalismo idealista de Wilson, o Senado norte americano não aprovou a ideia de fazer parte de uma organização internacional destinada à institucionalização da paz e à resolução dos conflitos internacionais através da mediação. Devido à oposição do Senado dos Estados Unidos, o país não ingressou na Liga das Nações.

O pensamento liberal, é retomado após o fim da Guerra Fria como um pensamento muito mais adequado à nova realidade mundial, de grandes fluxos

comerciais e de interação e intercomunicação entre os diversos países, e que trouxe para a disciplina o estudo dos atores não-estatais nas relações transnacionais.

O liberalismo levantou a importância das instituições dentro do sistema internacional anárquico para garantir os acordos de longo prazo. Sem a confiança nas regras, não haveria cooperação. O comportamento previsível, condizente com o que foi acordado entre as partes, permite ganhos mútuos no longo prazo e fortalece o regime.

Mesmo antes do fim da bipolaridade mundial, os liberais chamavam a atenção para a incapacidade do realismo de explicar fenômenos das relações internacionais, como a existência da cooperação entre Estados, apesar da anarquia e da preocupação fundamental com a sobrevivência. Robert KEOHANE (1986) entende que o mundo não vive em um estado de guerra contínuo e homogêneo. A política mundial seria muito mais rica e complexa. Por mais que houvesse desconfiança entre nações, elas realizavam trocas comerciais e cooperavam em benefício de interesses próprios.

Para os autores, cooperar não significa estabelecer uma relação de harmonia e reciprocidade, mas sim manter uma relação de interesses mútuos em que os envolvidos conquistam vantagens:

“Cooperation is not equivalent to harmony. Harmony requires complete identity of interests, but cooperation can only take place in situations that contain a mixture of conflicting and complementary interests. In such situations, cooperation occurs when actors adjust their behavior to the actual or anticipated preferences of others. Cooperation, thus defined, is not necessarily good from a moral point of view”. (AXELROD; KEOHANE, 1985).

1.1.3. A Solidariedade como Pressuposto da Cooperação Internacional

A solidariedade compõe um dos elos de ligação fundamental para a promoção e exercício dos direitos humanos como, tendo a responsabilidade dos Estados de Direito:

Desde o término da Segunda Guerra Mundial o direito vem dando uma atenção especial aos Direitos Humanos. Serve o Estado de Direito, assim, como instrumento viabilizador dos Direitos Humanos, voltados a proteção e promoção da liberdade, da igualdade e da fraternidade (AITH, p. 88, 2006)

O postulado de cooperação internacional que nos propomos a analisar nesse trabalho, diz respeito às relações entre Estados que deveriam apoiar-se no princípio da solidariedade internacional, conforme previsto na própria Carta das Nações Unidas. Ainda que reconheçamos outros interesses da atuação do Estado na arena internaiconal.

A cooperação técnica entre países pressupõe a sintonia das relações internacionais orientada pela solidariedade, consenso e equidade. No entanto, a aplicação desses postulados é modulada numa teia de interesses que podem redundar em projetos com efeitos duvidosos ou nefastos, renovando ao invés de superar formas tradicionais de colonialismo travestidas de apoio externo ao desenvolvimento científico e tecnológico dos países periféricos. (SANTANA; GARRAFA, 2013)

A solidariedade internacional é definida como "a união de interesses ou objetivos entre os países e a coesão social entre eles, baseada sobre a dependência dos Estados e de outros atores internacionais uns dos outros, com o objetivo de preservar

a ordem e a mesma sobrevivência da sociedade internacional e com o objetivo de alcançar objetivos coletivos que requerem uma cooperação internacional e uma ação comum".

O comitê assessor do Conselho de Direitos Humanos da ONU, em sua sessão de 2012 aprovou um projeto sobre direitos humanos e solidariedade internacional (ORGANIZACIÓN..., 2012), que a reconhece como uma obrigação dos Estados, e que assinala a relação entre a solidariedade e as relações internacionais, inclusive sobre a cooperação:

La solidaridad internacional no se limita a la asistencia y la cooperación, la ayuda, la caridad o la asistencia humanitaria internacionales; consiste en un concepto y un principio más amplios que incluyen la sostenibilidad de las relaciones internacionales, especialmente las económicas, la coexistencia pacífica de todos los miembros de la comunidad internacional, las asociaciones en condiciones de igualdad y la distribución equitativa de beneficios y cargas, el derecho de los pueblos a la paz y la preservación de los sistemas ecológicos. (ORGANIZACIÓN..., 2012, p. 2)

A solidariedade como princípio moral, é novidade na diplomacia e, conseqüentemente, nas políticas externas nacionais. Trata-se de fenômeno emergente no período pós-Guerra Fria, quando a imagem internacional de países, e até mesmo de instituições, frente a temas humanitários, ambientais e sociais, tornou-se necessária para garantir influência e projeção internacional.

Há que se considerar as vantagens políticas da expressão de solidariedade no sistema internacional. Trata-se de elemento central constitutivo do chamado *soft power*, ou o poder de alterar desejos e ações de entidades políticas mediante “atração exercida pela cultura e pela ideologia” (NYE JUNIOR, 2002). Entretanto, quando

entendida como instrumento de política externa, a cooperação internacional dos países distancia-se da noção de solidariedade?

Em um mundo em que convivem os extraordinários avanços científicos-tecnológicos de forma simultânea com o aumento das desigualdades e do sofrimento humano, em que pairam manifestações de intolerância, individualismo e xenofobia, seria utópico sustentar um discurso de solidariedade e de cooperação. Entretanto, a ausência de condições mínimas para uma vida digna não é algo que se possa aceitar.

Ainda que façamos uma visão realista da atualidade, não se pode esquecer um conteúdo primordial para humanidade que são os direitos humanos. Sua reafirmação e construção idealista possui sentido à luz do princípio da solidariedade entre as pessoas e entre os povos.

A fraternidade, ou solidariedade, se expressa como conjunto de regras voltadas a um escopo comum de progresso e melhoria da qualidade de vida de todos aqueles que compõem o grupo social, determinando que um dos grandes objetivos do ser humano é possuir uma sociedade que ofereça a todos os seus integrantes a igualdade material. (AITH, p.89, 2006)

É coerente uma análise a respeito da solidariedade que se propõe enquanto suas abordagens técnica ou ética no campo da prática da cooperação internacional:

A solidariedade técnica traduz-se pela padronização de costumes e modos de vida, pela homogeneização universal das formas de trabalho, de produção e troca de bens, pela globalização dos meios de transporte e de comunicação. Paralelamente, a solidariedade ética, fundada sobre o respeito aos direitos humanos, estabelece as bases para a construção de uma cidadania mundial, onde já não há relações de dominação, individual ou coletiva. (COMPARATO, 2008, p. 39)

No atual estágio de evolução dos direitos humanos, os direitos de solidariedade, tanto nos limites territoriais ou nas relações transnacionais, tem por

objetivo a harmonia das convivências humanas pela produção de maiores benefícios e pela redução de malefícios. Assim, os direitos de solidariedade são os direitos de tutela de interesse de todos, como o direito à paz, o direito à cooperação, o direito ao desenvolvimento. A assimilação desses direitos e de sua real importância para a humanidade certamente resultará em maiores concessões por parte daqueles que detêm melhores condições, especialmente econômicas, assim como os que detêm o poder de decisão, relativamente àquelas que afetam diretamente o interesse de todos. É nesse sentido que se fala em obrigações comuns.

A solidariedade também é compreendida como um direito:

Solidaridad es un derecho humano en virtud del cual todos los seres humanos y todos los pueblos tienen derecho a beneficiarse por igual de una sociedad internacional armoniosa con un orden político y económico internacional justo y equitativo en la que puedan ejercerse plenamente todos los derechos humanos y libertades fundamentales en un espíritu de solidaridad y armonía internacionales. (ONU, 2012)

Podemos dizer, que a solidariedade é um pressuposto que valida o desenvolvimento integral e a justiça social, e deve vir como contrapartida às consequências de ações descompromissadas com o bem-comum, ou bem de todos, com a promoção dos direitos humanos e a dignidade da pessoa humana. A solidariedade representa mais do que uma terceira dimensão dos direitos, ela marca o processo de inclusão e busca reverter o quadro de exclusão egoísta.

No que diz respeito ao tema da saúde nas relações internacionais, a solidariedade é também fundamento para a cooperação internacional:

A inserção da saúde nessas agendas diplomáticas foi certamente favorecida por se coadunar a esse propósito desenvolvimentista, pois a cooperação nessa área se fundamenta justamente no princípio da solidariedade e na

intenção de reduzir as desigualdades entre os países.
(SANTANA, 2013, p. 130)

1.2. COOPERAÇÃO INTERNACIONAL E O DIREITO À SAÚDE

1.2.1. O Direito à Saúde

A Constituição da OMS (1948) foi o primeiro instrumento internacional a consagrar o gozo do mais alto nível possível de saúde como um direito fundamental de todo ser humano. O conceito de saúde apontado no preâmbulo desta representa “uma evolução na abordagem do tema, tendo como maior virtude a identificação da saúde como um bem jurídico que apresenta três diferentes dimensões: uma individual, uma coletiva e outra ainda de desenvolvimento” (DALLARI & NUNES JUNIOR, 2010, p. 10).

O direito à saúde e ao bem estar não devem ser entendidos apenas como um direito a ser "saudável", derivam de liberdades e direitos; como direito individual o direito à saúde “privilegia a liberdade em sua mais ampla acepção” (DALLARI S. G., 1988), incluindo o direito de uma pessoa para controlar sua saúde e seu corpo, incluindo a liberdade sexual; o direito de não ser submetido a tortura ou a tratamentos e experiências médicas sem o seu consentimento.

Do ponto de vista filosófico, NOGUEIRA (2016, p. 97) parafraseando HEIDEGGER aponta que “em todas as enfermidades há alguma coisa que perturba e distorce o relacionamento do homem com o mundo e o limita em sua liberdade”.

Como direito coletivo, é notada a necessidade de um sistema de promoção e proteção da saúde para toda as pessoas com igualdade de oportunidades e tratamento.

“O bem-estar do indivíduo supõe aspectos sanitários, ambientais e comunitários que só podem ser concebidos a partir de uma perspectiva coletiva, donde resulta que uma concepção jurídica de saúde há de envolver não só direitos, mas também deveres, e não so por parte dos Estados, mas também das pessoas e da sociedade”. (DALLARI & NUNES JUNIOR, 2010, p. 9)

No plano das obrigações de direitos positivos o direito à saúde requer que os Estados adotem medidas apropriadas de caráter legislativo, administrativo, financeiro, judicial ou de outra natureza para sua plena efetivação (COMITÊ..., 2000).

Como obrigações dos Estados decorrentes do direito à saúde inclui-se: 1) a obrigação de respeitar, de natureza negativa, gera aos Estados o dever de absterse de determinadas ações. Essa configura-se no dever estatal de não limitar o acesso igualitário aos serviços de saúde preventivos, curativos e paliativos, de não impor tratamentos coercitivos e de não ocultar ou adulterar informações relacionadas com a saúde; 2) Obrigação de proteger, em que os Estados devem proteção dos indivíduos em face a ação de terceiros, devendo adotar medidas para impedir que particulares violem o direito à saúde. Para tanto, faz-se necessário a adoção de leis, regulamentos e outras medidas com o objetivo de regular a prestação de serviços privados; a comercialização de produtos de consumo humano, insumos e medicamentos; inclusive no que diz respeito ao acesso a informações relacionadas à saúde; 3) A obrigação de realizar o direito à saúde, enseja na adoção de normativas, políticas, programas e o fornecimento de infraestrutura sanitária que proporcione o acesso a bens e serviços em saúde. Essa obrigação exige que os Estados atuem de forma adequada na formação e provisão dos profissionais de saúde, no número suficiente de estabelecimentos de saúde; no fomento de investigações e a organização de campanhas de informação. Tal

obrigação desdobra-se nas obrigações de facilitar, proporcionar e promover o dever de manter e restabelecer a saúde da população. (COMITÊ..., 2000; OLIVEIRA, 2010).

Dessa forma, o direito à saúde e ao bem-estar estão correlacionados com as determinações sociais da saúde e, logo, com o exercício de outros direitos humanos; Assim, as Nações Unidas o interpretam como um direito inclusivo:

(...) que não só abrange a atenção à saúde adequada, mas também os principais fatores determinantes da saúde, como o acesso à água limpa e potável e às condições sanitárias adequadas, o fornecimento adequado de alimentos saudáveis, uma nutrição adequada, uma habitação adequada, condições saudáveis no trabalho e no ambiente e o acesso a educação e informações sobre questões relacionadas à saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva. (COMITÊ..., 2000, p. 97, tradução nossa).¹⁸

O reconhecimento do direito à saúde foi sendo construído ao longo dos anos por tratados internacionais. A Declaração Universal dos Direitos Humanos abordou tangencialmente o direito à saúde no artigo 25.1 ao afirmar que:

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, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle. (ORGANIZAÇÃO...,2008).

O artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966 (PIDESC) estabelece a necessidade de adoção de amplas medidas

¹⁸ “(...) un derecho inclusivo que no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional”.

de promoção e prevenção e cuidados, por parte dos Estados, a fim de assegurar o direito à saúde.

2. As medidas que os Estados Partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:

- a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças;
 - b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente;
 - c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças;
 - d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.
- (ORGANIZAÇÃO...,1966)

O direito à saúde é reafirmado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma Ata, em 1978, que teve como chave a busca pela promoção da saúde em caráter universal, elevando a saúde como o mais importante objetivo social mundial:

A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. (ORGANIZAÇÃO...,1978)

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos de 2005 reafirma em seu artigo 14, o reconhecimento da saúde como “um dos direitos fundamentais de qualquer ser humano, sem distinção de raça, religião, opções políticas e condição econômica ou social”, a Declaração também reforça a interface do direito à saúde com demais direitos ao prever que os avanços da ciência e tecnologia devem fomentar:

- (a) o acesso a cuidados de saúde de qualidade e aos medicamentos essenciais, nomeadamente no interesse da saúde das mulheres e das crianças, porque a saúde é essencial à própria vida e deve ser considerada um bem social e humano;

- (b) o acesso a alimentação e água adequadas;
 - (c) a melhoria das condições de vida e do meio ambiente;
 - (d) a eliminação da marginalização e da exclusão, seja qual for o motivo em que se baseiam;
 - (e) a redução da pobreza e do analfabetismo.
- (ORGANIZAÇÃO...,2005)

O reconhecimento do direito à saúde nesses documentos internacionais e em outros de carácter global¹⁹ ou regional²⁰, representa um importante progresso na compreensão do direito à saúde e no esforço dos Estados em estabelecer compromissos comuns e frente a sua população.

1.2.2. A Cooperação Internacional em Saúde

Ao que pese o desenvolvimento científico e tecnológico no cenário mundial, persistem muitos riscos para a saúde da população que não se limitam às fronteiras dos Estados. Problemas de saúde pública, de meio ambiente, de carácter social, dentre outros, são dotados de uma imensa capacidade de transpor as fronteiras nacionais,

¹⁹ O direito à saúde é reconhecido, em particular, no inciso iv), alínea e do artigo 5 da Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação Racial, 1965; na alínea f) do parágrafo 1º do artigo 11 e no artigo 12 da Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as Mulheres, 1979; bem como nos artigos 24 e 25 da Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989. De forma indireta, mas nem por isso mesmo importante, o direito à saúde encontra respaldo no Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, 1966 no artigo 7 ao proibir a tortura, vedação de experimentos médicos ou científicos sem consentimento livre da pessoa.

²⁰ Como a Carta Social Europeia de 1961 em sua forma revisada (Art. 11), a Carta Africana dos direitos humanos e dos povos, de 1981 (Art. 16), a Declaração Americana sobre os Direitos e Deveres do Homem (1948), a Convenção Americana de Direitos Humanos "Pacto de San José da Costa Rica" (1969), o Protocolo adicional para a Convenção Americana sobre direitos humanos em matéria de direitos econômicos, sociais e culturais "Protocolo de San Salvador", de 1988 (Art. 10).

confirmando a premissa de que tais problemas só serão enfrentados ou solucionados de forma eficaz se houver uma atuação conjunta dos atores envolvidos.

A cooperação internacional em saúde, não é, de fato, novidade, uma vez que a saúde se insere na esfera das relações internacionais, antes mesmo da própria formação dos Estados Nacionais. No século XIV as principais cidades do mundo estavam às margens do mediterrâneo, que concentrava o centro comercial do mundo, ligando Europa, Ásia e África. Foram nestas cidades que apareceram as primeiras tentativas de coordenação e proteção contra epidemias. Segundo COSTA (2003, p. 181):

A idéia de contágio se fortaleceu na Idade Média fornecendo as bases para o isolamento de doentes e a quarentena, dando início ao desenvolvimento da Vigilância Epidemiológica e, com isto, o ramo da Vigilância Sanitária de Portos, no futuro também de aeroportos e fronteiras. Em Veneza, o mais importante porto da Europa para a entrada das mercadorias vindas do Oriente, ocorreram as primeiras medidas para evitar a introdução da peste.

A partir de 1348, teve início o desenvolvimento do sistema de quarentena em Veneza e outras cidades, instituindo-se rigorosa inspeção das embarcações e de suas cargas em épocas epidêmicas. No final da Idade Média, todos os países da Europa dispunham de um Regulamento da Quarentena, uma espécie de determinação de urgência para os momentos de epidemia, o que implicava em rigoroso sistema de vigilância que dividia e esquadrihava o espaço urbano, com registro centralizado do controle minucioso dos vivos e dos mortos.

A cooperação em saúde abrange uma série de preocupações e atividades, que incluem desde a capacitação de profissionais para prevenção, vigilância, tratamento e outros serviços de saúde, até a coordenação e a *advocacy*, em foros multilaterais, em vista negociações como a ampliação do acesso a medicamentos, o compartilhamento de experiências e o intercâmbio de dados técnicos.

Nesse sentido, a cooperação internacional em saúde é especialmente pertinente pelo impacto de algumas questões de saúde com implicações políticas, sociais e econômicas que influenciam as relações entre os países e exigem estratégias coordenadas ao se abordar, por exemplo, epidemias, doenças transmissíveis como HIV/SIDA, Ebola, Zika, acesso a vacinas e medicamentos, regulação de produtos, doenças crônicas não transmissíveis, etc.

Sob o ponto de vista da responsabilidade dos Estados perante a saúde de sua população, é importante compreender que não existe qualquer conflito entre as ações internas e a cooperação internacional, e sim a necessidade de complementariedade nas ações dos Estados, a partir da compreensão da saúde como um direito humano:

El imperativo de la cooperación radica en lo que podría denominarse la “paradoja de la soberanía”. En un mundo donde la unidad de organización política sigue siendo el Estado nacional, la responsabilidad por la salud de cada población recae en el gobierno respectivo. Sin embargo, (...) un número creciente de determinantes de la salud está vinculado con la interdependencia entre los países y por lo tanto queda más allá del control de cualquier gobierno individual. La única forma de resolver esta paradoja es a través de la acción colectiva internacional, por medio de la cual los estados nacionales comparten su soberanía para alcanzar objetivos que ninguno puede lograr por sí solo. Entre esos objetivos la salud es el más trascendente para avanzar hacia el desarrollo, la seguridad, la democracia y el valor universal de los derechos humanos. (FRENK; GOMÉZ-DANTÉS, 2007).

Retomando o conceito de saúde da OMS(ORGANIZAÇÃO...,1946), no preâmbulo da Constituição da OMS (1948) em seu caráter de múltiplos aspectos “a preservação do bem-estar de cada um depende de ampla cooperação de Estados e indivíduos” (DALLARI & NUNES JUNIOR, 2010).

O fundamento jurídico da cooperação internacional em saúde resgata o disposto nos artigos 55 e 56 da Carta das Nações Unidas, no Comentário Geral n. 14

do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CDESC), referente ao direito à saúde, em que a cooperação internacional para o desenvolvimento e o alcance dos direitos humanos constituem uma obrigação para todos os Estados.

A relevância da cooperação internacional em saúde advém da importância estratégica do tema nas relações internacionais e seus potenciais impactos na política interna (KICKBUSCH; SILBERSHMIDT; BUSS, 2007). As relações entre os Estados são pautadas por diversas questões e interesses que podem influenciar no processo saúde-doença e a gestão dos sistemas de saúde nacionais de forma positiva e também negativa. Desse modo, a cooperação internacional em saúde requer a compreensão sobre os problemas e impactos da globalização.

El nuevo escenario creado por la globalización exige al sector salud reconciliar su objetivo final —la protección de la salud de la población— con las demandas generadas por la producción y el comercio de bienes y servicios de salud tanto en el plano nacional como internacional, tratando de optimizar los beneficios a lo largo del proceso (OPAS/OMS, 2003).

La globalización modifica la naturaleza de las necesidades en salud, así como el tipo de intervenciones adecuadas para satisfacerlas. Las comunidades, además de afrontar los problemas locales relacionados con sus sistemas de salud, también deben hacer frente a la transferencia internacional de riesgos para la salud. Es por eso que la globalización, si no introduce, al menos acentúa desafíos tales como la necesidad de mancomunar esfuerzos internacionales para reducir riesgos y aprovechar las oportunidades sanitarias para garantizar el derecho a la salud (ISAGS, 2012).

O reconhecimento internacional da saúde como direito humano e a construção de mecanismos de cooperação entre os países para a sua efetivação são instrumentos para se fortalecer o direito à saúde no cenário internacional.

Esse cenário teve como marco principal a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, organismo especializado das Nações Unidas com funções e princípios definidos em sua carta constitutiva.

No entanto, o movimento institucional em prol da cooperação e coordenação internacional em saúde foi iniciado um século antes, em 1851, com a Primeira Conferência Sanitária Internacional realizada em Paris, em resposta à necessidade de controlar epidemias de cólera, febre amarela e peste bubônica que atingiam grandes extensões de terra e ultrapassavam as fronteiras dos países entre 1830 e 1847.

Entre 1851 e 1903 foram realizadas onze conferências sanitárias, aonde surgiram propostas de cooperação para o combate às doenças infecciosas e a negociação de acordos internacionais, com o principal objetivo de "estudar em que medida era concebível suprimir a quarentena sem colocar em risco a saúde das populações" (LÖWY, 2006, p. 33). As quarentenas eram um verdadeiro entrave ao comércio internacional, e, em parte, os órgãos sanitários buscavam resolver os assuntos econômicos em primeiro plano. Essa necessidade fez surgir, em 1892 a primeira Convenção Sanitária Internacional, antecedente do atual Regulamento Sanitário Internacional (GOSTIN, 2014, p. 90).

Nas Américas, com o incremento das relações comerciais intercontinentais, no mesmo período, surgiu a primeira iniciativa de se construir uma organismo especializado em questões de saúde - "melhorar o comércio marítimo e a saúde fez parte do processo de modernização e centralização da vida política" (CUETO, 2004, p. 19, tradução nossa) ²¹.

²¹ *mejorar el comercio marítimo y la sanidad fue parte de este proceso de modernización y centralización de la vida política*

Em 1902, a Conferência Internacional Americana aprovou a Primeira Convenção Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas. Impulsionado pelo presidente Franklin Roosevelt, o processo culminou na criação da Organização da Repartição Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas, com sede em Washington – denominada, a partir de 1920, de Repartição de Saúde Panamericana; em 1923, passou a ser conhecida como Repartição Sanitária Pan-Americana e, finalmente, em 1959, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (CUETO, 2004; OPS, 1992; GOSTIN, 2014).

Na Europa, em 1907, foi criado o Escritório Internacional de Higiene Pública, em Paris, com a intenção de internacionalizar a saúde em função do comércio. Havia a necessidade de cooperação ante os riscos de contaminação que se impunham aos Estados. Naquele momento, a cooperação já contava com o envolvimento de corporações multinacionais e de atores não governamentais em numerosas iniciativas (BROWN, CUETO E FEE, 2006; CUETO, 2004).

Outro passo na tentativa da institucionalização de uma governança em saúde foi a criação da Organização da Saúde da Liga das Nações, em 1920, com sede em Genebra, que patrocinou algumas comissões internacionais sobre doenças e publicou estudos epidemiológicos e relatórios técnicos (DUBIN, 1995; HOWARD-JONES, 1978).

Entretanto, dificuldades políticas impediram a fusão, naquele momento, dessas comissões de saúde da Liga das Nações com o Escritório Internacional de Higiene Pública, de Paris; no entanto, ambos mantiveram um vínculo orgânico. Segundo BROWN et al. (2006), o orçamento destinado para a área da saúde pela Liga das Nações era pequeno e havia oposição velada de outras organizações nacionais e

internacionais, inclusive do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos; apesar dos percalços, ambos sobreviveram até a Segunda Guerra Mundial, quando seria definido o futuro da saúde internacional, com a criação da OMS.

Registros apontam que o sanitarista Geraldo de Paula Souza, ao participar da Conferência para a fundação da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945, juntamente com a delegação da China, apresentou a proposta de se constituir um comitê para avaliar as possibilidades de se criar uma organização internacional de saúde (CAMPOS, 2002; FINKELMAN, 2002; HIRSCHFELD E OGUISSO, 2002; ROLAND E GIANINI, 2013).

A proposta surtiu efeito e levou a criação da OMS dentro do sistema da ONU, como a agência especializada em saúde, dotada de um mandato bastante ambicioso: “a aquisição, por todos os povos, do nível de saúde mais elevado que for possível” (ORGANIZAÇÃO..., 1946, Art. 1).

Sua constituição lhe confere autoridade executiva e de coordenação, no campo da saúde internacional, ao estabelecer uma série de funções descritas em seu artigo 2o. Dentre suas principais funções, a OMS se encarrega de liderar questões e parcerias para o desenvolvimento da saúde, de promover a cooperação entre os grupos científicos e profissionais, de estimular a pesquisa científica, de estabelecer normas, tais como convenções, acordos e regulamentos e fazer recomendações na área, de prestar apoio técnico e de monitorar a situação da saúde no mundo. Além disso, apoia programas para prevenir e tratar doenças como a malária²² e a tuberculose²³, supervisiona a implementação do Regulamento Sanitário Internacional, promove

²² <http://www.who.int/malaria/en/>

²³ <http://www.who.int/tb/en/>

relatórios sobre a situação de saúde em diversos países e publica periódicos para o desenvolvimento da área.

A OMS é a principal responsável pela construção de normas de direito internacional sanitário. Entre as funções normativas, inclui-se a possibilidade de “propor convenções, acordos e regulamentos e fazer recomendações relativas a assuntos internacionais de saúde” (ORGANIZAÇÃO..., 1946, Art. 2, k), como expõe de forma detalhada os artigos 19 a 23, adiante.

O artigo 19 da Constituição da OMS dispõe que a Assembleia Mundial da Saúde (AMS) – órgão máximo de decisão, pode adotar convenções e acordos relativos referentes “a qualquer assunto que seja da competência da Organização” (ORGANIZAÇÃO..., 1946, Art. 19), sendo necessária a maioria de dois terços dos votos da Assembleia. As convenções entram em vigor assim que cada Estado aceite-as, de acordo com suas próprias regras constitucionais.

A adoção desses instrumentos normativos da OMS depende de confirmação nacional, mediante processo definido conforme as normas internas de cada país. No Brasil, a ratificação de tratados internacionais está sujeita à aprovação do Congresso Nacional (artigo 49, inciso I, da Constituição Federal de 1988).

O artigo 20 da constituição da OMS impõe a cada Estado-membro a obrigação de tomar as medidas necessárias para aprovar internamente as convenções, dentro de um prazo de até dezoito meses, sendo necessária a notificação sobre a aprovação ou não de cada convenção. No caso de aprovação, os Estados se comprometem, ainda, a encaminhar relatórios anuais ao diretor geral da OMS sobre a implementação.

Segundo os artigos 21 e 22, a Assembleia tem autoridade para adotar regulamentos relativos, principalmente, a medidas sanitárias e de quarentena ou a

procedimentos destinados a impedir a propagação de doenças. Os regulamentos têm caráter vinculativo e entram em vigor para todos os Estados-membros após sua adoção por maioria simples. Estariam excluídos apenas os Estados que se recusarem a fazê-lo ou que apresentarem ressalvas ao regulamento, desde que manifestadas de forma expressa.

Já o artigo 23 permite à Assembleia elaborar recomendações aos Estados-membros em relação a qualquer questão que seja da competência da OMS. As recomendações não têm poder vinculante e não têm, necessariamente, aplicação direta no direito interno dos Estados-membros. Elas são entendidas como um instrumento de colaboração entre a OMS e seus membros e representam uma manifestação deles frente a situações de saúde e de governança que não tiveram peso ou oportunidade suficiente para se adotar um instrumento impositivo.

A escolha por uma definição de saúde abrangente e positiva, aliada à competência de adotar normas internacionais no campo da saúde, confere ao mandato da OMS uma vasta dimensão (MONDIELLI, 2012).

Entretanto, a OMS não é a única entidade capaz de realizar ações de cooperação internacional em saúde, sejam elas ações colaborativas como programas de saúde ou definição de normas orientadoras como as Recomendações ou impositivas como as Convenções.

1.2.3. Os Blocos Regionais e a Cooperação Internacional em Saúde

Os processos de integração regional funcionam como espaços de atuação da diplomacia da saúde²⁴. Nos últimos anos, tem-se verificado um número crescente de organizações internacionais e regionais paralelas ao Sistema das Nações Unidas. Essas, com mandato dos países membros, têm atuado na cooperação internacional em saúde.

Na região das Américas, por exemplo, se verifica um grande número de organismos que abordam a temática da saúde, tais como a Comunidade Andina das Nações (CAN), Comunidade do Caribe (CARICOM), Sistema de Integração Centro-americano (SICA), o Mercado Comum do Sul (Mercosul), a Aliança Bolivariana para os Povos de Nossa América (ALBA), União das Nações Sul-americanas (Unasul) (BOLIS, CAMPOS, 2012, P. 97)²⁵.

No contexto internacional outros arranjos políticos, econômicos e blocos de integração regionais também possuem o tema da saúde em sua agenda de prioridades, tais como União Africana (UA), União Europeia (UE), Organização dos Estados Americanos (OEA), Comunidade do Caribe (CARICOM), a Liga Árabe, Associação das Nações do Sudeste Asiático (ANSA) e a Associação Sul-Asiática para a Cooperação Regional (SAARC), Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), BRICS, Aliança do Pacífico, entre outros.

²⁴ Segundo KICKBUCH (2010) diplomacia da saúde trata dos processos de negociação que configuram e gerenciam o ambiente da política global para a saúde e seus determinantes.

²⁵ “A dimensão social, nomeadamente as questões de saúde se tornaram mais importantes; expandiram iniciativas e/ou a cooperação de integração na área da saúde nas Américas. Estas iniciativas respondem aos compromissos que assumiram os governos da região em vários encontros e fóruns internacionais como as Cúpulas de Presidentes e Ministros de Saúde de organizações sub-regionais, como a Comunidade Andina de Nações (CAN), o Mercado comum do Sul (MERCOSUL), o Sistema de Integração Centro-Americana (SICA), a Comunidade do Caribe (CARICOM), a Aliança Bolivariana para os Povos de Nossa América (ALBA) e, mais recentemente, a União de Nações Sul-americanas (UNASUL).” (Tradução livre).

Para HABERMAS (2003), existem duas formas básicas de integração de um sistema de ação, que poderia ser utilizado para compreender as iniciativas de integração:

- Integração obtida através de um consenso alcançado normativamente ou comunicativamente (Integração social);

- Integração obtida através de uma regulação não normativa das decisões individuais que vai além da consciência dos atores, via mecanismos auto-regulados como o mercado, ou a burocracia (Integração sistêmica).

Há um forte consenso de que a definição de políticas sociais regionais²⁶ entre países funcionam como estratégia para se alcançar uma inserção mais justa no mundo de hoje e aumentam as possibilidades de se promover o desenvolvimento humano com maior equidade, inclusão e justiça social (DEACON, ORTIZ, & ZELENEV, 2007).

A definição de políticas a nível regional tem a possibilidade de ampliar o poder de negociação na aquisição e troca de bens e produtos; compartilhar os riscos e as respostas em caso de emergências internacionais; criar capacitações e centros de pesquisa regionais, contribuindo para um modelo de governança. Conforme os mesmos autores:

The essence of this argument consists of using regional integration to promote endogenous development, establishing a balance between market forces and the public interest. (...) A world of regions each with a strong social dimension might provide an alternative and more effective model for global social governance. (DEACON, ORTIZ, & ZELENEV, 2007, p. 2 e 4)

²⁶ Conforme DEACON, B; ORTIZ, I; ZELENEV, S. The Concept of Regional Social Policy . In: DESA Working Paper No. 37, ST/ESA/2007/DWP/37, June 2007.

O que se tem observado, através das experiências e processos de integração social que existem em curso, é que a vantagem da abordagem regional para a saúde pode ser manifestada de diversas maneiras, através de:

- ações coordenadas internacionalmente para alcançar os objetivos comuns em uma posição melhor negociação (por exemplo na negociação e compra de medicamentos, negociação de acordos no âmbito da OMS e outros organismos do Sistema Onusiano);
- Compartilhamento de experiência e boas práticas (por exemplo, espaços para o compartilhamento de conhecimento, evitar duplicações, fóruns e redes de instituições);
- definição de políticas comuns que envolvam, por exemplo, a harmonização de políticas, estratégias, normas e desenvolvimento de sistemas regulatórios comuns, sistemas de informação e vigilância, laboratórios certificados de uso comum, as instituições comuns de formação regionais ou sistemas regionais de certificação de instituições de formação e de pesquisa; políticas de proteção social nas fronteiras ou extensão da proteção social aos trabalhadores migrantes, a implementação do programas de saúde comuns, sistemas alternativos de abastecimento de água (para uso em situações de emergência e desastres);
- Desenvolvimento de sistemas de alerta precoce de epidemias regionais acoplados à coordenação regional de especialistas para a rápida implantação de áreas afetadas;
- Facilidade ao acesso dos cidadãos a serviços médicos especializados através parcerias regionais;

- definição de processos de cooperação técnica entre os países para o desenvolvimento e fortalecimento das capacidades nacionais em diversas áreas;
- desenvolvimento de capacidades para a gestão, promoção, análise, monitoramento e avaliação das instituições de integração supranacionais (se essas existirem no modelo de integração em questão)
- Coordenação da produção e aquisição regional de produtos farmacêuticos e de benefício de economias de escala;
- Realização de acordos para programas de intercâmbio, e promoção de capacidades humanas adequadas aos problemas da região;
- Investigação compartilhada;
- Coordenação das abordagens para as negociações de saúde global.

Uma análise sobre a atuação da União das Nações Sul-americanas (Unasul) entre 2010 a 2014 nas deliberações durante a Assembleia Mundial da Saúde (AMS), constatou que os países tomaram 26 posicionamentos comuns referentes a vinte e seis Resoluções, o que, segundo FARIA *et al.*(2015, p. 920 a 934); essa atuação contribuiu para o fortalecimento do processo de integração regional na América do Sul e para a construção de uma agenda regional em saúde.

A cooperação possibilita o estabelecimento de objetivos comuns entre países e a constituição de normas e estruturas no seio das quais acordos podem ser concretizados.

A existência de diversas formas de integração, fruto da soberania dos Estados em definir suas políticas exteriores, de segurança e econômicas, dificulta a apreciação

desse conceito²⁷. Uma análise separada das principais esferas do processo possibilita uma melhor compreensão da integração em determinada região ou entre dados países. É importante ressaltar que a integração é um ato político entre unidades territoriais – na sua maioria Estados. Ela é um processo de cooperação interestatal que ocorre através da coordenação de políticas de um ou mais setores.

A expressão jurídica dos blocos regionais ocorre na formalização de seus compromissos comuns. A definição formal dos princípios, dos objetivos, da estrutura e dos mecanismos de funcionamento dos blocos de integração regional é resultado de uma atividade cooperativa entre os Estados.

A existência de agendas políticas dos blocos de integração regional para a definição de prioridades e estratégias de saúde são resultados de atividades de cooperação internacional. Para se compreender a cooperação internacional em saúde no contexto de blocos regionais é fundamental analisar os mecanismos previstos para sua realização, tais como as resoluções e recomendações.

1.2.3.1 Lições da União Europeia na Cooperação Internacional em Saúde

1.2.3.1 O direito na União Europeia

²⁷ A diversidade prática do processo integracionista permite diversas outras visões e definições sobre o tema. A parte desse trabalho, podemos destacar ainda, sob um caráter econômico, a teoria marxista de integração, preconizada por Ernest Mandel, segundo a qual a integração é explicada pelos esforços das classes capitalistas transnacionais em aumentar sua acumulação de capital. O Institucionalismo neoliberal prega que a interdependência é causa de uma maior demanda por cooperação internacional, e que a integração é a maneira pela qual os Estados auto-interessados podem cooperar. O intergovernamentalismo defende que o interesse econômico é o maior motivador de um processo de integração. Essa teoria ressalta ainda a importância do papel do Estado nesse processo. (Gilpin, 2001). Para mais teorias e conceitos de integração ver Gilpin (2001), Dougherty & Pfaltzgraff (2003), Herz & Hoffmann (2004).

A ordem legal da União Europeia é única no cenário do século XX, ela se difere tanto da ordem legal interna dos Estados membros, como do tradicional direito internacional. Ela possui um propósito distinto: a “integração” dos mercados, das economias, e mais recentemente relacionada às políticas dos Estados membros. Integração nesse contexto não significa simplesmente a harmonização das legislações, mas se refere também a uma variedade de mecanismos que possibilitem uma integração real “by which the UE achieves its integrative aims”. (HERVEY; McHALE, 2004, p. 31)

De forma resumida o direito comunitário, atualmente conhecido como direito europeu, se divide em direito primário e derivado. Sendo os tratados constitutivos ou “fundadores” que enunciam a repartição de competências entre a União e os Estados-Membros e estabelecem os poderes das instituições da UE como fontes do direito primário. Esses tratados, assim como aqueles tratados modificativos da UE, os protocolos anexados e os tratados de adesão dos Estados-Membros, determinam o quadro jurídico no âmbito do qual as instituições da UE aplicam suas políticas.

No que diz respeito ao direito primário o Tratado de Lisboa proclama no seu artigo 6.º o reconhecimento dos direitos, das liberdades e dos princípios enunciados na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia²⁸, dando a ela o mesmo valor

²⁸ DOUE, série C, núm 83, de 30 de março de 2010, p. 389. A Carta reúne num único documento os direitos que anteriormente se encontravam dispersos por diversos instrumentos legislativos, como a legislação nacional e da UE, bem como as convenções internacionais do Conselho da Europa, das Nações Unidas (ONU) e da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Conferindo visibilidade e clareza aos direitos fundamentais, a Carta cria segurança jurídica dentro da UE. Se algum dos direitos corresponder aos direitos garantidos pela Convenção Europeia dos Direitos Humanos, esses direitos deverão ter um sentido e âmbito de aplicação iguais aos determinados pela convenção, embora a legislação da UE possa prever uma proteção mais abrangente. Quaisquer direitos resultantes das tradições constitucionais comuns dos países da UE devem ser interpretados de acordo com essas tradições. O Protocolo (n.º) 30 aos Tratados, relativo à aplicação da Carta à Polónia e ao Reino Unido,

jurídico de seus Tratados; a adesão da União à Convenção Europeia para a Proteção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais e esclarecendo que o disposto na Carta e na Convenção não ampliam ou alteram as competências da União tais como definidas nos Tratados próprios. Nesse artigo se explicita, ainda, que os princípios gerais, os direitos fundamentais tal como os garantidos na Convenção Europeia para a Proteção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais e tal como resultam das tradições constitucionais comuns aos Estados- Membros, fazem parte do direito da União.

Este artigo vem abrir uma nova era na União Europeia. De mera comunidade econômica, de espaço comercial e aduaneiro comum, a União converte-se num campo de respeito e promoção dos direitos humanos que se fundamentam em três bases de normatividade:

- a) Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia;
- b) Convenção Europeia para a Proteção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais e;
- c) Tradições constitucionais comuns aos Estados-Membros.

Numa análise um pouco mais detalhada da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia destacam-se os seguintes artigos que se relacionam diretamente ao tema da saúde:

“Artigo 3.º: Direito à integridade do ser humano
1. Todas as pessoas têm direito ao respeito pela sua integridade física e mental.

restringe a interpretação da Carta pelo Tribunal de Justiça da UE e pelos tribunais nacionais destes dois países, em especial no que diz respeito aos direitos relacionados com a solidariedade (capítulo IV).

2. No domínio da medicina e da biologia, devem ser respeitados, designadamente:

- o consentimento livre e esclarecido da pessoa, nos termos da lei,
- a proibição das práticas eugénicas, nomeadamente das que têm por finalidade a seleção das pessoas,
- a proibição de transformar o corpo humano ou as suas partes, enquanto tais, numa fonte de lucro,
- a proibição da clonagem reprodutiva dos seres humanos.”

Artigo 35.º - Proteção da saúde:

Todas as pessoas têm o direito de aceder à prevenção em matéria de saúde e de beneficiar de cuidados médicos, de acordo com as legislações e práticas nacionais. A definição e execução de todas as políticas e ações da União é assegurado um elevado nível de proteção da saúde humana.”

O direito derivado é composto pelos atos unilaterais provenientes das próprias instituições da EU, que constam da nomenclatura do artigo 288.º do Tratado sobre o Funcionamento da UE: regulamentos, diretivas, decisões, pareceres e recomendações, além de atípicos como comunicações, as recomendações e outros, e decorrem dos princípios e objetivos estabelecidos nos tratados, e são emanados pelos órgãos ou instituições da EU. Esses podem ser “hard or binding legal measures” (HERVEY; McHALE, 2004, p.42). Os regulamentos e decisões são diretamente aplicáveis nos países da UE. Em contrapartida, as diretivas da UE fixam um objetivo geral que todos os países devem alcançar, cabendo a cada país decidir como atingir esse objetivo através de legislação nacional num determinado prazo.

Nos Estados membros da União Europeia a responsabilidade pela saúde não se encontra unicamente alocada às suas instituições nacionais, mas em algumas circunstâncias podem assentar-se nas instituições da União Europeia ou em interações entre ambas (BÉLANGER, 2012; HERVEY; McHALE, 2004).

As três principais instituições da UE envolvidas no processo legislativo são o Parlamento Europeu, o Conselho da União Europeia e a Comissão Europeia. Em conjunto, estas três instituições adoptam, através do processo legislativo ordinário²⁹, as políticas e a legislação que se aplicam em toda a UE. Em princípio, a Comissão propõe nova legislação e o Parlamento e o Conselho adotam-na. A Comissão e os Estados-Membros são os responsáveis pela sua execução. A Comissão vela também pela transposição da legislação da UE para as ordens jurídicas nacionais.

Essas instituições legislativas possuem competências limitadas, podendo agir somente nas áreas ou temas onde os tratados lhe garantam formalmente poderes. Todos esses atos (regulamentos, diretivas, decisões, etc.) podem ser revistos quanto a sua forma e conteúdo pelo Tribunal de Justiça da EU. Importante, ainda, esclarecer que diferentes atos dessas instituições possuem diferentes efeitos nos sistemas jurídicos e de saúde nacionais.

Para que a União intervenha em qualquer domínio é necessário que esta goze de legitimidade. Tal legitimidade pode ser verificada a partir dos tratados constitutivos, e das formas que levam a definição dessas competências. De todo modo qualquer ato normativo oriundo das instituições da União Europeia em matéria de saúde deve ter sua previsão de competência definida nos tratados que as constituem.

²⁹ No início, o Tratado de Roma de 1957 deu ao Parlamento um papel consultivo no processo legislativo: a Comissão propunha e o Conselho adotava a legislação. O Ato Único Europeu (1986) e os Tratados de Maastricht, de Amsterdã, de Nice e de Lisboa, sucessivamente, alargaram as prerrogativas do Parlamento. Agora pode legislar em pé de igualdade com o Conselho na grande maioria dos domínios. Implica a intervenção do Parlamento Europeu enquanto co-legislador a par do Conselho. Disponível em: <http://www.europarl.europa.eu/aboutparliament/pt/20150201PVL00004/Poderes-legislativos>. Acesso em 08 de novembro de 2014.

1.2.3.2 A saúde nos tratados da União Europeia

Com o entusiasmo da criação da Comunidade Econômica do Carvão e do Aço (CECA) várias propostas surgiram: comunidade europeia de defesa, comunidade política e até mesmo um projeto preliminar de comunidade em matéria de saúde pública, lançada pelo ministro francês da época Paul Ribeyre em 1952, que possuía três prioridades de enfoque: mercado comum dos profissionais de saúde e produtos para a saúde; cooperação muito avançada em matéria de formação, pesquisa e ações sanitárias; progressiva unificação dos regimes de seguridade social (DE GROVE-VALDEYRON, 2013).

Esse projeto não foi adiante, sendo necessário compreender a forma como os tratados foram abordando a preocupação comunitária em matéria de saúde ao longo dos anos.

A base constitucional relacionada à competência em saúde na União Europeia tem sua origem nos diferentes tratados que antecederam sua própria criação. Ao que pese a ausência ou poucos aportes nos tratados da CEE, CECA ou EURATOM em matéria de saúde, observa-se alguns apontamentos que marcaram a preocupação com os riscos de saúde dos trabalhadores, ou ações relacionadas às pessoas incapacitadas. (BÉLANGER, 2012, pag. 427)

Os tratados originais CECA de 1951 e Comunidade Económica Europeia (CEE) e Comunidade Europeia da Energia Atômica (EURATOM) de 1957, não

conferiam poderes específicos à comunidade europeia em matéria de saúde pública³⁰. No Tratado de Roma, a proteção da saúde pública não figurava no direito primário como uma missão comunitária, nem como uma ação por si, tendo apenas lugar através das diretivas sobre política sanitária a serem progressivamente adotadas e aparecendo, por norma, sob a alçada da liberdade de circulação de mercadorias. Eles abordavam a saúde com uma aproximação estritamente defensiva (BÉLANGER, 2012). Tais preocupações reportavam-se à proteção social de trabalhadores migrantes e respectivas famílias, cujos seguros de saúde e acesso aos cuidados sanitários precisavam ser garantidos, de modo a permitir a liberdade de circulação do trabalhador, essencialmente no que diz respeito a preocupação com a saúde e segurança dos trabalhadores, conforme quadro abaixo:

Quadro 3: Evolução da temática de saúde na União Europeia

Tratado	Dispositivo	Texto do Tratado
CECA, 1951	Art. 46, §5	“Reunir informações necessárias para avaliação das possibilidades de melhora das condições de vida e trabalho dos trabalhadores nas indústrias de sua competência e dos riscos que decorrem dessas condições de vida”
	Art. 55, §1	“A alta autoridade deverá fomentar a investigação técnica e econômica relacionada com a produção e consumo de carvão e aço, bem como a segurança no trabalho dessas indústrias.”
CEE, 1957	Art. 117	“Os Estados-membro acordam sobre a necessidade de promover a melhora das condições de vida e trabalho dos trabalhadores a fim de conseguir sua equiparação por via do progresso.”
	Art. 118	“(…) a Comissão terá por missão promover uma estreita colaboração com os Estados-membros no âmbito social, particularmente nas matérias relacionadas a:

³⁰ Cfr. Michaelowski S., “Health Care Law” in Peers S, Ward A, The EU Charter of Fundamental Rights: politics, law and policy, Hart Publishing, Portland – Oregon, 2004, pp. 287-308.

		<ul style="list-style-type: none"> - Direito ao Trabalho e condições do trabalho; - Proteção contra acidentes de trabalho e doenças profissionais; - higiene do trabalho.
CEEA, 1957	Art. 2, b)	Para o cumprimento da sua missão, a Comunidade deve, nos termos do disposto no presente Tratado: b) Estabelecer normas de segurança uniformes destinadas à proteção sanitária da população e dos trabalhadores e velar pela sua aplicação.
	Art. 30	<p>Serão estabelecidas na Comunidade normas de base relativas à proteção sanitária da população e dos trabalhadores contra os perigos resultantes das radiações ionizantes. Entende-se por «normas de base»:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) As doses máximas permitidas, que sejam compatíveis com uma margem de segurança suficiente; b) Os níveis máximos permitidos de exposição e contaminação; c) Os princípios fundamentais de vigilância médica dos trabalhadores.

Fonte: Tratado CECA, Tratado CEE, Tratado CEEA ou EURATOM³¹

O Ato Único Europeu de 1986 e o desenvolvimento do conceito de Europa dos cidadãos permitiu enquadrar a prioridade reconhecida pelo Tratado de Roma à liberdade de circulação por preocupações como o ambiente, a saúde ou a proteção dos consumidores. Essa constituiu uma etapa importante ao modificar os tratados e incluir competências em matéria de saúde, ainda que não de forma direta

³¹Comunidade Europeia do Carvão e Aço. **Tratado que institui a Comunidade Europeia do Carvão e do Aço (Tratado CECA)**, 1951. Disponível em: < <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=URISERV:xy0022&from=ES> >. Acesso em: 09 jul. 2014. Comunidade Económica Europeia. **Tratado que institui a Comunidade Económica Europeia ou Tratado CEE - texto original (versão não consolidada)**, 1957. Disponível em: < <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=URISERV:xy0023&from=ES> >. Acesso em: 09 jul. 2014.

Comunidade Europeia da Energia Atómica. **Tratado que institui a Comunidade Europeia da Energia Atómica (Euratom)**, 1957. Disponível em: < <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=URISERV:xy0024&from=PT> >. Acesso em: 09 jul. 2014.

(BÉLANGER,2012); (DE GROVE-VALDEYRON, 2013), três destaques possuem objetivos relacionados a saúde pública:

Quadro 4: Saúde no TCEE

Tema	Inclusão dos Dispositivos ao TCEE	Texto do Tratado
Política de meio ambiente	Art. 130 R	1. A ação da Comunidade em matéria de ambiente tem por objetivo: — preservar, proteger e melhorar a qualidade do ambiente; — contribuir para a proteção da saúde das pessoas; — assegurar uma utilização prudente e racional dos recursos naturais
Política Social	Art. 118 A	1. Os Estados-membros empenham-se em promover a melhoria, nomeadamente das condições de trabalho, para protegerem a segurança e a saúde dos trabalhadores, e estabelecem como objetivo a harmonização, no progresso, das condições existentes nesse domínio.
Mercado Interior	Art. 100 A	3. A Comissão, nas suas propostas previstas no nº1 em matéria de saúde, de segurança, de proteção do ambiente e de proteção dos consumidores, basear-se-á num nível de proteção elevado.

Fonte: Tratados que instituem as Comunidades Europeias³²

O Tratado de Maastricht, 1993, que institui a Comunidade Europeia (depois União), representa um marco fundamental ao incluir como um de seus objetivos a “contribuição para a realização de um elevado nível de proteção da saúde” (Art. 3, o).

³² União Europeia. **Tratados que instituem as Comunidades Europeias**: Tratados que alteram esses tratados. Acto único Europeu. 1987. Vol. I. 1128 p.

Esse tratado, ainda, inclui um título específico (Art.129) como base legal explícita das competências em matéria de saúde pública.

A inclusão desse artigo pode se relacionar com a percepção dos Estados-membros de que alguns problemas de saúde não podem ser solucionados somente dentro de suas fronteiras, como por exemplo na época as epidemias relacionadas ao HIV/AIDS. De forma alternativa ou adicional pode estar relacionada à preocupação dos Estados-membros em limitar a competência da EU em matéria de saúde, reflexo de atividades que já vinham acontecendo³³:

Some subsequent activity involving coordination of policies between the Member states in the field of health, predating the inclusion of specific legal basis provisions on health in the Treaty. For instance, the Europe against Cancer programme was established in 1989, and the Europe against AIDS programme in 1991. As the enactment of these measures predated any formal competence on the part of the Community to take such action. (HERVEY; McHALE, 2004, p. 73).

Destacamos que a revisão do art. 129 do Tratado de Maastricht pelo Art. 152 do Tratado de Amsterdã, 1997, fruto da epidemia da “vaca louca” ou BSE³⁴, alertou que os perigos para a saúde transfronteiriços se desenvolvem numa proporção cada vez maior, e incitou a União Europeia quanto a necessidade de adotar um papel mais importante na promoção e coordenação de soluções de cuidados de saúde:

A ação da Comunidade (...) incide na melhoria da saúde pública, bem como na prevenção das doenças e afecções

³³ Baseadas na interpretação do art. 235, TCEE, 1957 “Quando uma ação da Comunidade resulte necessária para alcançar, no funcionamento do mercado comum, um dos objetivos da comunidade, sem que o presente Tratado tenha previsto os poderes de ação necessários, o Conselho, por unanimidade, a proposta da Comissão e prévia consulta a Assembleia, adotará as disposições pertinentes.”

³⁴ A crise da BSE levou a União Europeia a proibir as exportações de carne britânica por 10 anos, com efeitos a partir de Março de 1996.

humanas e das causas de perigo para a saúde humana. (UE, 1997)

Segundo Hervey e McHale (2004) tal modificação ampliou as competências da União Europeia de “contribuir para um elevado nível de proteção da saúde humana” para “assegurar um elevado nível de proteção da saúde”.³⁵

A essência desse artigo incide em definir, naquele momento, as medidas legislativas que o Conselho da EU poderia adotar³⁶. Bem como as recomendações propostas pela Comissão para os fins do artigo. Dessa forma, o Conselho adotou resoluções concretizando diversos programas de ação da Comissão incluindo, por exemplo: Programas de saúde relacionados a AIDS, câncer, drogas, prevenção, doenças raras, monitoramento em saúde e Programas de Ação em matéria de Saúde Pública para a promoção, informação, educação e capacitação³⁷.

A UE preservou as responsabilidades dos Estados-Membros em matéria de organização e prestação de serviços de saúde e de cuidados médicos (Art. 152, §5).

Os avanços mais profundos são verificados no tratado de Lisboa (2009), que consagra um espaço relativamente importante para a saúde. Nele é fixada a competência da União para desenvolver ações destinadas a apoiar, coordenar ou

³⁵ Art. 152 Na definição e execução de todas as políticas e ações da Comunidade será assegurado um elevado nível de proteção da saúde.

³⁶ “Art. 152, §4, a) Medidas que estabeleçam normas elevadas de qualidade e segurança dos órgãos e substâncias de origem humana, do sangue e dos derivados do sangue; essas medidas não podem obstar a que os Estados-Membros mantenham ou introduzam medidas de proteção mais estritas; b) Medidas nos domínios veterinário e fitossanitário que tenham diretamente por objetivo a proteção da saúde pública; c) Ações de incentivo destinadas a proteger e melhorar a saúde humana, com exclusão de qualquer harmonização das disposições legislativas e regulamentares dos Estados-Membros”.

³⁷ Decisão 646/96/EC, OJ 1996 L95/9; Decisão 647/96/EC, OJ 1996 L95/16; Decisão 102/97/EC, OJ 1997 L19/25; Decisão 645/96//EC, OJ 1996 L95/1; Decisão 372/99/EC, OJ 1999 L46/1; Decisão 1400/97/EC, OJ 1997 L193/1.

completar a ação dos Estados-Membros, no que diz respeito à Proteção e melhoria da saúde humana (art.2-E, alínea a), enfatizado que as políticas e ações a serem levadas a cabo pela União devem levar em conta as exigências relacionadas à proteção da saúde humana (Artigo 5-A), e por fim alterado o artigo 152 do TCE sobre Saúde Pública, correspondente ao artigo 168 do TFUE, que dispõe em 7 parágrafos de forma clara sobre a competência complementar da ação da União às políticas nacionais (art. 168, §1, TFUE), apoiando e incentivando a cooperação entre os Estados-Membros em matéria de saúde (art. 168, §2, TFUE), bem como a cooperação entre esses e estados terceiros e outros Organismos Internacionais sobre saúde (art. 168, §3, TFUE).

1.2.3.3 Instituições e competência de domínio sanitário

O Tratado de Lisboa clarifica a repartição de competências da EU; dos países da EU e compartilhadas. Dessa forma, a competência atual da UE frente a problemas comuns de segurança em matéria de saúde pública³⁸ é compartilhada com os Estados-Membros³⁹ conforme os aspectos definidos no Art. 168 do Tratado de Funcionamento da União Europeia.

Nos temas de saúde pública (...) a organização regional depende da transversalidade que caracteriza o direito internacional geral. Por não ter uma competência direta em matéria sanitária, o recurso legislativo

³⁸ Art. 4, 2, k do Tratado da União Europeia e Art.I-14, k do Tratado sobre Funcionamento da União Europeia.

³⁹ “UE e os Estados-Membros estão habilitados a adoptar actos vinculativos nesses domínios. Contudo, os Estados-Membros só podem exercer a sua competência na medida em que a UE não tenha exercido a sua ou tenha decidido não o fazer”. Disponível em http://europa.eu/legislation_summaries/institutional_affairs/treaties/lisbon_treaty/ai0020_pt.htm Acesso em 20/06/2015.

de que se vale a UE é justamente a Diretiva comunitária, um tipo de norma de harmonização das normas nacionais que, mesmo depois de aprovada pelos Estados-membros, requer a transposição de seu conteúdo normativo às respectivas ordens internas. (VENTURA, 2011)

Em matéria de proteção e melhoria da saúde⁴⁰ a UE possui competência apenas para desenvolver ações de apoio, de coordenação ou de complemento⁴¹, não dispendo de poder legislativo nesse domínio.

Todavia, os cuidados de saúde ainda são, em princípio, uma matéria de competência nacional e não europeia. O Tratado estabelece que cabe aos Estados-Membros definir as respectivas políticas de saúde e organizar e assegurar a prestação dos serviços de saúde e dos cuidados médicos, incluindo a gestão dos serviços e os recursos que lhes são necessários, e que a UE respeitará inteiramente essa responsabilidade (Art. 168, §7).

Dessa forma o leque de instituições da União Europeia que atuam em matéria de saúde se divide entre aquelas com poder de legislar de forma compartilhada, e aquelas responsáveis pela execução, apoio ou complementação das políticas de proteção de saúde.

Assim, conforme o art. 168, §4, TFUE, o Parlamento Europeu em conjunto com o Conselho, podem, através de do processo de legislação ordinária, adotar:

⁴⁰ Art. 6, a do Tratado da União Europeia e Art. I-17, a do Tratado sobre Funcionamento da União Europeia.

⁴¹ “UE só pode intervir para apoiar, coordenar ou completar a ação dos Estados-Membros. Não dispõe de poder legislativo nestes domínios e não pode interferir no exercício destas competências, reservadas aos Estados-Membros.” Disponível em http://europa.eu/legislation_summaries/institutional_affairs/treaties/lisbon_treaty/ai0020_pt.htm Acesso em 20/06/2015.

- Medidas que estabeleçam normas elevadas de qualidade e segurança dos órgãos e substâncias de origem humana, do sangue e dos derivados do sangue; essas medidas não podem obstar a que os Estados-Membros mantenham ou introduzam medidas de proteção mais estritas;
- Medidas nos domínios veterinário e fitossanitário que tenham diretamente por objetivo a proteção da saúde pública;
- Medidas que estabeleçam normas elevadas de qualidade e de segurança dos medicamentos e dos dispositivos para uso médico.

Sobre essas matérias podem adotar Regulamentos⁴² ou Diretivas⁴³, uma vez que o tratado não estabelece qual ato jurídico a ser adotado, o artigo 296.º, §1, do TFUE estabelece que as instituições escolhem o tipo de ato a adotar caso a caso, respeitando o princípio da proporcionalidade.

Entretanto, como determina o Tratado, a competência legislativa do Parlamento Europeu em conjunto com o Conselho está limitada a adoção de Diretivas, em relação às:

Art. 168, §5: [...]medidas de incentivo destinadas a *proteger e melhorar a saúde humana*, e nomeadamente a lutar contra os grandes *flagelos transfronteiriços*, medidas relativas à *vigilância* das ameaças graves para a saúde com dimensão transfronteiriça, ao alerta em caso de tais ameaças e ao combate contra as mesmas, bem como medidas que tenham por objetivo direto a *proteção da saúde pública relativamente ao tabagismo e ao alcoolismo* [...] (Grifo nosso).

⁴² Tem caráter geral, é obrigatório em todos os seus elementos e diretamente aplicável, devendo ser integralmente respeitado por todas as entidades. O regulamento visa garantir a aplicação uniforme do direito da União em todos os Estados-Membros.

⁴³ Vincula os Estados-Membros quanto ao resultado a alcançar, mas deixa às instâncias nacionais a competência quanto à forma e aos meios. O legislador nacional deve adotar um ato de transposição ou «medida nacional de execução» para o direito interno, que adapte o direito nacional aos objetivos fixados na diretiva.

O Parlamento Europeu, é eleito diretamente, representa os cidadãos da UE nos 28 Estados-Membros da União Europeia, por um período de cinco anos. Possui uma Comissão do Ambiente, da Saúde Pública e da Segurança Alimentar (Comissão ENVI), que conta com 69 parlamentares que trabalham para melhorar a prestação de informação aos consumidores sobre os gêneros alimentícios, nomeadamente mediante a regulamentação da rotulagem e da colocação dos produtos no mercado. A Comissão ENVI propõe e analisa propostas europeias para questões de saúde pública. Uma vez concluído em sede de comissão, o processo é votado em sessão plenária.

O Conselho da União Europeia ademais de participar no processo legislativo com o Parlamento pode, a partir de proposta da Comissão adoptar recomendações⁴⁴ no que se refere a Saúde Pública (Art. 168. §6).

O Conselho representa os governos nacionais através de seus Ministros, com uma presidência rotativa entre os Estados-Membros; é uma entidade jurídica única, mas reúne-se em 10 "formações" diferentes de acordo com o assunto a tratar. Dessa forma, o Conselho EPSCO (Emprego, Política Social, Saúde e Consumidores) tem por missão aumentar os níveis de emprego e melhorar as condições de vida e de trabalho, assegurando um elevado nível de saúde humana e de defesa dos consumidores na UE. Essa Instituição com o clássico conceito de órgão intergovernamental com carácter representativo não prevê mecanismos de participação social em suas atividades.

⁴⁴ Não possuem efeito vinculante, sugerem uma linha de conduta sem impor uma obrigação legal aos seus destinatários

A Comissão Europeia, composta por Comissários de 28 Estados-Membros, com mandato de 5 anos, tem entre suas funções propor legislação acima mencionados, podendo também:

1) executar ações complementares no que se refere a “melhoria da saúde pública” e na “prevenção das doenças e afecções humanas e na redução das causas de perigo para a saúde física e mental”, incluindo “a luta contra os grandes flagelos, fomentando a investigação sobre as respectivas causas, formas de transmissão e prevenção, bem como a informação e a educação sanitária e a vigilância das ameaças graves para a saúde com dimensão transfronteiriça, o alerta em caso de tais ameaças e o combate contra as mesmas” e “na redução dos efeitos nocivos da droga sobre a saúde, nomeadamente através da informação e da prevenção” (Art. 168, §1).

2) apoiar e coordenar a “cooperação entre os Estados-Membros” em matéria de Saúde Pública, “a fim de aumentar a complementaridade dos seus serviços de saúde nas regiões fronteiriças”, através de iniciativas para “definir orientações e indicadores, organizar o intercâmbio das melhores práticas e preparar os elementos necessários à vigilância e à avaliação periódicas” (Art. 168, § 2).

3) Apoiar a “cooperação com os países terceiros e as organizações internacionais competentes no domínio da saúde pública” (Art. 168, §3).

Para executar essas atividades relacionadas a saúde, a Comissão Europeia possui uma Direção Geral de Saúde e Segurança Alimentar que acompanha a implementação das normas adotadas pela EU; analisa o impacto na saúde de outras

políticas europeias em áreas afins, tais como o comércio, a concorrência e o ambiente, realizando consultas extensas; e apoiam as administrações nacionais e regionais.

O quadro abaixo procura resumir as atividades dessas instituições:

Quadro 5 – Competência em matéria de saúde na União Europeia

Dispositivo	Temas de competência	Natureza	Instituição	Ato
168,§1	<p><i>Melhoria da saúde pública</i></p> <p><i>Prevenção das doenças e afecções humanas</i></p> <p><i>Redução das causas de perigo para a saúde física e mental.</i></p> <p><i>Luta contra os grandes flagelos, fomentando a investigação sobre as respectivas causas, formas de transmissão e prevenção, informação e a educação sanitária e a vigilância das ameaças graves para a saúde com dimensão transfronteiriça, o alerta em caso de tais ameaças e o combate contra as mesmas.</i></p> <p><i>Redução dos efeitos nocivos da droga sobre a saúde, nomeadamente através da informação e da prevenção.</i></p>	Complementar	Comissão	Executar políticas e Atos do Conselho
			Conselho	Recomendações
			Parlamento	
168,§2	<p><i>Incentivar a cooperação entre os Estados-Membros nos domínios a que se refere o presente artigo;</i></p> <p><i>Incentivar a cooperação entre os Estados-Membros a fim de aumentar a complementaridade dos seus</i></p>	Apoio e Coordenação	Comissão	Executar políticas e Atos do Conselho
			Conselho	Recomendações

	<p><i>serviços de saúde nas regiões fronteiriças.</i></p> <p><i>Tomar Iniciativas adequadas para promover essa coordenação, nomeadamente iniciativas para definir orientações e indicadores, organizar o intercâmbio das melhores práticas e preparar os elementos necessários à vigilância e à avaliação periódicas.</i></p>		Parlamento	
168,§3	<p><i>Fomentar a cooperação com os países terceiros e as organizações internacionais competentes no domínio da saúde pública.</i></p>	Apoio	Comissão	Executar políticas e Atos do Conselho
			Conselho	-
			Parlamento	-
168,§4	<p><i>a) Medidas que estabeleçam normas elevadas de qualidade e segurança dos órgãos e substâncias de origem humana, do sangue e dos derivados do sangue; essas medidas não podem obstar a que os Estados-Membros mantenham ou introduzam medidas de proteção mais estritas;</i></p> <p><i>b) Medidas nos domínios veterinário e fitossanitário que tenham diretamente por objetivo a proteção da saúde pública;</i></p> <p><i>c) Medidas que estabeleçam normas elevadas de qualidade e de segurança dos medicamentos e dos dispositivos para uso médico.</i></p>	Compartilhada	Comissão	Propor legislação
			Conselho	Regulamento Diretiva
			Parlamento	Regulamento Diretiva
168,§5	<p><i>Adotar medidas de incentivo destinadas a proteger e melhorar a saúde humana, e nomeadamente a lutar contra os grandes flagelos</i></p>	Compartilhada	Comissão	Propor legislação
			Conselho	Diretiva

	<i>transfronteiriços, medidas relativas à vigilância das ameaças graves para a saúde com dimensão transfronteiriça, ao alerta em caso de tais ameaças e ao combate contra as mesmas, bem como medidas que tenham por objetivo direto a proteção da saúde pública relativamente ao tabagismo e ao alcoolismo (com exclusão de qualquer harmonização das disposições legislativas e regulamentares dos Estados-Membros)</i>		Parlamento	Diretiva
168,§6	<i>Assegurar um elevado nível de proteção da saúde na definição e execução de todas as políticas e ações da União</i>		Comissão	Propor Recomendações
			Conselho	Recomendações
			Parlamento	-

Fonte: Tratado da União Europeia e Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia⁴⁵

Dentro da UE, existem outras importantes instituições de saúde, Agências descentralizadas que desempenham funções técnicas, científicas ou administrativas, assistindo as instituições da UE na elaboração e aplicação das políticas matéria de saúde; apoiam a cooperação entre a UE e os governos nacionais, reunindo competências técnicas especializadas das instituições europeias e das autoridades nacionais e Agências de execução que apoiam a Comissão Europeia na gestão dos programas da UE:

- Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (EU-OSHA)
- Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC)
- Autoridade Europeia para a Segurança dos Alimentos (EFSA)
- Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (EUROFOUND)
- Agência Europeia de Medicamentos (EMA)

⁴⁵ Jornal Oficial da União Europeia. **Versões consolidadas do tratado da União Europeia e do tratado sobre o funcionamento da União Europeia.** Jornal Oficial da União Europeia. Lisboa, 408 p. 2010. Disponível em: < http://europa.eu/pol/pdf/consolidated-treaties_pt.pdf >. Acesso em: 09 jul. 2014.

- Agência de Execução para os Consumidores, a Saúde, a Agricultura e a Alimentação (CHAFEA)

Não detalharemos nesse trabalho a competência e formas de atuação dessas, uma vez que a proposta inicial busca verificar exclusivamente aquelas instituições cujas competências são estabelecidas nos tratados constitutivos do bloco. Entretanto, vale ressaltar que, mesmo com os organismos regionais fortes, seus esforços muitas vezes podem ser frustrados devido ao fato de que a saúde é uma competência compartilhada em que os Estados-Membros ainda têm alavancagem dominante. Esta tampouco é facilitada pelo fato de que vários Estados possuem diferentes sistemas de saúde e respondem de forma diferente aos vários desafios da saúde.

Conforme apresentado, o Tratado de Lisboa⁴⁶ que revisou as competências, instituições e formas de atuação da União Europeia; buscou torna-la mais democrática, eficaz e mais apta a resolver problemas a nível mundial, como as alterações climáticas, epidemias, e outras questões para além dos objetivos econômicos previstos inicialmente nesse bloco. Ao que pese críticas⁴⁷, esse tratado trouxe mudanças no reforço dos poderes do Parlamento Europeu, na alteração dos procedimentos de votação no Conselho, e na inclusão de mecanismos de participação cidadã na iniciativa de proposta legislativa à Comissão⁴⁸.

Entretanto, os mecanismos que garantam a participação dos cidadãos nas tomadas de decisão se dão apenas de forma “tão próxima quanto possível” (Art. 10,

⁴⁶ Foi amplamente discutido desde 2004, adotado em 2007 e em vigor desde 2009.

⁴⁷ HABERMAS, J. Sobre a Constituição da Europa: um ensaio. São Paulo. Ed. Unesp, 2012.

⁴⁸ Tal procedimento previsto no Art. 11, §4 e Art. 24 delega ao Parlamento e Conselho a adoção de regulamentos para esse dispositivo, mencionando apenas a necessidade de que a proposta tenha número mínimo de 1 milhão de cidadãos europeus distribuídos em número mínimo de Estados-Membros.

§3), vez que a União Europeia se baseia na democracia representativa, e sua única instituição necessariamente nesses moldes é o Parlamento Europeu.

1.3 A UNIÃO DAS NAÇÕES SUL-AMERICANAS

1.3.1 Antecedentes da Integração Sul-americana em Saúde

Assim como no cenário mundial, a saúde vem aumentando sua presença nas agendas de relações internacionais dos países da região das Américas. Entre os países latino-americanos destaca-se o fato de que a cooperação em saúde regional e sub-regional ocorre, em grande medida, inserida em processos de integração regional (SANTANA, 2011).

En América Latina se han ido configurando otros espacios de debate e interacción para la garantía de derechos. La dimensión social, y en particular los temas de salud, han adquirido mayor relevancia; se han ampliado las iniciativas de integración y/o cooperación en el área de la salud en las Américas. Estas iniciativas responden a los compromisos que han asumido los gobiernos de la Región en diversos encuentros y foros internacionales tales como las Cumbres de Presidentes y de Ministros de Salud de los organismos subregionales. (BOLIS; CAMPOS, p. 99, 2012)

Para se compreender a arquitetura em saúde da União das Nações Sul-Americanas (Unasul) destacada como “a ilustração mais recente das relações entre saúde e política externa na região das Américas” (SANTANA, 2011, p.2996), faz-se necessário apresentar outros organismos de integração anteriores a sua criação que também abordam a temática da saúde, tais como a Comunidade Andina das Nações (CAN), O Mercado Comum do Sul (Mercosul), o Sistema de Integração Centroamericana (SICA), a Comunidade do Caribe (CARICOM), a Aliança Bolivariana para os Povos de Nossa América (ALBA).

Não se pode deixar de mencionar o mais antigo organismo regional em saúde das Américas, constituído em 1902, o Escritório Sanitário Internacional, que mais tarde se tornaria a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Voltada para ações de proteção ao comércio na região por meio das Conferências Sanitárias Pan-Americanas que difundiam as ideias científicas e as ações de saúde desenvolvidas pela Organização.

A partir da década de 1950, dentro de uma fase denominada de primeira onda de integração regional (MARIANO, 2007, p. 135), marcada pelo otimismo em relação à possibilidade de integração econômica como instrumento para o controle de conflitos no âmbito interacional⁴⁹, já observam-se movimentos e esforços de integração regional na América Latina (BUSS; FERREIRA, 2011). Em 1960, com o objetivo específico de implementação de uma área de livre comércio no prazo de doze anos foi criada a Associação Latino-Americana de Livre Comércio (ALALC)⁵⁰. Por não

⁴⁹ Período foi marcado pela instabilidade nas relações internacionais ocasionada pela polarização exercida pela Guerra Fria.

⁵⁰ Os governos da Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, México, Paraguai e Peru firmaram em 18 de fevereiro de 1960 o Tratado de Montevidéu.

ter atingido tal objetivo, a ALALC passou por um processo de reestruturação de forma a incluir metas mais flexíveis, e em 1980 a ALALC tornou-se a Associação Latino-Americana de Integração (ALADI)⁵¹. A ALADI não possui uma agenda específica de saúde, ainda que tenha emitido resoluções⁵² e declarações que tratem da dimensão social.

A Comunidade Andina das Nações (CAN) desenvolveu uma experiência de integração que incorpora a cooperação política e o desenvolvimento social desde sua origem⁵³. Em 1971 criou-se o Organismo Andino de Saúde/Convênio Hipólito Unanue (ORAS/CONHU), integrado ao Sistema Andino de Integração (SAI)⁵⁴, com o principal objetivo de dinamizar politicamente a integração e cooperação em saúde, prioritariamente nas áreas de fronteira. Sus ações buscam acordar compromissos e

⁵¹ A ALADI é composta por 12 países Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Cuba, Equador, México, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela, e no momento passa por um processo de expansão com a adesão da Nicarágua e do Panamá. Tem como objetivo estabelecer de forma gradual e progressiva um mercado comum latino-americano, a partir da instituição de uma preferência tarifária regional; da celebração dos denominados “acordos de alcance parcial” e “acordos de alcance regional”; e de um sistema de apoio aos países de menor desenvolvimento econômico relativo.

⁵² No que diz respeito a Medidas Sanitárias e Fitossanitárias verificam-se 22 acordos complementares disponíveis em <http://www.aladi.org/nsfaladi/temasacdos.nsf/41fc5f220fb6a6e803257cfb004f8108/39af6380bd4a09030325706c006425d7?OpenDocument>. Acesso em 10 de Dezembro de 2015.

⁵³ Acordo de Cartagena assinado em 26 de maio de 1969 prevê para além de uma coordenação comercial, que impactam em diversos produtos relacionados a saúde, a cooperação internacional para o desenvolvimento social através de programas e projetos conjuntos nos campos da saúde, por exemplo. (Artigo 129). Disponível em <http://www.comunidadandina.org/Normativa.aspx?link=TP> Acesso em 10 de dezembro de 2015.

⁵⁴ O Sistema Andino de Integração (SAI) é o fórum anual presidido pelo Conselho de Ministros de Relações Exteriores dos países membros, em que se propõe uma coordenação efetiva entre todos os órgãos e instituições criadas no marco da CAN, tais como: Tribunal de Justiça, Parlamento Andino, Secretaria Geral, CAF, Banco de Desenvolvimento da América Latina, Fundo Latinoamericano de Reservas, Organismo Andino de Saúde, Universidad Andina Simón Bolívar, Convênio Sociolaboral Simón Rodríguez; incluindo as instâncias de participação da sociedade civil: Conselho Consultivo Empresarial, Conselho Consultivo Laboral, Conselho Consultivo dos Povos Indígenas, Mesa Andina para Defesa dos Direitos do Consumidor; para aprofundar a integração andina e promover sua projeção internacional. Disponível em <http://www.comunidadandina.org/Seccion.aspx?id=4&tipo=SA&title=sistema-andino-de-integracion-sai> Acesso: 10 de Dezembro de 2015.

atividades em rede a partir das competências, capacidades e recursos instalados nos próprios Ministérios de Saúde dos países membros. Isso tem permitido desenvolver iniciativas tais como a Rede Andina de Vigilância Epidemiológica, criada em 1997⁵⁵; a conformação de redes binacionais de serviços de saúde nas fronteiras; o desenvolvimento de programas de prevenção e ampliação de coberturas; as negociações de preços com os laboratórios produtores de medicamentos de marca, genéricos e de princípios ativos (BUSTAMANTE, 2004). A CAN dispõe de um Plano Estratégico⁵⁶, em execução pelo ORAS/CONHU.

A participação dos cidadãos, no processo de integração CAN pode ocorrer através dos Conselhos Consultivos ou das Mesas Temáticas. Entre 1983 e 2009 foram criados 5 Conselhos⁵⁷ com função de emitir pareceres, que sirvam de suporte na definição das políticas públicas a serem criadas pelos órgãos da CAN, além de participar nas reuniões desses órgãos com direito de voz.

⁵⁵ “Obteve um prêmio da Universidade de Harvard à melhor solução de uso de tecnologia da informação em países em desenvolvimento” Arroyo, 2008.

⁵⁶ Aprovado pelos Ministros de Saúde reunidos na XXI Reunião Extraordinária, em dezembro de 2008. Disponível em: <http://www.orasconhu.org/sites/default/files/01-plan-oras-2009.pdf> Acesso em 10 de Dezembro de 2015.

⁵⁷ Com a função de emitir opiniões ao Conselho Andino de Ministros de Relações Exteriores (CAMRE) e a Secretaria Geral e participar, com direito de voz, das reuniões do Comissão da Comunidade Andina. São eles: Conselho Consultivo Empresarial Andino (1983), representam o empresariado da região; Conselho Consultivo Laboral (1983) composto por quatro delegados de cada um dos países membros, eleitos entre os diretores das organizações laborais dos países andinos; Conselho Consultivo Andino de Autoridades Municipais (2004), com o intuito de contar com os governos locais no processo de integração, fortalecendo as cidades. Esse Conselho é integrado por três representantes de casa país membro; Conselho Consultivo dos Povos Indígenas (2007), composto por um delegado indígena de cada um dos países membros e por organizações regionais, na qualidade de observadoras; Conselho Assessor de Altas Autoridade da Mulher e Igualdade de Oportunidades (2009), formado por representantes de nível ministerial ou secretária de Estado de cada país membro da Comunidade, encarregadas de criar e promover políticas públicas que visem à igualdade de gêneros e à eliminação da violência contra a mulher.

Outra forma de fomento da participação popular no processo de integração dos países andinos é a criação de Mesas temáticas⁵⁸, com objetivo de reunir membros de instituições públicas e privadas ligadas ao tema, cujas recomendações são enviadas pelos órgãos de cúpula do SAI.

A Comunidade do Caribe (CARICOM) foi estabelecida em 1973 com o fim de conformar um mercado comum entre os países do Caribe, Guiana e Suriname. Ainda que seu tratado constitutivo expresse no preâmbulo preocupações com temas sociais, os objetivos que se encontram explícitos nesse documento são basicamente de caráter econômico. Entretanto, como parte da institucionalidade do CARICOM, na área da saúde foi estabelecida a Conferencia de Ministros de Saúde, encarregada de formular as políticas e ações necessárias para a realização de ações nesse tema. Em 2001 os países membros assinaram a Declaração de Nassau, mediante a qual criou-se a Associação Pancaribenha contra HIV/Sida (PANCAP). Entre os avanços de cooperação se destaca um mecanismo regional para a compra de medicamentos antirretrovirais e outras doenças crônicas, de forma assegurar a oferta oportuna de medicamentos seguros, efetivos e de qualidade. (BOLIS; CAMPOS, 2012).

Desde 2006 o CARICOM estuda uma proposta para harmonizar a regulação de medicamentos. Em 2010 foi criada a Agencia de Saúde Pública do Caribe (CARPHA), que unificou os cinco institutos regionais de saúde do Caribe, os centros de investigação epidemiológica, nutrição, saúde ambiental, e o Laboratório Regional

⁵⁸ Mesa andina de participação da sociedade civil para a defesa dos direitos do consumidor, reunida apenas 1 vez em maio de 2009. Mesa do povo afrodescendente da Comunidade Andina, com dois representantes do povo afrodescendente de cada país, um delegado governamental e um delegado da Defensoria Pública de cada país.

para testes de Medicamentos⁵⁹. O objetivo dessa unificação foi “lograr que la entidad pueda responder colectivamente a los desafíos de salud regionales, coordinar esfuerzos y respuestas ante desastres, así como implementar políticas para combatir enfermedades y epidemias, y poner en común recursos necesarios para reforzar la lucha contra el VIH/Sida y las enfermedades crónicas no transmisibles” (BOLIS; CAMPOS 2012, p. 100).

Com o fim da Guerra Fria e o fim da bipolaridade, tem início a “segunda onda de integração regional” (MARIANO, 2007, p. 135). Dentre as características que marcam esse período, destacam-se o regionalismo aberto (para além de um movimento protecionista inclui-se a proposta de abertura comercial) e o caráter multidimensional (abrange outras questões além da econômica, como a política e a social).

O Mercosul criado com objetivos exclusivamente comerciais teve o tema da saúde inserido em 1992 na discussão sobre harmonização das normas sanitárias para a livre circulação de mercadorias⁶⁰. Em 1995 se constituiu a Reunião dos Ministros de Saúde do Mercosul e Estados Associados (RMSM-EA), como a estrutura política do Mercosul para a saúde, com a responsabilidade de definir a política e as estratégias de saúde para o bloco, que se relaciona com o órgão decisório: Grupo do Mercado Comum (GMC). Em 1996 foi criado o Subgrupo de Trabalho n 11 (SGT 11 Saúde) para harmonizar legislações e coordenar as ações entre os Estados no que diz respeito

⁵⁹ Com o objetivo de avaliar a qualidade dos medicamentos produzidos e comercializados. Sua criação foi estabelecida em 1974, disponível em: http://www.caricom.org/jsp/secretariat/legal_instruments/agreement_crddl.jsp?menu=secretariat Acesso em 10 de Dezembro de 2015.

⁶⁰ SGT 3 Normas Técnicas (Comisión Productos de Salud)

aos bens, serviços, matérias primas e produtos da área da saúde, vigilância sanitárias, epidemiológica.

Até o momento, os avanços mais significativos em matéria de saúde pairam nas atividades relacionadas a vigilância sanitária para a circulação de produtos e regulação de alguns aspectos de vigilância epidemiológica (BOLIS e CAMPOS, 2012). A consonância política internacional apresentada nos fóruns internacionais da OMS sobre o Regulamento Sanitário Internacional e a Declaração dos Ministros da Saúde da América do Sul sobre Saúde, Inovação e Propriedade Intelectual (TOBAR, 2009).

Inclui-se como destaque os trabalhos realizados pela Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional na produção de uma Matriz Mínima de Exercício Profissional desde 2004, que culminou com a Resolução nº 07/2012, do Grupo de Mercado Comum (GMC) do MERCOSUL, em que se aprova lista de profissões de saúde que são reconhecidas por todos os Estados Partes no Mercosul. Tal Resolução (BRASIL, 2014), pendente de implementação, visa facilitar o reconhecimento de títulos que vem sendo desenvolvido pelo MERCOSUL Educativo. Cabe esclarecer que “profissões reconhecidas” não significa licença automática para exercício da profissão em outro país. No Brasil é indispensável a revalidação dos diplomas expedidos por universidade estrangeira, bem como o registro profissional nos respectivos Conselhos para o exercício da profissão (BRASIL, 2014).

No que tange a participação social, foi criado no Brasil o Programa MERCOSUL Social Participativo⁶¹, que prevê discussões, no âmbito da sociedade civil brasileira a respeito de questões sociais, políticas, econômicas, financeiras e comerciais relacionadas ao Bloco.

A abordagem dos temas de saúde no Sistema de Integração Centro-americano (SICA)⁶² foi delegado ao Conselho de Ministros de Saúde da América Central (COMISCA)⁶³ através da Agenda Sanitária Regional 2009-2018⁶⁴, como o instrumento político para exercer a governança em saúde com enfoque integracionista. Nela se identificam os objetivos estratégicos pautados na Segurança Alimentaria e Nutricional, HIV/Sida, Saúde e Trabalho, Doenças transmitidas por vetores e segurança em saúde (SELA, 2010). A Agenda se baseia nos princípios da integração, direito a saúde, solidariedade, participação, respeito as diversidades de gênero, éticas e socioculturais, e Atenção Primaria em Saúde (BOLIS, 2012). Como aponta Penate (2001), alguns êxitos obtidos na região são a erradicação da poliomielite, a interrupção da transmissão autóctone do sarampo.

Na Aliança Bolivariana para os Povos de Nossa América (ALBA)⁶⁵ também se observam elementos de integração baseados nos princípios da cooperação,

⁶¹ Por meio do decreto n 6594/2008 <http://secretariageral.gov.br/iniciativas/internacional/mercosul-social-e-participativo/decreto-mercosul-social.pdf>

⁶² El Protocolo de Tegucigalpa, suscrito por seis presidentes centroamericanos el 23 de diciembre de 1991, actualiza el marco jurídico de la Organización de Estados Centroamericanos (ODECA) suscrita en Panamá en diciembre de 1962.

⁶³ Declaración de San Salvador de 1991.

⁶⁴ Durante a XXIX Reunión Ordinaria del Consejo de Ministros de Salud del Sistema de la Integración Centroamericana realizada a fines de enero de 2009 en Tegucigalpa, se aprobó la Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana: 2009-2018.

⁶⁵ El Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA) se estableció formalmente en diciembre de 2004 con un acuerdo entre Caracas y La Habana. Más adelante, se unieron Bolivia (2006), Nicaragua (2007), Dominica y Honduras (2008) y Antigua y Barbuda y San Vicente y las Granadinas (2009).

solidariedade incorporando temas de saúde, com previsão de participação das organizações e atores sociais. Entre suas propostas inclui-se a criação de uma empresa transnacional de produtos farmacêuticos e um centro regulador de medicamentos (ALBAmed).

Conforme apresentado, a integração regional na América Latina possui distintas comunidades, mercados comuns, blocos regionais e organizações internacionais com características e objetivos próprios e não se inaugura a Unasul, que detalharemos logo adiante. Nem todos se caracterizam como processos de integração de fato, alguns são caracterizados por cooperação internacional entre os países-membros. Contudo, independentemente das características específicas de cada um, a saúde aparece nesses processos de cooperação ou integração latino-americana, como se pode resumir no quadro abaixo:

Quadro 6: Instituições de Saúde em modelos de integração latino-americanas

Modelos de Integração	Países Membros	Instituição para tema de Saúde	Objetivos/ competências na área de Saúde
CAN (1969)	Bolívia, Colômbia, Equador e Peru	ORAS/CONHU	Dinamizar politicamente a integração e cooperação em saúde, prioritariamente nas áreas de fronteira
CARICOM (1973)	Antígua e Barbuda, Barbados, Bahamas, Belize, Dominica, Granada, Guiana, Haiti, Jamaica, Montserrat, Santa Lucia, São Cristóvão e Nevis, São Vicente e Granadinas,	Conferência de Ministros de Saúde	Formular as políticas e ações
		CARPHA (2010)	Coordenar esforços e respostas a desastres e implementar políticas de combate a doenças e epidemias, reforçar a luta contra o HIV / SIDA e

	Suriname, Trinidad e Tobago		as doenças crônicas não-transmissíveis
Mercosul (1991)	Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai e Venezuela	Reunião dos Ministros de Saúde do Mercosul	Definir a política e as estratégias de saúde
		SGT 11 Saúde	Harmonizar legislações e coordenar as ações entre os Estados no que diz respeito aos bens, serviços, matérias primas e produtos da área da saúde, vigilância sanitárias, epidemiológica
SICA (1991)	Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá e República Dominicana	COMISCA	Segurança Alimentar e Nutricional, HIV/Sida, Saúde e Trabalho, Doenças transmitidas por vetores e segurança em saúde
ALBA (2004)	Antígua e Barbuda, Bolívia, Cuba, Dominica, Equador, Nicarágua, São Vicente e Granadinas, Venezuela	ALBAMED (proposta)	Regulação de medicamentos, inspeção, análises laboratoriais, garantir a qualidade, segurança, eficácia e informação sobre medicamentos
		Empresa transnacional distribuidora e comercializadora de produtos farmacêuticos (proposta)	Comercializar medicamentos que privilegie os sistemas públicos de saúde

Os organismos em geral assumem o compromisso de melhorar as condições de saúde da população das sub-regiões, identificar as prioridades sanitárias regionais e

coordenar os esforços já realizados por seus Estados-membros.

Apesar da importância do tema da saúde nessas agendas e das ações desenvolvidas há mais de um século, desde a criação da OPAS, verifica-se na região a convivência de “doenças transmissíveis epidêmicas, emergentes, reemergentes e negligenciadas – como as ‘três grandes’ (HIV/aids, malária e tuberculose) – com doenças crônicas não-transmissíveis, entre as quais doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, neoplasias e doenças mentais” (BUSS e FERREIRA, 2010, p. 93). Esse cenário poderia indicar uma fragilidade das instâncias, dos compromissos e das ações desenvolvidas nesses processos de cooperação e integração.

Com a proliferação desses organismos e blocos em que a saúde está presente em quase todos, muitos dos países-membros acabam por coincidir. Os Estados podem adotar posturas diferentes a depender de seus interesses em cada bloco. Assim, dever-se-iam observar as agendas e avanços em saúde entre esses blocos de modo a evitar a duplicação de esforços, que consiste em um desperdício de recursos e atrasos no desenvolvimento de ações regionais em saúde.

A variedade de compromissos políticos, a complexidade desses blocos de integração e suas agendas específicas que em alguns pontos dialogam entre si, mas em outros não, podem constituir um obstáculo real para o avanço de uma proposta sólida de cooperação e integração regional em saúde.

Outra especificidade é que os países sul-americanos mantêm em seu discurso e prática da política exterior o nacionalismo e a defesa da soberania. Essa característica tem se demonstrado um obstáculo para a construção de organizações regionais fortes,

com competências próprias e soberania compartilhada no processo de integração da região. (GUIMARÃES e GIOVANELLA, 2006).

Outro ponto a ser destacado é que dentre todas as tentativas de integração citadas, apenas na CAN e no MERCOSUL verifica-se algum tipo de mecanismo de participação cidadã previsto ou em curso.

Partindo desse cenário complexo de blocos e organismos regionais, a justificativa para nossa análise centrar-se na Unasul refere-se a que esse é o mais recente bloco de integração regional composto pelos doze países da América do Sul, com objetivos políticos e sociais, que apresenta em seus documentos constitutivos o reconhecimento da saúde como um direito e a priorização da participação para a construção de políticas regionais, o que aparentemente pode ser considerado um avanço.

1.3.2 A Arquitetura e os Princípios da Unasul

A União das Nações Sul-americanas (Unasul) é uma iniciativa de integração regional “puramente intergovernamental” (VENTURA, 2013, p. 5) que associa os doze países sul-americanos⁶⁶. Tem como princípios respeito à soberania, integridade e

⁶⁶ Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela

inviolabilidade territorial dos Estados; autodeterminação dos povos; solidariedade; cooperação; paz; democracia, participação cidadã; direitos humanos; redução das assimetrias e harmonia com a natureza para um desenvolvimento sustentável.

VENTURA e BARALDI (2014) apontam que a Unasul constitui “um âmbito de integração política que abarca a energia, a infraestrutura, a segurança e a cidadania.” Ou seja, compreende a integração como uma totalidade e não só através de uma perspectiva puramente econômica, como foram pensados historicamente os organismos regionais tradicionais.

No que diz respeito ao aspecto social, o art. 3 do Tratado Constitutivo aponta entre seus objetivos específicos “j) o acesso universal à seguridade social e aos serviços de saúde” e “u) a cooperação setorial como um mecanismo de aprofundamento da integração sul-americana, mediante o intercâmbio de informação, experiências e capacitação”.

1.3.2.1 A criação da Unasul

A Unasul foi criada formalmente em Brasília, em maio de 2008⁶⁷ como um espaço no qual se busca articular as relações de aproximação e integração entre esses países em diferentes áreas, a partir de diálogo entre os campos político, econômico, energético, ambiental, de infraestrutura, das políticas sociais (SIMÕES, 2011).

⁶⁷ Tratado Constitutivo da Unasul. Adotado em 23 de maio de 2008. Disponível em http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_integracao/docs_UNASUL/TRAT_CONST_PORT.pdf

A consolidação gradual seria “uma oportunidade para gerar uma associação de integração capaz de garantir maior prosperidade econômica e justiça social para todos” (SIMÕES, 2011, p.25) e tiveram seus antecedentes nas Reuniões de Presidentes da América do Sul.

Na oportunidade da I Reunião, convocada pelo Brasil e realizada em 2000, os presidentes identificaram, através do “Comunicado de Brasília”, que para o crescimento econômico e a estabilidade política da região é necessário aprofundar a cooperação entre os países em uma agenda comum de oportunidades, e estabeleceram a cláusula democrática como “una condición para la participación en futuros encuentros suramericanos el mantener un estado de derecho y pleno respeto al régimen democrático” (ORGANIZACIÓN, 2008). Dessa reunião surgiu a Iniciativa para a Integração da Infraestrutura Regional Sul-Americana (IIRSA) visando promover a integração física dos 12 países sul-americanos para a melhoria do desenvolvimento da infraestrutura de transporte, energia e comunicação dos mesmos⁶⁸.

A segunda Reunião realizada em 2002 no Equador, trouxe declarações sobre o compromisso com a democracia, com a paz, os direitos humanos, o combate a corrupção e ao terrorismo⁶⁹. Haja visto o aumento dos subsídios agrícolas dos países desenvolvidos apontaram pela importância de uma integração energética e de ciência

⁶⁸ Posteriormente, com a criação formal da Unasul e dos respectivos Conselhos, a IIRSA integrou-se ao Conselho Sul-Americano de Infraestrutura e Planejamento (COSIPLAN), como o Foro Técnico para temas relacionados ao planejamento da integração física desses países.

⁶⁹ Haja visto os episódios de 11 de setembro de 2001.

e tecnologia⁷⁰.

Em dezembro de 2004, durante a III Reunião de Presidentes da América do Sul, no Peru, foi criada a Comunidade Sul-Americana de Nações (CASA)⁷¹. Tal comunidade tinha como objetivos impulsionar: a coordenação política e diplomática, a integração física, energética e de comunicações, a harmonização de políticas para o desenvolvimento rural e agroalimentar, a transferência de tecnologia, a cooperação horizontal em ciência, tecnologia e cultura, a interação entre empresas e sociedade civil no processo de integração, além de aprofundar a convergência entre os blocos regionais já existentes: CAN e Mercosul.

Essas três reuniões foram o início de um processo de aproximação política entre os países até a criação da Comunidade Sul-Americana e posteriormente no consenso pelo Tratado Constitutivo da Unasul (ÚNION...,2008a).

Do documento da Primeira Reunião dessa Comunidade, realizada em setembro de 2005 extrai-se o Programa de Ação com as seguintes áreas prioritárias: diálogo político; integração física; meio ambiente; integração energética; mecanismos financeiros sul-americanos; promoção da coesão social, da inclusão social e da justiça social; assimetrias e, telecomunicações (BRASIL, 2005). No mesmo ano, em Reunião Extraordinária, foi criada a Comissão Estratégica de Reflexão sobre o Processo de Integração Sul-Americano para a elaboração de propostas visando impulsionar o processo de integração sul-americana a ser

⁷⁰ Declaração sobre Zona de Paz sul-Americana, 27 de julho de 2002.

⁷¹ Declaração de Cusco sobre a Comunidade Sul-Americana de Nações, 8 de dezembro de 2004 Disponível em http://funag.gov.br/loja/download/285-Comunidade_Sul-Americana_de_Nacoes.pdf. Acesso em 10 de Dezembro de 2015.

apresentado na II Reunião Ordinária em 2006.

O relatório final dessa comissão intitulado “Um Novo Modelo de Integração da América do Sul” foi apresentado na Bolívia, em 2006, apresentou os princípios que regiriam a proposta, tais com a solidariedade e cooperação, soberania e autodeterminação dos povos, paz, democracia, pluralismo e desenvolvimento sustentável. O documento propôs ações iniciais que foram incorporadas nos Conselhos da Unasul posteriormente criados, como Saúde, Defesa e Energia.

Nesse sentido, em 2007, durante a II Reunião Extraordinária da Comunidade Sul- Americana de Nações foi criado o Conselho energético Sul- Americano e aceita a proposta venezuelana⁷² de alteração do nome de Comunidade para União de Nações Sul-Americanas (Unasul); acordou-se, ainda, pela criação de uma Secretaria Permanente, com sede em Quito, República do Equador. Nesse momento, altos funcionários dos países começaram a elaborar a proposta do Tratado Constitutivo da Unasul⁷³.

O Tratado Constitutivo da Unasul foi, por fim, aprovado em maio de 2008 e ratificado pelos 12 Estados em 2011, durante a Reunião do Conselho de Chefes e Chefes de Estado e Governo, em Brasília. Tal documento aumentou o nível de estruturação e institucionalização do organismo, ampliando o conteúdo

⁷² “En el año 2004 Hugo Chávez había propuesto el nombre de Unasur en la Cumbre del Mercosur em Ouro Preto”. (BRAVO, 2013, p. 43)

⁷³ Na Declaração de Margarita, em 2007, os Presidentes instruíram os Ministros de Relações Exteriores a criar um Conselho de Delegados Nacionais, que deveriam fazer a redação de um projeto de Acordo Constitutivo da Unasul. Em 2008, este projeto foi aprovado e tornou-se o Tratado Constitutivo da Unasul.

das Declarações anteriores.

Nas palavras de BRICEÑO-RUIZ (2010, p. 29) “This Summit created the foundations in which South American integration settled and contested US continental ambitions”, haja visto o destaque e a prioridade das dimensões políticas e sociais, em seu Tratado, que se relacionam ao interesse de afirmação e autonomia dos Estados. Outros objetivos relacionados a integração financeira, energética, ainda que, com pouca solidez não se distanciam desse interesse:

No entanto, a incipiência da institucionalização e da atuação da Unasul em tema de comércio, indústria e finanças não significa a inexistência de uma dimensão econômica própria. Ao contrário, os objetivos econômicos estão diretamente ligados às iniciativas políticas, voltadas para o reforço da autonomia dos países e de sua estabilidade política. (MEURNIER e MEDEIROS, 2013, p.678)

Haja vista os resultados concretos das experiências anteriores de integração na região e a amplitude dos objetivos específicos da Unasul, em que se incluem a erradicação da pobreza, analfabetismo, reconhecimento regional de estudos e títulos, acesso universal aos serviços de saúde, harmonização de legislações, direitos e políticas migratórias, gera uma desconfiança quanto a sua real potencialidade *versus* mera retórica:

Entretanto, os lentos avanços das demais experiências de integração sul-americanas, assim como a desconfiança quanto à grande amplitude dos objetivos da Unasul levantam hesitações quanto à sua capacidade de constituir-se institucionalmente com eficácia real, para além do discurso. (...) Nesse contexto, determinados autores apontam a Unasul como exemplo de uma presumida tendência dos líderes sul-americanos a envolver discursos políticos e instrumentos

normativos com uma retórica marcante e uma forte simbologia. (MEURNIER e MEDEIROS, 2013, p.678)

União inova ao abocanhar em seus objetivos a quase totalidade dos direitos humanos econômicos e sociais já consagrados internacionalmente. Ocorre que a escassa tangibilidade do processo integracionista conduz à natural percepção destas ambições como mera retórica. (VENTURA e BARALDI, 2008, p. 1)

1.3.1.2 Generalidades institucionais da Unasul

Com uma estrutura hierárquica mínima, mas nem por isso simples, a Unasul é marcada pelo caráter intergovernamental na tentativa de promover a cooperação internacional a partir do consenso de prioridades entre os estados membros.

A Unasul possui órgãos de decisão e assessoramento, composto exclusivamente por representantes do executivo dos países-membros. Conforme seu tratado constitutivo (UNIÃO...,2008 a, art. 4) são os seguintes: Conselho de Chefas e Chefes de Estado e de Governo, Conselho de Ministras e Ministros das Relações Exteriores, Conselho de Delegadas e Delegados e a Secretaria Geral.

O Conselho de Chefas e Chefes de Estado e de Governo é o órgão máximo de decisões. É presidido por um dos governantes dos Estados membros, por mandato de um ano, rotativo em ordem alfabética. O Conselho (UNIÃO...,2008, Art. 6,) possui competência para definir os planos de ação para o processo de integração, com reuniões ordinárias anuais, e possibilidade de convocação extraordinária.

O Conselho de Ministras e Ministros das Relações Exteriores possui uma ampla lista de competências (UNIÃO...,2008, Art. 8,) que inclui operacionalizar as

diretrizes traçadas pelo Conselho superior, aprovação do Programa anual de atividades, orçamento e financiamento de projetos comuns, acompanhamento e avaliação do processo de integração, aprovação de Resoluções sobre esses temas e criação de Grupos de Trabalho, além de elaboração dos projetos de Decisões para o Conselho de Chefes e Chefa. Suas reuniões ocorrem, de forma ordinária, duas vezes por ano, sendo possível reuniões extraordinárias.

O Conselho de Delegadas e Delegados, formado por um representante de cada Estado membro, tem a função de auxiliar os demais Conselhos, destaque para a coordenação dos Grupos de Trabalho, das iniciativas da Unasul com outros processos de integração, a fim de garantir sua complementariedade (UNIÃO...,2008, Art. 9); e a responsabilidade na promoção de espaços de diálogo para favorecer a participação cidadã nesse processo de integração (UNIÃO...,2008, Art. 9g);.

A Secretaria Geral (UNIÃO...,2008, Art. 10), com sede em Quito, Equador, é responsável por executar os mandatos dos demais órgãos. O Secretário geral é escolhido, para um período de dois anos, renovável por igual período, pelo Conselho de Chefas e Chefes de Estado e de Governo mediante proposta do Conselho de Ministras e Ministros das Relações Exteriores.

Existe, ainda a Presidência Pro Tempore ((UNIÃO...,2008, Art. 7) exercida sucessivamente por cada um dos Estados Membros, em ordem alfabética, anualmente, responsável por presidir as reuniões dos demais órgãos, propor um programa de atividades anuais. O Tratado estabelece personalidade jurídica própria da Unasul no primeiro artigo, de forma diversa do que vem sendo consolidado em outras organizações, como esclarece Ventura e Baraldi (2008):

Tal capacidade de assumir compromissos internacionais parece algo prosaico, mas não é. Veja-se o caso do Mercosul, que só a adquiriu 3 anos após sua criação, sob a pressão da União Européia para negociação do acordo entre os dois blocos. A propósito, com o resultado do referendo irlandês e a não-ratificação do Tratado de Lisboa, a União Européia segue desprovida de personalidade jurídica: apenas a Comunidade Européia a possui e a exerce sobretudo em matéria de política comercial.

A personalidade jurídica, como o poder de representar a Unasul internacionalmente será exercida por essa Presidência (UNIÃO...,2008, Art. 7, c e d), entretanto, o tratado estabelece a necessidade de autorização prévia dos Estados-parte, o que esvazia a atribuição desse órgão e inclusive fragiliza a Unasul como organismo internacional, uma vez que seu Tratado Constitutivo deveria ser suficiente para identificar o consenso entre os Estados⁷⁴.

O Tratado previu a criação de Conselhos de nível Ministerial, Grupos de Trabalho e outras instâncias institucionais, de natureza permanente ou temporária, com o objetivo de dar cumprimento às diretrizes dos órgãos oficiais (UNIÃO...,2008 a, Art. 5). Até o presente foram criados 12 Conselhos, formados pelos Ministros das respectivas áreas e representantes ministeriais de cada Estado Membro, sem a previsão de participação da sociedade, embora seja evidente o interesse público e social:

- Conselho de Saúde Sul-Americano, conhecido como Unasul-Saúde (CSS);
- Conselho de Defesa Sul-Americano (CDS);
- Conselho Sul-Americano de Desenvolvimento Social (CCDS);
- Conselho Sul-Americano de Infraestrutura e Planejamento (COSIPLAN);

⁷⁴ “A constituição de uma organização internacional lhe dá vida, é ele que a confere personalidade jurídica. (...) A organização internacional, por sua vez, depende da vontade conjugada de certo número de Estados para existir, ela é produto exclusivo de elaboração jurídica.” REZEK, José Francisco. Op. cit., p. 181.

- Conselho Sul-Americano de Educação, Cultura, Ciência, Tecnologia e Inovação (COSUCTI);
- Conselho Sul-Americano de Cultura (CSC);
- Conselho Sul-Americano sobre o Problema Mundial das Drogas (CSPMD);
- Conselho Sul-Americano de Economia e Finanças (CESF);
- Conselho Energético Sul-Americano (CES);
- Conselho Sul-Americano de Educação (CSE)
- Conselho Eleitoral da Unasul (CEU);
- Conselho Sul-Americano em Matéria de Segurança Cidadã, Justiça e Coordenação de Ações contra a Delinquência Organizada Transnacional (DOT).

Tais Conselhos são presididos pelo país em exercício da Presidência Pro Tempore, o que representa uma rotatividade anual e o acúmulo de atribuições para o país em questão, podendo dificultar o andamento das atividades. Os Conselhos poderão, ainda, criar Grupos de Trabalho para auxiliar a consecução de suas atividades.

As decisões adotadas pelos Chefes de Estado, acordos e Resoluções dos Ministros de em seus respectivos Conselhos são a base normativa para a Unasul. Ressalta-se que dado seu caráter intergovernamental, para serem obrigatórios, as decisões dos Chefes de Estado, precisam ser incorporados no ordenamento jurídico nacional (UNIÃO...,2008, Art. 12).

1.3.1.3 Os princípios da Unasul

O Tratado Constitutivo da Unasul definiu que o bloco seria guiado pelos princípios da soberania, integridade e inviolabilidade territorial; autodeterminação dos povos; solidariedade, cooperação, paz, democracia, participação cidadã e pluralismo, direitos humanos universais, indivisíveis e interdependentes, redução das assimetrias

e harmonia com a natureza para um desenvolvimento sustentável (UNIÃO...,2008, Preâmbulo). Esses princípios representam uma plataforma para que o bloco possa atuar de maneira coesa, com uma voz única no cenário internacional.

Os dois primeiros princípios fazem referência ao respeito à soberania, integridade e inviolabilidade territorial dos Estados e a autodeterminação dos povos. Os países membros da Unasul possuem total soberania total sobre seus territórios e a garantia de que suas decisões sejam respeitadas. A diplomacia deve ser a principal mecanismo para solucionar os conflitos políticos entre esses países. Desde sua criação até o presente momento de escrita dessa tese, tais conflitos foram sanados de maneira positiva. Evidenciando que o projeto de integração proposto pela Unasul é uma integração em todos os âmbitos, mas que de nenhuma forma os países perdem sua autonomia.

Os princípios da cooperação, paz, democracia, participação cidadã e pluralismo se relacionam ao respeito a diversidade dos povos e com a necessidade de se promover a participação dos cidadãos sulamericanos na condução do próprio processo de integração. Para que a integração surta efeito, é fundamental que todo o cidadão tenha um sentimento de pertencimento dessa comunidade, compreendendo a mistura e complexidade de diferentes culturas que deram sua origem.

Para impulsionar as ações de solidariedade todos os setores da sociedade civil devem participar ativamente das instituições políticas e de maneira democrática, inclusive para o desenvolvimento de mecanismos de cooperação (OCAMPO; UTHOFF, 2005).

Sabe-se que a América Latina está progredindo em termos de desenvolvimento humano, mas a região continua marcada pelo problema da desigualdade. Em relatório divulgado em 2017 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) aponta os "extraordinários avanços" conseguidos nos últimos 25 anos pelos países latino-americanos e do Caribe, mas ressalta que eles "escondem um progresso lento e desigual no caso de certos grupos" (ORGANIZAÇÃO..., 2016). Os Estados da região tem um índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que varia de 0,63 a 0,83⁷⁵ no máximo. Nesse sentido, a prática de ações solidárias e cooperativas são instrumentos se atuar em contra as desigualdades existentes.

Os princípios da redução das assimetrias e harmonia com a natureza estão diretamente relacionados ao objetivo de se reduzir a pobreza. Compreende-se que a necessidade de redução das desigualdades influirá positivamente no processo de integração. Faz-se necessário, ainda, investimentos e busca por novas tecnologias relacionadas ao desenvolvimento sustentável.

O tratado constitutivo da Unasul ratifica que a vigência das instituições democráticas e o respeito irrestrito aos direitos humanos são condições essenciais para a construção de um futuro de paz, prosperidade econômica e social (UNIÃO..., 2008 a).

A América do Sul vive um processo de formação de sua democracia, entendida aqui como um processo contínuo na experiência humana de busca pela liberdade,

⁷⁵ Guiana e Argentina, segundo ranking IDH do PNUD 2014. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idh-global.html>

justiça e progresso, sendo assim, permanentemente inconclusa (PROGRAMA..., 2004).

Os governos sul-americanos tiveram certa dificuldade em coordenar a abertura democrática juntamente com o processo de globalização. Problemas como a desigualdade social, as violações de direitos humanos, a violência se agravaram nos anos 80 e 90. Para VICKERS (2006, p. 40) esses problemas se relacionam fortemente com os momentos anteriores de instabilidade política da região e a fragilidade das instituições nacionais:

Durante la mayoría del siglo XX, los países latinoamericanos pasaron por breves períodos de experimentación democrática interrumpidos por largos períodos de gobierno militar o autoritario. Los valores democráticos son débiles, y la confianza en las instituciones democráticas es prácticamente inexistente en muchos lugares.

La crisis de la democracia en América Latina es, por lo tanto también, una crisis de actores sociales. Las instituciones políticas no son las únicas que no funcionan, tampoco funcionan las instituciones sociales y se está produciendo una especie de círculo vicioso. La falta de efectividad de las instituciones del gobierno democrático provoca la disminución de legitimidad de los actores y los procesos democráticos, lo que provoca la ascensión de líderes populistas y movimientos ocasionales de protesta social (VICKERS, 2006)

No início dos anos 2000, Chefes de Estado reafirmaram o compromisso com a integração na América Latina e refletindo sobre a democracia como elemento essencial para o desenvolvimento de quaisquer processos de integração. O Comunicado de Brasília (ORGANIZACIÓN..., 2000) considerou indispensável fortalecimento de instituições democráticas para o processo de integração para a caracterização das liberdades dos cidadãos (Art. 20). A carta, ainda, reflète sobre a

relação entre cooperação internacional em prol dos direitos humanos e democracia, destacando a importância de se “garantir o direito a uma vida digna, como direito inalienável da pessoa, e assinalaram a necessidade de definir um programa de ação pública regional incorporando múltiplos atores sociais, econômicos e políticos, com o propósito de favorecer – no marco de regras democráticas e atendendo a critérios sistemáticos e de solidariedade.” (Art. 26).

Outros blocos da região, como a Comunidade Andina (CAN) e o Mercosul possuem uma cláusula democrática que define que a existência de princípios, valores e práticas democráticas constituem requisitos essenciais para a integração dos povos⁷⁶.

A importância da democracia para o desenvolvimento social e a promoção da estabilidade política foi reforçada pela Organização dos Estados Americanos (OEA) no documento chamado Carta Democrática Interamericana, em 11 de setembro de 2001⁷⁷. Nela se reconhece que a democracia é indispensável para o exercício efetivo das liberdades fundamentais e dos direitos humanos (Art. 7).

A Unasul reafirma a importância desse documento, considerando a democracia como um sistema de governo indispensável para o desenvolvimento e manutenção da paz na região.

⁷⁶ CAN, *Hacia la Comunidad Suramericana de Naciones: elementos para un plan de trabajo*, Documento de Trabajo SG/dt288, 1.13.11, 09/03/2005, disponible en: <http://intranet.comunidadandina.org/Documentos/DTrabajo/SGdt288.doc>

⁷⁷ OEA, Carta Democrática Interamericana, Lima, 11/09/2001. Disponible en: <https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/r.Cart.Democr%C3%A1tica.htm>

Segundo o informe do PNUD para a Democracia na América Latina, existe uma realidade sem precedentes, onde a população vive um triângulo entre democracia, pobreza e desigualdade, o que prejudica profundamente a percepção da população sobre democracia (PROGRAMA..., 2004).. De acordo com outra pesquisa relacionada a democracia na América Latina as pessoas confundem o sistema democrático com o desempenho dos governos, levando a um desinteresse da população (CORPORACIÓN..., 2005). As sucessivas crises políticas, aliada a incapacidade dos governos em solucionar problemas locais e a ineficácia em garantir os direitos básicos do cidadão fazem com que a população perca a confiança nos líderes políticos e isso afeta diretamente o sistema democrático (PROGRAMA..., 2004).

Os espaços de participação democrática são essencialmente nacionais e, ainda que a conjuntura do cenário internacional dificulte a capacidade de coordenação e ação do Estado, é preciso orientar o debate para o fomento de novos espaços de autonomia nacional a partir dos blocos e organismos regionais de cooperação e integração.

Para ARAVENA (2005), a democracia é o valor essencial que permite ampliar as oportunidades de cooperação, como eixo de governabilidade e desenvolvimento da América do Sul em todos os aspectos.

Nesse sentido, a Unasul tem a tarefa de reforçar a democracia buscando incentivá-la como o regime comum para garantir o processo de integração pleno e participativo. Somente através da participação ativa da sociedade no processo democrático e da integração serão possíveis a garantia e o exercício dos direitos e objetivos previstos.

1.3.3. A Estratégia de Cooperação em Saúde na Unasul

1.3.3.1 O Conselho Sul-Americano de Saúde

Com base no base nos artigos 3º letra j, 5º e 6º do Tratado Constitutivo da Unasul o Conselho de Saúde Sul-Americano (Unasul-Saúde ou CSS) foi criado, em 2008 (UNIÓN...,20008a), como uma instituição política permanente que permita às autoridades sanitárias dos Estados membros, através de consenso, abordar desafios comuns que transcendem suas fronteiras.

O Conselho de Saúde da Unasul, compreendido como um órgão de consulta e cooperação em saúde, surge com o objetivo de consolidar na América do Sul um espaço de integração em saúde “incorporando los esfuerzos y logros de otros mecanismos de integración regional, promoviendo políticas comunes y actividades coordinadas entre los países de la UNASUR” (UNIÓN...,20008).

O Conselho não somente reconhece a saúde como direito fundamental, mas também o inclui em um dos princípios de sua atuação como sendo um componente vital para o desenvolvimento humano (UNIÓN..., 2008, Art. 4, a).

Outros princípios de atuação apresentados pelo Conselho dizem respeito (i) ao entendimento da saúde como um importante elemento para impulsionar a integração das nações; (ii) a necessidade de se compreender saúde a partir de um conceito maior de proteção social; (iii) a reduzir as assimetrias entre os sistemas de saúde dos Estados;

(iv) a promover a responsabilidade e a participação cidadã nos temas de saúde; e (iv) a respeitar a diversidade e interculturalidade e promover a solidariedade nas iniciativas de cooperação em saúde entre os Estados.

Seu objetivo, um tanto ambicioso, dado o caráter intergovernamental da Unasul, é consolidar a América do Sul como um espaço de integração em saúde, entre os objetivos específicos, verificamos que em sua maioria tratam de processos contínuos que exigem um forte compromisso dos países para sua realização e posteriormente implementação interna, como o fortalecimento de instituições de saúde tais como provedoras de serviços de saúde pública, reguladoras, formadoras, etc., a criação de sistemas de informação em saúde compartilhados, o avanço no processo de harmonização e homologação de normas de saúde, a criação de redes temáticas com instituições semelhantes (UNASUL, Art. 6).

Com perspectiva de incorporar os avanços já alcançados em outros espaços regionais as atividades e ações em saúde no âmbito da Unasul correm o risco de não inovar e incorrer na duplicação de esforços dos países:

The ministers, through the Health Council or the Council for Social Development, have the duty to implement the standards adopted. The decision-making mode within UNASUR is still very loose, partly because it builds on regional entities that were already in place. The entity is firmly inter-governmental and nations remain entrenched in their national approaches to common challenges. (LANGENHOVE; KINGAH, 2014, p.19)

Tomando por base os princípios do Conselho e da Unasul, os Ministros propuseram, em abril de 2009, a Agenda de Saúde Sul-Americana, que contempla os seguintes temas:

- 1) Elaboração da Política Sul-Americana de Vigilância e Controle de Eventos em Saúde;
- 2) Desenvolver Sistemas Universais de Saúde;
- 3) Promover o acesso universal a medicamentos e outros insumos para a saúde e desenvolver o complexo produtivo da saúde na América do Sul;
- 4) Promover a saúde e enfrentar de forma conjunta seus determinantes sociais; e
- 5) Desenvolver recursos humanos em saúde.

O Conselho é formado pelo Ministros de Estado de Saúde de cada país e por um representante do MERCOSUL – ORAS/CONHU – OTCA e OPS, como observadores. Para alcançar o objetivo de reduzir as iniquidades regionais com a efetivação do direito à saúde, o Conselho Sul-Americano de Saúde se organiza⁷⁸ a partir de um Comitê Coordenador, de uma Secretaria Técnica exercida pela presidência Pro Tempore da Unasul, de Grupos Técnicos de acordo com as cinco linhas de ações prioritárias e as Redes Estruturantes.

1.3.3.2 Os Grupos Técnicos

Os Grupos Técnicos (GTs) foram criados pelas Resoluções 04 e 08 de 2009 do Conselho Sulamericano de Saúde. São compostos pelos pontos focais a nível ministerial dos doze países das respectivas áreas técnicas relacionadas às áreas de trabalho da Agenda de Saúde (2009), com uma coordenação principal e uma alternada, que são exercidas por dois países que se revezam anualmente nos papéis. Os GTs -se os abaixo identificados com suas respectivas atribuições:

⁷⁸ Acordo 01/09 de 21 de abril de 2009, onde os Ministros estabeleceram as atribuições do Comitê Coordenador, da Secretaria Técnica e a conformação de Grupos Técnicos.

Quadro 7: Grupos de Trabalho da Unasul

Identificação do Grupo de Trabalho	Atribuições	Países Coordenadores
Acesso Universal a Medicamentos	Desenvolver estratégias e planos de trabalho que melhorem o acesso a medicamentos, buscando elaborar uma política sul-americana de acesso universal a medicamentos e promover a produção e utilização de genéricos. Outro objetivo é propiciar um sistema harmonizado de vigilância e controle de medicamentos na Unasul, de maneira a promover o acesso a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade. Outro ponto é a formulação de uma proposta para a criação de uma política de preços que favoreça o acesso a medicamentos e a redução de barreiras ao acesso que se originam da existência de direitos de propriedade intelectual e às barreiras originadas pela falta de incentivo à inovação e desenvolvimento de remédios.	Argentina/Suriname
Vigilância e Resposta em Saúde	Articulação de redes de vigilância e resposta dos Estados Membros da Unasul, seguindo o que ficou estabelecido pelo Regulamento Sanitário Internacional (RSI), para que se torne viável a criação de indicadores de fatores de risco, morbidez e mortalidade regional; a criação de um Sistema de Monitoramento e Avaliação (M&E) da rede de vigilância implementada; criação do programa de Capacidade Básica para a Vigilância e Resposta a ESPIN e ESPII, implementados em conformidade com o RSI; implementação de estratégias consensuadas para a prevenção e controle de enfermidades crônicas não transmissíveis; criação de uma rede Dengue-Unasul para mitigar o impacto da dengue na região; e estímulos ao Programa Sul-Americano de Imunização.	Uruguai/Paraguai

<p>Promoção da Saúde e Ação Sobre os Determinantes Sociais</p>	<p>Fortalecer a promoção da saúde e ação sobre os determinantes sociais com o objetivo de reduzir inequidades em cada um dos países membros, mediante a geração de informações, articulação intersectorial e a participação comunitária na formulação, execução e seguimento das políticas públicas de saúde.</p>	<p>Colômbia/Venezuela</p>
<p>Desenvolvimento de Sistemas de Saúde Universais</p>	<p>Formação de Sistemas de Saúde Universais nos países da América do Sul, reconhecendo o direito intrínseco do cidadão ao acesso à saúde e à abordagem inclusiva. A meta é melhorar os níveis de equidade e o acesso a sistemas de saúde universais e integrais; criar e implementar um mecanismo de monitoramento e avaliação dos sistemas de saúde universais; e garantir a democratização dos mesmos através do fortalecimento dos direitos do cidadão e de sua participação ativa nos espaços de tomadas de decisão.</p>	<p>Chile/Bolívia</p>
<p>Desenvolvimento de Recursos Humanos</p>	<p>Fortalecer a condução, formulação, implementação e gestão dos Recursos Humanos em saúde. O objetivo é criar políticas sustentáveis de Recursos Humanos nos países membros – atendendo às áreas técnicas da Agenda de Saúde. Uma de suas tarefas é elaborar um mapeamento sobre o processo de desenvolvimento de pessoal nas áreas ressaltadas na Agenda de Saúde, o que inclui a questão da migração de pessoal qualificado e seu impacto nos sistemas de saúde da região, o desenvolvimento de investigação e promoção de lideranças em áreas prioritárias com base nas promoções do Isags e a capacitação permanente das redes de instituições estruturantes nas áreas prioritárias da Agenda de Saúde da Unasul.</p>	<p>Brasil/Peru</p>

1.3.3.3 As Redes Estruturantes

A constituição de Redes de Instituições Estruturantes dos sistemas nacionais de saúde foi considerada uma das prioridades pelo GT de Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos em Saúde (GT-DGRHS), sendo expressa na Resolução n° 07/09 da 3ª Reunião Extraordinária do Conselho, realizada em novembro de 2009, em Guayaquil, Equador.

As Redes Estruturantes⁷⁹ são compostas por Instituições nacionais ou representantes indicados pelos Ministérios de Saúde dos países membros (Art. 4, Res. 07/2009, CSS).

Compreendendo que as instituições nacionais de saúde devem ser capazes de operar de maneira eficaz, eficiente e sustentável os sistemas e serviços de saúde por meio de atividades de pesquisa & desenvolvimento e formação de pessoal, as redes estruturantes tem por objetivo principal contribuir para o desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde ou de formar profissionais de saúde e gerir os conhecimentos que facilitem a tomada de decisões dos gestores dos sistemas de saúde (BUSS e FERREIRA, 2011).

⁷⁹ Resolução n° 07/09 da 3ª Reunião Extraordinária do Conselho de Saúde da Unasul, realizada em novembro de 2009, em Guayaquil, Equador acorda pela conformação das Redes de Institutos Nacionais de Saúde, Rede de Escolas de Saúde Pública e Rede de Escolas Técnicas em Saúde. A Resolução 07/2010 reconhece as Redes de Rede de Escolas Técnicas em Saúde (RETS) e Redes de Institutos Nacionais de Saúde (RINS). A Resolução 04/2011, CSS reconhece a Rede de Institutos Nacionais de Câncer (RINC). Rede ORHIS criada pela Resolução 10/2009. A Resolução 04/2012 do Conselho de Saúde Sul-Americano criou a Rede de Gestão do Risco de Desastres.

A proposta das Redes foi realizada pelo Brasil, em 2009, quando o GT-DGRHS estava sob coordenação do Brasil⁸⁰, levando em consideração a experiência brasileira, a exemplo da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS)⁸¹ que funciona como uma estratégia de articulação, troca de experiências, debates coletivos e construção de conhecimento em Educação Profissional em Saúde e oferece cursos de formação e qualificação técnica de nível médio gratuitamente aos trabalhadores da área de saúde em áreas como Enfermagem, Farmácia, Radiologia, Nutrição e Dietética, Vigilância em Saúde, Saúde Bucal, Hemoterapia, Citopatologia, entre outras e disponibilizada por uma rede de 40 escolas públicas espalhadas pelo País; e da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (REDESCOLA)⁸² que é composta por 48 Escolas, Núcleos de Saúde e Centros Formadores públicos que se dedicam à formação em saúde pública e em saúde coletiva e tem por missão o fortalecimento e a cooperação para o desenvolvimento de políticas de Educação em Saúde e a produção do conhecimento e a qualificação da força de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS).

A aceitação dessa proposta pelos países da Unasul revela uma certa credibilidade nas políticas de RHS adotadas pelo Brasil nos últimos anos, tais como elucida BUSS e FERREIRA (2011, p. 2708) “os programas do Pró-Saúde (orientado à atenção primária), UNA-SUS (Universidade do SUS), para educação permanente, e a seleção de residências para especialização em áreas prioritárias” e a potencialidade de se expandir tais experiências via cooperação internacional.

⁸⁰ Durante 1 Reunião do GTRH, em 24 e 25 de setembro de 2009. Foram apresentadas as propostas de Resolução do ISAGS, das Redes Estruturantes da Unasul e do Programa de Bolsas Unasul.

⁸¹ Instituída pela Portaria Ministerial nº 2.970, de 25 de novembro de 2009. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2009/prt2970_25_11_2009.html

⁸² <http://rededeescolas.ensp.fiocruz.br/node/368>

Atualmente a Unasul comporta seis Redes Estruturantes, são elas:

A Rede dos Institutos Nacionais de Saúde (RINS), criada em março de 2010, busca o desenvolvimento dos Sistemas de Saúde das Nações Sul-Americanas, mediante a integração e o fortalecimento dos Institutos Nacionais de Saúde (INS). É composta pelos INS ou instituições similares dos países membros.

A Rede objetiva “potenciar y aprovechar las capacidades y recursos de cada instituto, lo que propicia un círculo virtuoso para el intercambio de experiencias, la formación de recursos humanos, el fortalecimiento institucional y el desarrollo de proyectos conjuntos. Constituye un instrumento de inestimable valor para que los INS puedan dar cuenta de una cabal comprensión de las desigualdades sociales y de su impacto en salud mediante el desarrollo de una epistemología dialéctica e integradora”⁸³ .

A proposta de fortalecimento dos Institutos baseia-se na necessidade de ampliação do caráter biologista dos tradicionais Institutos Nacionais de Saúde, fruto de um momento histórico de inspiração pasteuriana (ROSEMBERG, 2015), para uma abordagem mais ampla e dialogando com os determinantes sociais da saúde:

Se trata de cruzar las tradicionales variables biológicas y epidemiológicas con informaciones poblacionales que reflejen la relación entre la posición ocupacional y el empleo como categoría central de la determinación social complementada con datos de educación; género; etnia; condiciones ambientales, como saneamiento y agua potable; acceso a los servicios de salud y otros. (ROSEMBERG, 2015, p. 154)

⁸³ Red de Institutos Nacionales de Salud de la Unión de Naciones Suramericanas (RINS/UNASUR). Disponible en: <http://rins-unasur.org/> Acceso el 15 de agosto de 2014.

Atualmente é coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituição vinculada ao Ministério de Saúde do Brasil .

A Rede de Escolas Técnicas de Saúde da Unasul (RETS) foi concebida como uma sub-rede da Rede Internacional de Escolas Técnicas (RETS)⁸⁴, e é composta por órgãos de governo responsáveis pela formulação de políticas de educação de técnicos na área da saúde e por instituições de ensino que executam programas de formação de trabalhadores técnicos na área da saúde indicadas pelos Ministérios de Saúde dos Estados-Membros da Unasul.

Seu objetivo geral é “fortalecer a área de formação de trabalhadores técnicos em saúde nos países integrantes da Unasul, através do intercâmbio de experiências e desenvolvimento de cooperações técnicas, com o objetivo de ampliar e melhorar as atividades de ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico”. A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) do Brasil, atua como instituição coordenadora desde a criação da Rede.

A Rede de Institutos e Instituições Nacionais de Câncer (RINC), foi criada pela Resolução n. 4/2011 do Conselho de Saúde como uma estratégia de articulação e cooperação entre instituições públicas, com a responsabilidade de elaborar e/ou executar políticas e programas para o controle de câncer na região. A Rede é um

⁸⁴ Criada pela OPAS/OMS em 1996 reúne cerca de 100 instituições, de 19 países, além de abrigar duas importantes sub-redes: a Rede de Escolas Técnicas da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (RETS-CPLP) e a Rede de Escolas Técnicas da União das Nações Sul-Americanas (RETS-Unasul). Site da RETS: <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sobre-rets>

desdobramento dos acordos de cooperação da Aliança da América Latina e Caribe para o Controle do Câncer.

A coordenação da Rede é rotativa entre os países da UNASUL, desde agosto de 2017 Argentina assume sua coordenação pelos próximos dois anos. A sede da Secretaria Técnica da Rede está localizada no Instituto Nacional de Câncer – José Alencar, vinculado ao Ministério da Saúde do Brasil, que disponibiliza a infraestrutura e os recursos humanos necessários ao seu funcionamento.

A RINC tem como missão “promover a articulação e cooperação entre instituições públicas de âmbito nacional com a responsabilidade de elaborar e executar programas para o controle do câncer” (RINC, 2013). Segundo seu Regimento Interno, é estruturada com um Colegiado de Gestão, uma Secretaria Executiva e cinco Grupos Operativos, discriminados a seguir: 1) Controle do câncer de colo de útero; 2) Controle de câncer e mama; 3) Controle de qualidade em radioterapia; 4) Banco de tumores; 5) Registros e informação de câncer.

São considerados membros titulares, com o direito a ocupar um assento no Colegiado de Gestão, os membros das instituições nacionais responsáveis pelo controle de câncer nos respectivos países, ou aqueles que tenham sido delegados pelos governos dos países membros da Unasul. Outros países da América Latina e do Caribe que não são membros da Unasul, tais como Cuba, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua e Panamá participam do Colegiado, com representantes das instituições nacionais responsáveis pelo controle de câncer ou delegados/representantes governamentais (RINC, 2013).

A Rede de Escolas de Saúde Pública da Unasul (RESP- Unasul)⁸⁵, sob coordenação da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz - Brasil) é formada por escolas de saúde pública, centros formadores e instâncias de governo dos países membros (UNIÓN...,2015).

O principal objetivo da RESP é o fortalecimento das capacidades formativas nacionais em saúde pública e à educação permanente de recursos humanos em saúde, através da cooperação técnica e a troca de experiências entre as instituições visando, assim, a melhoria dos programas, políticas e sistemas de saúde na região Sul-Americana. A Rede de Gestão do Risco de Desastres foi criada pela Resolução 04/2012 de 20 de abril de 2012 do Conselho Sulamericano de Saúde (UNION..., 2012). É coordenada pelo Ministério da Saúde do Peru em alternância com o Ministério de Saúde do Chile e tem por objetivo a redução do risco e a resposta oportuna e adequada em situações de desastre na perspectiva da saúde.

Em setembro de 2013, foi realizada a Primeira Reunião da Rede em que aprovou-se o Plano de Ação 2013-2021. O Plano de Ação conta com os seis Eixos Estratégicos: 1. Fortalecer os regulamentos de Gestão de Risco de Desastres em Saúde nos países membros; 2. Estimar, prevenir e reduzir o risco de desastres, em saúde; 3. Preparar e responder frente ao risco de desastres em saúde ao nível dos países; 4. Facilitar os mecanismos de assistência mútua, cooperação e assistência comunitária entre os países da Unasul com os Organismos Internacionais nos processos de gestão de risco de desastres, incluindo a reabilitação e reconstrução em matéria de saúde; 5.

⁸⁵ Resolução 06/2012 do Conselho Sul-Americano de Saúde aprova a criação da Rede de Escolas de Saúde Pública. Disponível em http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_integracao/docs_UNASUL/RES06.2012.pdf

Gerara e fortalecer as habilidades e competências do talento humano na Gestão de Risco de Desastres, em matéria de saúde, no âmbito da UNASUL; 6. Estabelecer mecanismos que incluam a variabilidade e o câmbio climático na Gestão de Risco de Desastres em Saúde no âmbito na UNASUL. (UNIÓN..., 2013).

A Rede de Assessorias de Relações Internacionais e de Cooperação Internacional em Saúde (REDSSUR-ORIS) busca promover uma maior articulação entre as Assessorias de Relações Internacionais em Saúde com o intuito de melhorar os processos de cooperação na região e promover a capacitação contínua dos membros da ORIS e dos técnicos dos Ministérios da Saúde que atuam no âmbito internacional.

Essas Redes atuam como espaços de cooperação técnica entre as instituições de cada campo específico, indicadas pelos países (Art. 6, Res. 07/2009, CSS) onde elaboram seus respectivos planos de trabalho com ações e projetos.

1.3.3.4 O Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS)

O Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS) é um organismo intergovernamental vinculado ao Conselho de Saúde da União de Nações Sul-Americanas.

A proposta de criação de um centro de estudos sobre políticas públicas em saúde de modo a apoiar a governança em saúde entre os países da Unasul ocorreu por

recomendação do sugestão do Conselho de Saúde Sul-americano de saúde⁸⁶ e foi formalmente aceita pelo Conselho de Chefes e Chefes de Estado e de Governo da UNASUL, em abril de 2010.

Seu estatuto foi aprovado em 2011 (UNIÓN..., 2011) e estabeleceu os objetivos, funções e estrutura. As funções do Instituto devem orientar a atuação dos países da região no que se refere aos temas de saúde de maneira coordenada e harmônica em prol de objetivos comuns do bloco. Entre elas inclui-se a gestão do conhecimento sobre temas de saúde internacional; organização de conteúdo técnico-científico existente e realização de pesquisas sobre políticas de saúde de maneira a orientar a tomada de decisão dos países; formação de recursos humanos e assessoria técnica para atuar no cenário difuso da governança internacional da saúde (UNIÓN..., 2011, Art. 3).

O ISAGS tem por destaque a “função principal a gestão do conhecimento para o fortalecimento das capacidades nacionais de condução dos sistemas de saúde, incluindo recompilação e sistematização de conhecimentos relevantes existentes” (BUSS; FERREIRA, 2011).

O Instituto possui três órgãos que definem e orientam a condução de suas atividades. São eles:

O Conselho Diretivo, constituído pelos Ministros de Saúde de cada Estado membro define as atividades e prioridades do Instituto; O Conselho Consultivo composto pelos coordenadores titulares dos Grupos Técnicos e Redes Estruturantes é

⁸⁶ Resolução 05/2009.

responsável por elaborar recomendações relativas ao planejamento, gestão, execução e avaliação dos programas desenvolvidos pelo ISAGS; e a Direção Executiva, composta pelo diretor e o corpo técnico-administrativo do Instituto.

As ações e atividades do Instituto são orientadas pelas prioridades definidas pelos Ministérios da Saúde dos países membros, assim como pelos Grupos Técnicos e Redes de Instituições Estruturantes que compõem o Conselho, a partir do Plano Quinquenal 2010-2015.

O governo brasileiro se ofereceu para ser sede do Instituto e aportou financiamento para a constituição do Instituto e sua manutenção por três anos iniciais. O acordo internacional que assegura a permanência da sede do Isags na cidade do Rio de Janeiro e dá garantias diplomáticas aos funcionários não brasileiros do instituto tardou 4 anos para ser promulgado (BRASIL, 2016).

1.3.3.5 A Agenda de Saúde da Unasul

Após o estabelecimento da Agenda de Saúde da Unasul, o CSS decidiu, pela elaboração de um Plano Quinquenal da Saúde da Unasul (UNIÓN...,2010) para vigorar no período de 2010 a 2015, onde se reafirma os fundamentos nos quais se apoia, assinalando que: (i) a saúde é um direito fundamental do ser humano e da sociedade, constituindo um componente vital para o desenvolvimento humano; (ii) a saúde é um importante fator para a integração das nações membros da Unasul; (iii) a saúde deve

integrar-se em um conceito maior de proteção social, desempenhando um importante papel no desenvolvimento social harmônico; (iv) a Unasul Saúde poderá levar em conta os marcos aprovados pelos Estados membros da OPAS, e tem como objetivo promover a redução das assimetrias existentes entre os sistemas de saúde de seus membros; (v) a região sul-americana conta com capacidades e experiências em saúde que deverão ser levadas em conta em prol da integração dos Estados membros da Unasul; e (vi) a Unasul Saúde buscará promover a responsabilidade e a participação cidadã nos temas de saúde, tendo sempre presentes os princípios da solidariedade, complementariedade, respeito à diversidade e multiculturalismo.

O Plano destaca o grau assimétrico de desenvolvimento e cobertura dos sistemas de saúde dos países membros, onde suas organizações e estruturas se diferem quanto ao modo de financiamento, marco legal e normativo, papel do Estado, coordenação, setores participantes, reflexos de grandes mudanças em seus marcos legais, sobretudo pelas reformas de Estado que afetaram o setor saúde na década de 1990.

Ditas reformas causaram o surgimento de desafios a serem enfrentados, entre os quais destacam: fortalecer o papel da autoridade sanitária central, fortalecer e monitorar as funções essenciais de saúde pública, buscar mecanismos de integração da rede pública, recuperar o nível de financiamento para assegurar desempenhos satisfatórios dos sistemas de saúde, assim como fortalecer a prestação de serviços de atenção primária à saúde.

No que tange aos recursos humanos em saúde, o Plano Quinquenal destaca crescimento positivo do quantitativo de recursos humanos em saúde entre 1995 e 2005,

entretanto, verifica-se a má-distribuição destes profissionais em todo o território sul-americano, com a concentração nas grandes cidades. E em muitos países da Unasul, o déficit de profissionais de saúde necessários para uma cobertura mínima⁸⁷.

Após o levantamento dos principais desafios, o documento definiu cinco áreas prioritárias de ação em saúde com a fixação de objetivos, resultados e atividades, com seus indicadores para o período:

- 1) Rede Sul-Americana de Vigilância e Resposta em Saúde;
- 2) Desenvolvimento de Sistemas Universais de Saúde;
- 3) Acesso Universal a Medicamentos;
- 4) Promoção da Saúde e ação sobre os determinantes da Saúde;
- 5) Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos em Saúde.

Em relação à primeira área, o Plano define como objetivo estabelecer uma rede de vigilância epidemiológica e controle de enfermidades transmissíveis, crônicas não transmissíveis e eventos em saúde pública. Inclui entre as atividades a criação de um sistema de informações para notificação de enfermidades (o VIGISAS/RAVE), uma Rede de Dengue-Unasul, para mitigar o impacto da dengue na região sul-americana, e, um Programa Sul-Americano de Imunização.

Como o próprio título a define, a área Desenvolvimento de Sistemas Universais de Saúde, objetiva a formação de sistemas de saúde universais em todos os países da América do Sul, um mecanismo de monitoramento e garantias de democratização desses sistemas com a participação dos cidadãos nas tomadas de decisões. Esse

⁸⁷ Muito se discute sobre o mínimo necessário. OMS Uma cobertura adequadamente prestada por um sistema de saúde, segundo levantamentos estatísticos realizados, deve contar com um número de 25 (vinte e cinco) profissionais de saúde para cada 25.000 (vinte e cinco mil) habitantes.

objetivo é um dos mais audaciosos do plano, e um dos exemplos em que se verifica uma sobreposição e divergência entre as agendas do Organismos Internacionais de Saúde na região.

Enquanto já aprovado tal objetivo no âmbito da Unasul, que se refere a criação de sistemas universais de saúde, o documento “Estratégia para Cobertura Universal de Saúde” (CE154/12) foi apresentado na 154ª reunião do Comitê Executivo da OPAS/OMS em junho de 2014 e submetido à consulta pública aos países da região das Américas. Após a realização da consulta, que incluiu “aspectos conceituais e premissas da cobertura universal; relevância, pertinência, oportunidade e implementação” (OPAS/OMS, 2014)⁸⁸, foi aprovada a Resolução CD53.R14 na 53ª Reunião do Conselho Diretivo da OPAS/OMS em outubro de 2014, instando os países a implantarem mecanismos de acesso e cobertura universal em saúde e em que participaram os mesmos países membros da Unasul (OPAS/OMS, 2014).

De todas as formas, o Plano estabeleceu entre as atividades a serem realizadas:

(i) revisão da legislação dos países membros, para que se verifique se o direito à saúde é efetivo nos ordenamentos nacionais; (ii) formação de redes integradas de saúde, baseadas na atenção primária à saúde; assim como (iii) fortalecimento da reciprocidade e da complementariedade no que tange aos sistemas de saúde dos Estados membros

⁸⁸ No Brasil, conforme informe sobre o processo de consulta deixa claro a não satisfação com a proposta. É fundamental manter os princípios e diretrizes do SUS de acordo Constituição brasileira. O SUS é um exemplo de impulso social e de lógica universalista e chama a atenção para a sua defesa, isto é, a defesa de Sistemas Universais de Saúde. Rejeitamos o conceito de cobertura universal da saúde. OPAS/OMS Brasil. Consulta Cobertura Universal Em Saúde Brasil. Disponível em: http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/sistematizao%20brasil%20consulta%20publica_versao%20final_1.pdf?ua=1 Acesso em 14 de outubro de 2017.

da Unasul, especialmente nas áreas fronteiriças, (iv) elaboração de mecanismos para a participação cidadã no processo de produção e serviços de saúde.

Quanto a área prioritária “Acesso Universal a Medicamentos”, o objetivo consiste em desenvolver estratégias para melhorar o acesso a medicamentos, por meio do fortalecimento da capacidade produtiva da região; da redução das barreiras ao acesso a medicamentos, oriundas dos direitos de propriedade intelectual e da falta de incentivo a inovação e desenvolvimento de medicamentos; um sistema harmonizado de vigilância e controle de medicamentos. Entre as atividades incluem-se: (i) a definição da real necessidade de medicamentos dos países membros, segundo o perfil epidemiológico; (ii) o mapeamento da capacidade de produção (pública e privada) de medicamentos dos Estados membros; (iii) a implementação de um banco de preços de medicamentos; (iv) elaboração de critérios comuns sobre qualidade dos medicamentos e um guia para aplicação de licenças compulsórias; (v) negociações de preços e compras de medicamentos; (vi) regulação sanitária por meio de critérios homogêneos para o registro de medicamentos; (vii) recomendações para se ampliar a utilização de medicamentos genéricos e harmonização de protocolos oficiais de tratamento.

Entre os resultados esperados e as atividades previstas nesse audacioso Plano, tais como sistema harmonizado de vigilância e controle de medicamentos, em que se prevê critérios homogêneos para registro de medicamentos, ou avaliação e supervisão dos medicamentos, esses se assemelham as principais funções da Agencia Europeia de

Medicamentos (EMA)⁸⁹. Com a peculiaridade em torno da execução via o modelo proposto de esforço colaborativo entre os países na Unasul.

A quarta área prioritária do Plano Quinquenal, a Promoção da Saúde e a Ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde visa reduzir as dificuldades enfrentadas pelos países da neste campo, mediante a produção de informação, a articulação intersetorial e a participação comunitária na formulação, execução e acompanhamento das políticas públicas de saúde.

Encontram-se definidas amplas atividades⁹⁰ entre as quais: (i) criação de mecanismos de comunicação social que garantam a o acesso a informações relativas à promoção da saúde e seus determinantes sociais (ii) articulação com as diversas instâncias da Unasul, no sentido de que as políticas, programas e ações a serem propostas levem sempre, em consideração, o impacto que venham a causar na saúde.

Na área de Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos em Saúde, o Plano elenca como objetivo fortalecer a condução, a formulação, a implementação e a gestão dos recursos humanos em saúde, de uma maneira geral, e especial nas áreas técnica de saúde da Agenda de Saúde da Unasul.

Para que os Resultados (25 a 28) previstos nesta área de trabalho, o Plano estabelece, entre outras, a realização das seguintes atividades: (i) reforçar, em cada um dos países, a governança dos Ministérios de Saúde, no que tange à gestão do trabalho, formação e capacitação dos recursos humanos em saúde; (ii) analise da situação e

⁸⁹ <http://www.ema.europa.eu/ema/>

⁹⁰ Voltadas para os Resultados 19 a 24

estratégias de superação das causas de migração de profissionais de saúde; (iii) a criação do Instituto Sul-Americano de Governo de Saúde (ISAGS) e (iv) criação de redes de instituições estruturantes para se estabelecer a cooperação internacional entre as instituições nacionais na formação e capacitação permanente de recursos humanos.

Essas duas últimas atividades: criação do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), como instituição permanente da Unasul⁹¹ e criação das Redes Estruturantes foram executadas, gerando uma maior institucionalidade ao tema.

Sobre o financiamento dessas atividades, o Plano Quinquenal de Saúde da Unasul prevê a modalidade de contribuição dos Estados, com flexibilidade e voluntariedade para investirem maiores ou menores esforços em determinadas atividades. Não existe nenhum critério fixado para o seu cálculo, o que poderia ter sido objeto de debate prévio, haja visto a assimetria das condições econômicas dos países membros da Unasul. Essa (in)definição, caracteriza um viés puramente político e conjuntural, em que as prioridades podem ser modificadas anualmente.

É importante frisar, que em certas atividades relacionadas a área de gestão de recursos humanos em saúde, por exemplo, tal empenho e motivação do governo brasileiro, à época, foi fundamental para a constituição do ISAGS e para a manutenção das atividades de cooperação desenvolvidas pelas Redes Estruturantes, em que instituições brasileiras atuam como coordenadoras.

⁹¹ Resolução 05/2009.

A avaliação parcial dos resultados do Plano Quinquenal seria efetuada na metade de seu curso, em maio de 2013, entretanto não foi finalizada.

O Plano Quinquenal de Saúde da Unasul (2010-2015) pode ser considerado, antes de mais nada, uma importante carta política de intenções, consensuada entre os Estados. O documento possui um caráter programático, a medida em que prevê uma série de resultados audaciosos, sem, contudo, dispor sobre os mecanismos a serem utilizados para seu efetivo alcance.

Ao que pese o esforço na definição dos planos e condução das ações pactuadas tanto nas Redes como nos GTs, a constante alternância dos pontos focais indicados pelos países, a falta de orçamento destinado pela Unasul a essas atividades e a delonga do Conselho em adotar os Estatutos das Redes⁹² constituem-se fenômenos para a discussão quanto a relevância e compromisso político dos países envolvidos com esse modelo de integração sanitária.

Si bien encontramos respaldo legal en el tratado constitutivo y en los respectivos estatutos de los consejos y grupos de trabajo, su trabajo carece de seguimiento y obligatoriedad legal, de manera que su actuar esté subordinado a una reglamentación clara y eficiente. Siguen existiendo, por lo tanto, elementos de improvisación y espontaneidad en el actuar de esta nueva institucionalidad. (siendo quizás, precisamente esto, lo que se requiere de acuerdo al estado actual de las relaciones recíprocas entre los países de la región). (VALENCIA, p, 82, 2012)

As agendas de cooperação internacional possuem dificuldades operacionais, quer sejam no âmbito interno dos países, ou decorrentes das próprias confluências e divergências entre as demais agendas (de outros Organismos Regionais,

⁹² Regulamento da RETS proposto em novembro de 2013 até o presente (julho/2015) ainda não aprovado pelo Conselho de Saúde.

Internacionais; de outras agendas temáticas, como econômicas, fiscais, políticas, etc). Nesse sentido, o Plano Quinquenal, como outras Declarações e compromissos políticos internacionais sem caráter obrigatório, estão sujeitos ao “jogo internacional” de mudanças conjunturais.

Não se pode negar o valor do Plano Quinquenal, sob o ponto de vista propulsor de uma estratégia compartilhada de cooperação internacional. Ao longo dos curtos anos da Unasul-Saúde foram adotadas resoluções, incluindo: Plano Quinquenal de Saúde, influenza AH1N1, estratégia regional contra a dengue, acesso universal a medicamentos⁹³ com objetivos de dar diretrizes às políticas de saúde no âmbito regional e influenciar as ações locais, entretanto, observa-se a necessidade de ampliação de mecanismos para garantir, no âmbito da Unasul, sua efetiva implementação.

Compliance by national authorities with regional social rules and policies is a key aspect of social policy effectiveness. It does not only entail that countries sign up to regional treaties and protocols that relate to social aspects. It also demands the existence of robust implementation and monitoring mechanisms that are put in place at the national and regional levels to ensure that regional social policies are truly being promoted and implemented (LANGENHOVE; KINGAH, 2014, p.10).

⁹³ Resoluções 01/2009; 02/2009; 03/2009; 09/2009.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Identificar e analisar a influência da cooperação internacional para o reconhecimento do direito à saúde e para a construção democrática e participativa de normas e políticas de saúde no contexto internacional, com enfoque para a experiência da União das Nações Sul-americanas (Unasul).

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar e analisar os atores que influenciam na construção das políticas e normas internacionais de saúde no cenário contemporâneo;
- b) Apresentar os conceitos de Direito Sanitário Global, Saúde Global, e Governança da Saúde Global e sua aplicação aos organismos e blocos internacionais;
- c) Compreender a importância da saúde nas relações internacionais a partir da inclusão do tema na agenda dos blocos de integração regional;
- d) Descrever e analisar as instituições de saúde da União das Nações Sul-americanas (Unasul) em sua estrutura, organização e competências;

- e) Verificar se a democracia encontra-se prevista como um princípio para a adoção das políticas de saúde na Unasul;
- f) Identificar e analisar os mecanismos de participação democrática propostos e utilizados para a construção de políticas de saúde na Unasul.

3. METODOLOGIA

3.1 CONCEPÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo de caso sobre a cooperação internacional em saúde na Unasul, partindo da premissa de que a cooperação internacional e a participação social são instrumentos para o fortalecimento do direito humano à saúde.

Realizou-se uma análise descritiva-exploratória com uma abordagem qualitativa. A pesquisa aliou os métodos de pesquisa bibliográfica e documental. Dessa forma, foram analisados:

- Artigos científicos e livros publicados que versem sobre direito humano à saúde, integração regional e cooperação internacional em saúde; que abordem a saúde na Unasul e na União Européia, disponíveis no acervo da biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP, da biblioteca da *Université de Nantes*, da biblioteca da Faculdade de Ciências da Saúde da UNB, na *US National Library of Medicine* (PubMed); na Rede de Bibliotecas Virtuais em Saúde (BVS/BREME/OPAS), especificamente na BVS temática sobre Bioética e Diplomacia em Saúde (BVS/BIREME/NETHIS);
- Tratados internacionais de direitos humanos no âmbito das Nações Unidas que abordem a cooperação internacional e o direito à saúde, disponíveis na Biblioteca do Centro de Informação da ONU no Rio de Janeiro, na rede mundial de computadores *internet*, especificamente no *Official Document System*, acervo de documentos oficiais das Nações Unidas;

- Documentos constitutivos e instrumentais da Unasul (Tratado Constitutivo, Agenda de Saúde da Unasul, Resoluções do Conselho de Saúde da Unasul) disponíveis nas páginas web da Organização e do Instituto Sulamericano de Governança em Saúde (ISAGS);

Os dados coletados foram analisados com base em alguns pilares fundamentais para a melhor compreensão do tema.

O primeiro pilar situou o contexto atual da governança global e suas implicações para o direito à saúde, bem como o enfoque da participação democrática na construção desse direito no âmbito internacional.

O segundo pilar verificou os aspectos conceituais, políticos e jurídicos da cooperação internacional e dos blocos de integração regional.

O terceiro pilar, foi o estudo da cooperação internacional em saúde no contexto de blocos de integração regional, especificamente o caso da Unasul. Buscou-se identificar o reconhecimento do direito à saúde, a institucionalidade da cooperação internacional em saúde, os enunciados previstos e mecanismos implementados sobre a democracia e participação cidadã e as competências em matéria de saúde do bloco. Nesse aspecto, a análise se apoiou no exemplo a União Europeia.

Procuramos analisar, de forma dialógica, o contexto atual e os mecanismos existentes para construção do direito à saúde no bloco Unasul a partir da tese habermasiana (1996) que propõe um contexto social necessário à democracia com fundamento nos direitos humanos.

3.2 REFERENCIAL TEÓRICO

A compreensão da saúde como um bem público global (CHEN, L. *et al*, 2012, GABAS, J, 2003) faz com que as políticas públicas em prol desse direito, tenham sentido se baseadas em mecanismos de construção de cidadania e participação política.

É justamente nesse sentido que a democracia e a participação social se relacionam com a promoção dos direitos humanos e são fundamentais para o desenvolvimento social dos países. Assim, numa visão habermasiana, só haverá uma verdadeira democracia quando houver legitimidade do direito, que pressupõe garantia das liberdades subjetivas conjugada com a ativa participação dos cidadãos. Os direitos humanos se configuram basicamente como liberdades públicas e privadas – herdadas das visões liberal e republicana, que HABERMAS (2003) revisitou –, para que os sujeitos-cidadãos possam acessar a *esfera pública*⁹⁴ discursiva em situação de igualdade. Assim, os direitos fundamentais se configuram enquanto garantias que aproximam a instância discursiva de formação da vontade e tomada de decisões política da situação ideal de fala – que, nos Estados Democráticos Contemporâneos, se institucionalizam através do Direito (HABERMAS, 1996).

Um fator bastante relevante de sua obra é a abordagem dos direitos humanos como elementos de garantia do procedimento discursivo racional de produção das normas jurídicas. O cidadão do Estado só pode exercer sua autonomia política se ele

⁹⁴ Segundo Habermas (2003) “esfera pública” desempenha um papel crucial no modelo democrático deliberativo, na medida em que é nesse espaço que se dão os processos argumentativos entre os indivíduos, que procuram expor, publicamente, as suas razões, opiniões, julgamentos e ouvir os argumentos dos demais, a fim de alcançarem, ao final, uma decisão coletiva.

assumir sua posição como portador de direitos. Para tanto, HABERMAS (1996) reconstrói uma gênese lógica de direitos: trata-se de uma ordem de status que os próprios participantes numa “prática constituinte” têm de criar, uma vez que pretendem realizar seu projeto por meio do direito.

Em torno à complexidade do mundo atual globalizado – “sociedades complexas contemporâneas”, HABERMAS (1998) afirma que o mundo da vida é composto por uma esfera privada e uma esfera pública. A esfera privada se relaciona como o sistema econômico, e quando há uma colonização do mundo da vida, esta esfera é dominada pelo capital. E o mesmo pode acontecer com a esfera pública que passa a ser burocratizada, invadindo os processos de legitimação democrática.

Quando há uma colonização do mundo da vida, o direito que é fonte integradora e legitimadora do processo democrático e garantidor dos direitos fundamentais, passa a servir aos sistemas econômicos e de poder. Por isso, é que HABERMAS (1998) procura resgatar a legitimidade do direito e a formação democrática da legislação, eis que somente com a efetiva participação dos cidadãos é possível legitimar e reconstruir o Estado Democrático. Nos dizeres do filósofo:

“Penso que as sociedades complexas contemporâneas se integram até certo ponto através de três veículos ou mecanismos. O ‘dinheiro’ enquanto veículo está, por assim dizer, institucionalizado no mercado; o ‘poder’ enquanto veículo está institucionalizado nas organizações; e a ‘solidariedade’ é gerada pelas normas, valores e pela comunicação” (HABERMAS, 2007).

Com a adoção de políticas baseadas em direitos humanos seria possível a conversão do modelo nacional de democracia em um modelo cosmopolita, sendo para tanto necessário a tradução da validade moral desses direitos em efetividade jurídica (HABERMAS, 2010). Efetividade esta que, num primeiro momento, há de surgir na esfera nacional para, em seguida, fazer-se valer na esfera internacional.

Em outras palavras, a intensificação dos processos de globalização exige cada vez mais a institucionalização de uma esfera internacional legitimada pela participação de uma sociedade civil mundial democrática nos processos de tomada de decisão e normatização (HABERMAS, 2007).

Ante a preocupação quanto aos interesses privados na governança da saúde global é preciso repensar as formas e possibilidades de participação democrática dos cidadãos na governança global. Governança global se difere da governança nacional em um aspecto crítico: não há governo a nível mundial. Populações são organizadas em Estados soberanos, mas não há autoridade política hierárquica ou governo mundial que tenha jurisdição sobre esses Estados. Assim, as decisões nas arenas internacionais, a partir de consensos entre os Estados que representam sua população, se dão de forma democrática – democrática ao entender que cada Estado tem direito a um voto e que, via de regra, votos de diferentes países têm o mesmo peso. Entretanto, discutimos, a partir da teoria da democracia participativa, a legitimidade dessas decisões a nível internacional.

Entre as teorias da democracia participativa, destacamos a democracia procedimental, formulada por HABERMAS (1995; 2012; 2013) e baseada em dois princípios: do discurso e da democracia. Segundo o princípio do discurso, a validade de uma norma depende do assentimento de todos os indivíduos, sendo esses participantes de discursos racionais. Já o princípio da democracia defende que um processo normativo legítimo implica um sistema de direitos de participação. Esse modelo defende que a legitimidade política não se esgota no momento de definição da vontade da maioria, como no resultado de uma eleição, mas depende de consensos estabelecidos em debates públicos nos quais seja assegurada a participação de todos

aqueles potencialmente atingidos pela decisão (HABERMAS, 1995; ESTEVEZ, 1999; AVRITZER, 2000). No caso das decisões internacionais, os potencialmente atingidos pela decisão não são apenas os Estados, mas sim suas próprias populações.

A partir dessa concepção, a redução da democracia ao voto não é capaz de denotar a participação do povo, pois, conforme afirma SILVA (2003, p. 141) “o princípio participativo caracteriza-se pela participação direta e pessoal da cidadania na formação dos atos de governo”.

Segundo DALLARI (2000), a democracia deve criar espaços que permitam a deliberação de ideias sobre as reivindicações no campo dos direitos humanos perante o Estado. Há a necessidade de discussão ampliada sobre temas que impactam na saúde de forma muito próxima à sociedade, porque isso a afeta diretamente.

A legitimidade, portanto, exige que os destinatários das normas se sintam, também, legisladores dessas mesmas normas, e isso acontece quando eles podem participar dos debates que conduzem a sua formulação (HABERMAS, 2012).

No caso brasileiro, a democracia representativa inclui institutos típicos da democracia semidireta, como a iniciativa popular, o referendo, o plebiscito, a ação popular, as conferências nacionais de saúde, as ouvidorias e as mesas de negociação (SILVA, 2003; POGREBINSCHI e SANTOS, 2011; AITH, 2015). Foram instituídas, assim, as democracias participativas, cujo objetivo é fazer com que o cidadão tenha outros momentos de envolvimento na política, além daqueles oportunizados nas eleições (POGREBINSCHI e SANTOS, 2011; AITH, 2015).

A aplicação do modelo de democracia participativa nas deliberações e decisões relacionadas à saúde é a chamada democracia sanitária. O conceito de democracia sanitária (TABUTEAU, 2013; AITH, 2015) refere-se a uma abordagem para envolver

todos os atores do sistema de saúde no desenvolvimento e implementação da política de saúde num espírito de diálogo e consulta. A democracia sanitária exige a consulta e o debate público para melhorar a participação dos interessados e promover os direitos individuais e coletivos dos usuários. Segundo AITH essa:

(...) impõe que a definição dos contornos do que se entende juridicamente por direito à saúde seja feita com participação da sociedade. Isso implica que a sociedade deve ser consultada e, na medida do possível, delibere diretamente sobre o que significa saúde e sobre qual será a amplitude da proteção a ser oferecida pelo Estado a este direito (AITH, 2017, p. 113).

No Estado brasileiro as conferências de saúde; os conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde; os conselhos consultivos e câmaras técnicas da Agência Nacional Vigilância Sanitária (Anvisa) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); as Ouvidorias do Sistema Único de Saúde (SUS), da Anvisa e da ANS; são instituições e instrumentos de democracia sanitária criados e aprimorados de maneira a possibilitar a “ampla participação democrática da sociedade na tomada de decisões estatais em saúde” (AITH, 2014).

Tais instrumentos de participação a nível nacional e procedimentos para a tomada de decisão estão ausentes no plano mundial. Como resultado, as sociedades enfrentam grandes desafios para realizar acordos, impor regras, coordenar ações e atingir a coerência das políticas.

Nota-se que, no modelo atual de representatividade, com os desafios e complexidades da governança global da saúde, a participação dos cidadãos na esfera internacional não pode ficar limitada ao processo democrático instituído nas eleições de seus representantes congressistas e dos chefes dos poderes do Executivo. Não há

mecanismos institucionalizados que possibilitem uma discussão mais ampla pela sociedade sobre questões internacionais de interesse local.

Dessa forma a concepção de cooperação internacional deveria estar plasmada na ação comunicativa de HABERMAS (1984), onde os participantes não estão orientados primeiramente para o seu próprio sucesso individual, eles buscam seus objetivos individuais respeitando a condição de que podem harmonizar seus planos de ação sobre as bases de uma definição comum de situação.

4. RESULTADOS e DISCUSSÃO

4.1. ARTIGO I: Direito Sanitário Global: temas, atores e processos

Freitas R. Direito Sanitário Global: temas, atores e processos. Rev. Dir. sanit. fev. 2017;17(3):39-57.

Direito Sanitário global: temas, atores e processos

Global health law: issues, actors and processes

Roberta de Freitas¹

RESUMO

Proteger a saúde pública e melhorar os indicadores individuais de saúde envolve cada vez mais inovações na legislação nacional e internacional. Além das tradicionais Organizações Internacionais voltadas para a saúde (OPAS, OMS) nota-se no cenário global um incremento de outros atores que dispõem de normas e regulamentos próprios que repercutem e interferem de forma direta ou indireta na área da saúde, tais como OMC, Banco Mundial, fundações privadas, etc. O presente artigo não tem por objetivo esgotar a reflexão conceitual sobre o Direito Sanitário Global, mas procura caracterizá-lo a partir de três elementos que o integram: temas; atores; e processos políticos de negociação.

Palavras-Chave: Direito Sanitário Global; Direito Sanitário Internacional; Saúde Global.

ABSTRACT

Protect public health and improve individual health indicators increasingly involves innovations in national and international legislation. Besides traditional international organizations focused on health (PAHO, WHO), it can be noticed in the global scenario an increase of other actors who have their own rules and regulations that directly or indirectly interfere and impact in healthcare, such as WTO, World Bank, private foundations, etc. This article does not intent to exhaust the conceptual reflection on the Global Health Law, but aims to give an overview of it according to three of its essential features: themes, actors and political processes of negotiation.

Keywords: Global Health; Global Health Law; International Health Law.

¹Universidade de São Paulo. São Paulo/SP, Brasil.

Roberta de Freitas – Doutoranda em Saúde Global e Sustentabilidade pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; mestre em Direitos Humanos e Relações Internacionais pela Universidad de Sevilla. Assessora de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz e vice-coordenadora do Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde (Nethis/Fiocruz). Advogada. Brasília/DF, Brasil. E-mail: roberta.freitas@fiocruz.br.

INTRODUÇÃO

A saúde é um direito humano essencial para o exercício de todos os direitos humanos. O tema é de primeira ordem na agenda política, nacional e internacional, manifestando-se como uma questão social, com amplas influências da globalização. Vários temas em debate nas agendas internacionais dialogam e impactam com o direito à saúde. Além dos Estados nacionais, garantidores legítimos desse direito, outros atores internacionais são capazes de influenciar a definição de normas internacionais que impactam na saúde.

As implicações da participação e influência desses outros atores faz surgir na literatura novos conceitos como saúde global e direito sanitário global. O que suscitou a preocupação em compreender esse conceito e as consequências para sua utilização de forma acrítica.

O presente artigo, construído através da revisão sistemática de literatura, não tem por objetivo esgotar a reflexão conceitual sobre o Direito Sanitário Global, mas procura caracterizá-lo a partir de três elementos que o integram: (I) Temas; (II) Atores; e (III) Processos políticos de negociação.

Direito Sanitário Global

A evolução da consciência global sobre o direito humano à saúde coincide com a percepção sobre suas interfaces na esfera política, econômica, de segurança, etc. A atual compreensão da saúde como um bem público global faz com que as políticas públicas sejam baseadas em direitos humanos, por meio de mecanismos de construção de cidadania e participação política, daí a necessidade de promovê-los, além de desenvolver ações para resolver sua violação nos sistemas de saúde.

A globalização, como apontado por *Ruggie*⁹⁵, é marcada por características de crescente interdependência econômica, política e social, pela integração global do capital, de bens de capital, de conceitos, de ideias, de valores e de pessoas, que repercutem no aumento do risco da propagação internacional de doenças infecciosas e não transmissíveis. Tais características levaram a importantes mudanças na organização, financiamento e ações dos sistemas nacionais de saúde. O comércio, as viagens, as questões ambientais, os conflitos armados e o terrorismo, transcendem os limites territoriais e impactam profundamente na saúde individual e comunitária, o que representa "riscos e oportunidades interligadas que afetam a sustentabilidade dos sistemas de saúde em todo o mundo" *Yach e Bettcher*⁹⁶.

No século XXI, alguns autores, como *Stephen e Daibes*⁹⁷, entendem que o fenômeno da globalização ou sua intensificação alterou a tradicional distinção entre saúde internacional ou global:

This, to some extent, signifies a shift in thinking from ‘international health’ which concerns itself primarily with the control of the spread of epidemics across national boundaries to ‘global health,’ which concerns itself with the health of the global population as the forces of globalization become stronger⁹⁸.

É importante tecer algumas reflexões sobre saúde global, termo não utilizado simplesmente com objetivo de renovar a literatura em substituição a expressão saúde internacional. Conforme comentado por *Godue* (1992 apud *ALMEIDA*)⁹⁹:

⁹⁵ RUGGIE, J. At home abroad — abroad at home — international liberalization and domestic stability in the new world economy. *Millennium Journal Of International Studies*. Europa, p. 447. n.24 v.70. 1995.

⁹⁶ YACH, D; BETTCHER, D. A globalização da saúde pública 1: Ameaças e oportunidades. *Jornal Americano de Saúde Pública*. p. 735-738. 1998.

⁹⁷ STEPHEN C, DAIBES I. *Defining features of the practice of global health research*. Global Health Action [periódico na internet]. 2010; 3. Disponível em: <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/5188/5772>. Acesso em: 10 out. 2013. "Isso, de certa forma, significa uma mudança de pensamento de "saúde internacional" que se preocupa principalmente com o controle da propagação de epidemias através das fronteiras nacionais para "saúde global", que se preocupa com a saúde da população mundial como as forças da globalização se tornar mais forte". (Tradução livre).

⁹⁸ STEPHEN C, DAIBES I. *Defining features of the practice of global health research*. Global Health Action [periódico na internet]. 2010; 3. Disponível em: <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/5188/5772>. Acesso em: 10 out. 2013. Isso, de certa forma, significa uma mudança de pensamento de "saúde internacional" que se preocupa principalmente com o controle da propagação de epidemias através das fronteiras nacionais para "saúde global", que se preocupa com a saúde da população mundial como as forças da globalização se tornar mais forte. (Tradução livre).

⁹⁹ ALMEIDA, Celia. A experiência da Fiocruz na formação de profissionais em saúde global e diplomacia da saúde: base conceitual, estrutura curricular e primeiros resultados. *Reciis*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p.148-164, mar. 2010. Fundação Oswaldo Cruz. DOI: 10.3395/reciis.v4i1.355pt. Disponível em: <<http://www.recis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/721/1366>>. Acesso em: 10 set. 2013.

Muitas vezes a expressão “saúde global” aparece em substituição à idéia de “saúde internacional”, termo criado no início do século passado (em 1913, nos Estados Unidos, no âmbito da Fundação Rockefeller) e que até os anos de 1990 foi utilizado para se referir à saúde como um fenômeno transnacional, mas sem considerá-la como algo a ser tratado no âmbito das relações internacionais, isto é, das relações entre estados nacionais integrantes de um sistema mundial hierarquizado e iníquo.

A caracterização da saúde global parte de uma compreensão sistêmica da saúde e da sociedade contemporânea, que reconhece não somente o encurtamento das distâncias, mas também se vincula ao:

Impacto de la interdependencia global sobre los determinantes de la salud, la transferencia de riesgos de salud y la respuesta en la forma de políticas de las naciones, de las organizaciones internacionales y de los múltiples actores en el entorno de la salud global, *Kickbusch*¹⁰⁰.

O termo saúde global, além de reconhecer a participação de outros atores com importância, enfoques, estratégias e objetivos variados, como Fundações Privadas, Organismos não Governamentais e grandes corporações nos fóruns e discussões sobre saúde, ademais dos Estados e Organismos Internacionais, também realça a relevância destes para incluir certa legitimidade à governança global da saúde¹⁰¹; uma vez que os problemas de saúde se relacionam a muitos outros aspectos sociais, econômicos e políticos.

*Kickbusch*¹⁰², discorre que saúde global se define “através uma interação complexa entre o Estado e atores não-estatais, através de novos mecanismos organizacionais que permitem a sua participação. Onde o novo sistema é plural e caracterizado por uma crescente privatização” (p. 970, tradução livre). Suscitamos, porém, que nesses casos a legitimidade da participação desses “novos atores” deve ser ponderada nos limites de seus interesses econômicos.

¹⁰⁰ KICKBUSCH I. *Action on Global Health: Addressing global health governance challenges*. Public Health. 2005; 119 (11): 969 – 973. “Impacto da interdependência global sobre os determinantes da saúde, transferência de risco para a saúde e de resposta sob a forma de políticas das nações, organizações internacionais e os muitos atores no ambiente da saúde global” (Tradução livre).

¹⁰¹ Segundo BUSS et. al, 2012: “Entende-se por ‘governança global da saúde’ os arranjos institucionais existentes com vistas à condução dos assuntos internacionais e globais na área da saúde, entre eles o da saúde humana e ambiente.”

¹⁰² KICKBUSCH I. *Action on Global Health: Addressing global health governance challenges*. Public Health. 2005; 119 (11): 969 – 973. “Impacto da interdependência global sobre os determinantes da saúde, transferência de risco para a saúde e de resposta sob a forma de políticas das nações, organizações internacionais e os muitos atores no ambiente da saúde global” (Tradução livre).

Nesse sentido *Gostin* define o Direito Sanitário Global incluindo esses três aspectos a serem abordados: “Global health law is a field that encompasses the legal norms, processes, and institutions needed to create the conditions for people throughout the world to attain the highest possible level of physical and mental Health”.

Diante essa realidade, as normas e políticas públicas de saúde são cada vez mais transnacionais. Com uma infinidade de organizações internacionais que compartilham autoridade legislativa para a saúde, bem como outros atores envolvidos que influem no processo legislativo internacional da saúde, a expansão da legislação internacional em saúde se mostra fragmentada, descoordenada e ineficaz, *Taylor*¹⁰³.

I. Temas

A abordagem abrangente do Direito Sanitário Global envolve vários temas, inter-relacionados, incluindo a saúde, segurança, meio ambiente, a política, o comércio, a economia, a propriedade intelectual, direitos humanos, ética e segurança nacional:

Today, the burgeoning field of international health law encompasses increasingly diverse and complex concerns, including aspects of biomedical science, human reproduction and cloning, disability, infectious and noncommunicable disease, and safety control for health services, foods and pharmaceuticals, *Taylor*¹⁰⁴.

No que diz respeito à política internacional, as articulações entre os Estados e os novos atores¹⁰⁵, são adaptáveis, em certos contextos, aos interesses de reafirmar sua noção de soberania e cooperar perante interesses comuns.

Nos fóruns de negociações do G20, da Assembleia Geral das Nações Unidas, do Conselho de Chefes de Estado e de Governo da UNASUL, Conselho do Mercado Comum, etc., assim como da Assembleia Mundial de Saúde, ou mesmo o Conselho de

¹⁰³ TAYLOR, A. L. Global governance, international health law and WHO: looking towards the future. *Bull World Health Organ*, v. 80, n. 12, p.975-980, jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862002001200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. 2013.

¹⁰⁴ Apud. P. 975. “Hoje, o florescente campo do direito internacional sanitário engloba cada vez mais diversas e complexas preocupações, incluindo os aspectos da ciência biomédica, reprodução humana e clonagem, deficiência, doenças infecciosas e não transmissíveis e controle de segurança para serviços de saúde, alimentos e produtos farmacêuticos” (Tradução livre).

¹⁰⁵ A serem detalhados posteriormente.

Segurança da ONU, são possíveis variadas conjunturas e alianças entre Estados, e em vários casos contraditórias.

O tema segurança se relaciona à saúde desde as mais remotas epidemias que se tem registro, como a peste negra na Grécia relatada por Tucídides em 431 a.C.; passando pela implementação das primeiras medidas de Quarentena nos países da Europa e a construção de muralhas entre cidades para evitar pestes e epidemias durante a Idade Média; a realização da 1ª Conferência Sanitária, em Paris – 1851 e suas subsequentes que culminaram na criação do Comitê Sanitário Internacional e Oficina Internacional de Higiene Pública em 1902; o estabelecimento do 1º Código Sanitário Pan-Americano, em 1924, com sua última revisão adotada internacionalmente em 2005; até os mais recentes episódios de SARS¹⁰⁶ em 2003, Influenza A (H1N1) em 2009, Gripe aviária¹⁰⁷ desde 2005, Coronavírus¹⁰⁸ desde 2010, *Castro*¹⁰⁹.

Segurança e saúde envolvem, ainda, preocupações com armas químicas e biológicas utilizadas desde a Antiguidade, os gregos utilizavam flechas envenenadas em suas guerras há mais de 2 mil anos; em larga escala na Primeira¹¹⁰ e Segunda Guerras Mundiais¹¹¹, na Guerra do Vietnã¹¹², e mais recentemente, no atentado terrorista ao metrô de Tóquio, em 1995¹¹³. Podendo-se avaliar como um importante avanço a adesão formal da Síria à Convenção sobre Proibição de Armas Químicas da ONU, em outubro de 2013.

Outros eventos de saúde pública seguem com destaques preocupantes no cenário atual: vazamento de água radioativa e contaminação do ar pela usina de Fukushima, *IAEA*¹¹⁴, e a utilização desautorizada de tecnologia nuclear para fins militares em países como Coreia do Norte, Irã e Turquia¹¹⁵. Nos últimos anos vem-se

¹⁰⁶ Síndrome Respiratória Aguda Grave.

¹⁰⁷ Vírus H5N1 e H7N9.

¹⁰⁸ MERS-CoV.

¹⁰⁹ CASTRO, L. P. G; FERREIRA, F. P. O direito à saúde e a globalização. *Revista Anhanguera*, São Paulo, v. 11, n. 1, p.61-87, dez. 2010.

¹¹⁰ Gás cloro (Cl₂) e Gás mostarda (Cl - CH₂ - CH₂ - S - CH₂ - CH₂ - Cl).

¹¹¹ Gás cianídrico (HCN).

¹¹² Napalm e Agente laranja.

¹¹³ SARIN.

¹¹⁴ IAEA. International Atomic Energy Agency. *Update on Seawater Radioactivity Concentrations at TEPCO's Fukushima Daiichi Nuclear Power Station*. 2013. Disponível em: <<https://www.iaea.org/newscenter/news/2013/seamonitoring151013.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2013.

¹¹⁵ De acordo com o Tratado de Não Proliferação Nuclear (TNP), somente os países que explodiram a bomba atômica antes de 1º de janeiro de 1967 (Estados Unidos, Rússia, China, Reino Unido e França) têm o direito de possuírem esse tipo de armamento.

aumentando a preocupação com o uso de armas biológicas, especificamente a possibilidade do uso do vírus da varíola como agente infeccioso, *Atlas*¹¹⁶; isso tem levado a inflexões no âmbito da própria OMS, quando discussões acirradas entre EUA e Irã sobre a eliminação das cepas desse vírus, existentes apenas em dois laboratórios na Rússia e Estados Unidos¹¹⁷ se estendem desde 1996, *WHO*¹¹⁸ e *Tucker*¹¹⁹.

Não há grande novidade em relação aos interesses comerciais que justificam a atuação de entidades e Estados relacionado à saúde pública. Como já comentado, o exemplo tradicional de risco e segurança sanitária no comércio internacional de mercadorias justificou nos séculos passados a imposição de quarentenas e medidas sanitárias em portos e zonas de intercâmbio comercial, *Castro*¹²⁰.

Atualmente, vários episódios relacionados ao comércio internacional se utilizam de argumentos sanitários para imposição de barreiras econômicas ou como justificativas nas disputas de interesses comerciais, como no Caso dos Pneus, discutido em instâncias sobre comércio¹²¹, onde se entendeu que as medidas restritivas poderiam ser fundamentadas com base na proteção à saúde pública e ao meio ambiente, *Morosini*¹²².

Conforme contextualizado por *Rodrigues e Soler*¹²³, a ameaça de emissão de licença compulsória¹²⁴ ou “quebra de patente”, prevista no Acordo de Propriedade Industrial (Trips) da Organização Mundial do Comércio (OMC) em casos de

¹¹⁶ ATLAS, Ronald M. The threat of bioterrorism returns the fear of smallpox. *Current Opinion in Microbiology*, v.1, 1998.

¹¹⁷ US Centre for Disease Control and Prevention (CDC), em Atlanta, nos EUA; e o State Research Institute for Viral Preparations (Vector), em Moscou, Rússia.

¹¹⁸ WHO/Gar. **Sistema Global de Alerta e Respostas para epidemias e eventos de saúde pública**. 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/csr/don/archive/year/2013/en/index.html>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

WHO. *Trade, foreign policy, diplomacy and health*. International Law. Disponível em: <<http://www.who.int/trade/glossary/story061/en/index.html>>. Acesso em 05 Set 2013.

¹¹⁹ TUCKER, Jonathan B. Breaking the Deadlock Over Destruction of the Smallpox Virus Stocks. *Biosecurity and Bioterrorism: biodefense strategy, practice and science*, v.9, n.1, 2011. p.63.

¹²⁰ CASTRO, L. P. G; FERREIRA, F. P. O direito à saúde e a globalização. *Revista Anhanguera*, v. 11, n. 1, p.61-87, dez. 2010

¹²¹ Tribunal Arbitral Ad Hoc do Mercado Comum do Cone Sul (Mercosul) e Mecanismo de Solução de Controvérsias da Organização Mundial de Comércio (OMC).

¹²² MOROSINI, Fabio. **A Guerra dos Pneus: Os conflitos surgidos entre a política ambiental e a política de comércio internacional**. 2006. Disponível em: <http://direitosp.fgv.br/sites/direitosp.fgv.br/files/notadeensinofinalrevista040806_aguerradospneus.pdf>. Acesso em: 10 set. 2013.

¹²³ Rodrigues, W.C.V.; Soler, O. Licença compulsória do efavirenz no Brasil em 2007: contextualização. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2009, 26(6), pp. 553–9.

¹²⁴ Significa suspensão temporária do direito de exclusividade do titular de uma patente, permitindo a produção, uso, venda ou importação do produto ou processo patenteado, por um terceiro, sem a autorização do titular da patente.

comercialização insatisfatória ou emergência nacional e interesse público, serviu como estratégia durante a negociação de preços de medicamentos antirretrovirais entre o governo brasileiro e as empresas farmacêuticas detentoras das patentes dos medicamentos em 2001, 2003 e 2005. Por sua vez, o Brasil recorreu à essa pela primeira vez em maio de 2007, para permitir ao governo brasileiro a importação e produção de versões genéricas do Efavirenz de laboratórios pré-qualificados pela Organização Mundial da Saúde, *Bermurdez*¹²⁵.

A utilização de normas sanitárias como barreiras comerciais foi ponto de tensão no “caso dos pepinos”, em 2011, quando as autoridades da Alemanha anunciaram um alerta a países vizinhos para que retirassem pepinos orgânicos da Espanha de circulação, pois teriam sido identificados como uma fonte do surto de *E. coli* nesse país, levando a um quadro de mais de 2.600 casos e 12 mortes. Após análises bacteriológicas que confirmaram que as estirpes encontradas nos pepinos espanhóis não eram enterohemorrágicas, a Espanha exigiu um ressarcimento pelos danos causados pela emissão do alerta por parte da Alemanha.

Questões como Migração e Crise Econômica representam impactos nos sistemas de saúde dos países. As evidências negativas mais atuais se observam após crise de 2008 nos sistemas de saúde europeu. Países como Espanha e França vêm sofrendo modificações em seus sistemas nacionais de saúde:

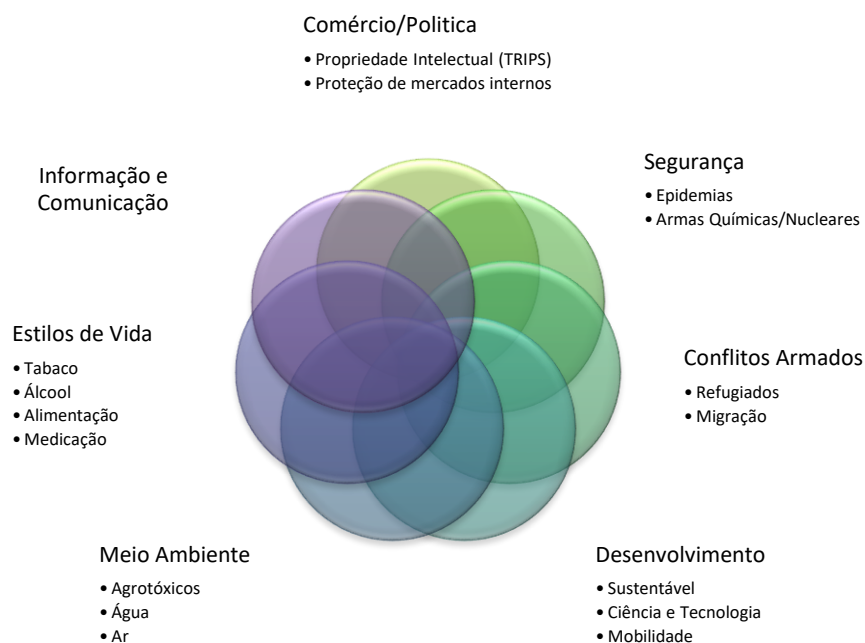
“Com o início da crise econômica, todos esses avanços históricos do SNS estão sendo ameaçados, com precarização dos serviços, privatização de serviços da saúde pública, diminuição dos pagamentos dos profissionais de saúde e aumento de suas horas de trabalho” *Fernandez*¹²⁶.

A emergência ou intensificação das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), assim como o envelhecimento populacional trazem a tona estilos de vida importados e/ou intensificados pela globalização. Essa preocupação acompanha as discussões sobre a regulação e consumo de tabaco, álcool, medicamentos, sal, etc., bem como o uso de propagandas e tecnologias de comunicação voltadas cada vez mais para benefícios de grandes conglomerados econômicos.

¹²⁵ BERMURDEZ, J. A. Z; OLIVEIRA, M. A; CHAVES, G. C. O Acordo TRIPS da OMC e os desafios para a saúde pública. In: BERMUDEZ, Jaz; OLIVEIRA, M; ESHER, A. (Org.). **Acceso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2004. p. 69-89.

¹²⁶ FERNANDEZ, L. A. L. **A Crise econômica Europeia e as repercussões nos sistemas de saúde**: São Paulo: Conferência, 21 Nov. 2012. Conferência realizada na FSP/USP.

Todos esses temas, e outros não aprofundados nesse artigo, apresentam um estreito nexos e interdependência entre si, com a saúde e com o Direito Sanitário. A Figura 1, abaixo, ilustra essa complexidade:



Tais questões têm pautado as agendas internacionais e nacionais. A preocupação de temas como o desenvolvimento, a mobilidade urbana, poluição, uso de agrotóxicos, qualidade de ar, água, produção e consumo sustentáveis foram os principais pontos da Rio +20, e estão profundamente relacionadas à saúde e às condições de vida das populações; ao que pese o esforço para se incluir o tema no documento final dessa Conferência¹²⁷:

Não se faz desenvolvimento sem seres humanos saudáveis. Parece óbvio, mas se o "rascunho zero" (draft zero) do documento oficial das Nações Unidas para a Conferência sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio + 20) não traz qualquer referência à saúde humana, o óbvio precisa ser dito e enfatizado, para garantir espaço no mundo real. Por isso, a Fiocruz elaborou cinco parágrafos que ressaltam a relevância dos determinantes sociais e ambientais da saúde para o desenvolvimento sustentável e encaminhou ao Ministério da Saúde, que por sua vez levou ao Ministério das Relações

¹²⁷ "Graças ao esforço da Fiocruz, do Ministério da Saúde, da Organização Panamericana da Saúde, da diplomacia brasileira e de parceiros como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o tema saúde e população ganhou oito parágrafos - do 138 ao 146." <http://www.saude.rio20.fiocruz.br/index.php/widgetkit/130-rio20-documento-final-aponta-que-saude-e-sustentabilidade-sao-indissociaveis>

Exteriores para ser remetido à ONU, na expectativa de que a questão conste na próxima versão do documento oficial, *BUSS*¹²⁸.

Esse documento, “O Futuro que queremos”, serviu como orientador ao processo de elaboração da Agenda do Desenvolvimento Sustentável 2030¹²⁹ e definição dos 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Nessa nova agenda nota-se uma maior conexão entre os pilares econômicos, sociais e ambientais. Embora o tema da saúde se apresente de forma expressa no Objetivo 3. Garantir vidas saudáveis e bem-estar para todos em todas as idades, verifica-se sua transversalidade em praticamente todos os demais, como no Objetivo 2. Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhorar a nutrição e promover a agricultura sustentável; Objetivo 10. Reduzir a desigualdade dentro e entre países; Objetivo; 13. Adotar medidas urgentes para combater as mudanças climática e seus impactos, etc.

As audaciosas metas previstas para o ODS 3, como “acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e de doenças tropicais negligenciadas”; “reduzir à metade o número de mortes e lesões causadas por acidentes de trânsito”, etc. não dão conta da amplitude e ambição desse Objetivo, que só será possível a partir da intersetorialidade e conexão com os demais ODS.

Na tentativa de se lidar com esses desafios e num panorama onde há a dificuldade de se reconhecer compromissos factíveis e responsabilidades compartilháveis, os Estados promovem a ampliação das agendas das Organizações Internacionais; e reforçam a necessidade de se ampliar o diálogo e a coordenação de ações entre os países e outros atores.

II. Atores

No que diz respeito aos atores que participam da construção do direito sanitário, presentes no âmbito internacional, podemos classificá-los em: Atores

¹²⁸ BUSS, P. *Só há desenvolvimento sustentável com uma população saudável*. 2013. Disponível em: <<http://www.sauderio20.fiocruz.br/index.php/entrevistas/70-so-ha-desenvolvimento-sustentavel-com-uma-populacao-saudavel>>. Acesso em: 15 out. 2013.

¹²⁹ Resolução A/70/L1 ‘Transforming Our World: The 2030 Development Agenda.

Tradicionais, como Estados e Organizações Internacionais, próprias da saúde ou não, e Novos Atores.

Na concepção normativa de Estado, o princípio da soberania traduz-se em duas regras na arena internacional: igualdade formal dos Estados e a não intervenção. *Velasco e Cruz, 2004*. Entretanto, as assimetrias entre eles são evidentes em múltiplas esferas, políticas, econômicas e sociais, que acabam por repercutir em suas características e perfis. Podendo classificá-los como *superpower*, emergentes, *status quo*, ou maioria silenciosa.

Os Estados se organizam em grupos de interesses regionais, políticos e econômicos. As alianças constituídas, contudo, podem acirrar algumas tensões pré-existentes entre Norte *versus* Sul, superpotências *versus* resto do mundo, Ocidente *versus* Países Islâmicos, Membros do Conselho de Segurança da ONU *versus* demais membros.

Ante tal complexidade, e já bastante analisado pelas teorias das Relações Internacionais, não há de se estranhar a (in)coerência dos Estados em sua atuação no cenário internacional: interesses nacionais *versus* altruístas, a (ausência de) transparência e a dificuldade de transformar suas propostas em ações.

Nos últimos anos, os temas de saúde têm se tornado mais presentes nas discussões em ambientes diversos das tradicionais agências especializadas de saúde, como a OMS e a OPAS, *Alleynes*¹³⁰.

Como consequência: uma ampla gama de organizações intergovernamentais interfere na elaboração de normas internacionais que impactam na saúde. Os acordos da OMC, por exemplo, têm impactos diretos e indiretos sobre a saúde:

Os Estados adotaram uma série de normas de exceção ao princípio da cláusula da nação mais favorecida, devendo destacar-se o Acordo sobre a Aplicação de Medidas Sanitárias e Fitossanitárias, pelo qual se define a regra de que "nenhum Membro deve ser impedido de adotar ou aplicar medidas necessárias à proteção da vida ou da saúde humana, animal ou vegetal, desde que tais medidas não sejam aplicadas de modo a constituir discriminação arbitrária ou injustificável entre Membros em situações em que prevaleçam as mesmas condições, ou uma restrição velada ao comércio internacional" *Soares*¹³¹.

¹³⁰ ALLEYNE, George A. O. **A Saúde pública internacional e global: governança e questões éticas**. 2007. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1555-8746/2007/vn4/a43-63-1.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2013.

¹³¹ SOARES, F. S. G. O Direito Internacional Sanitário e seus temas: apresentação de sua incômoda vizinhança. *Revista de Direito Sanitário*, v. 1, n. 1, 2000.

Verifica-se, também, um número crescente de organizações internacionais e regionais paralelas ao Sistema das Nações Unidas. Essas, com mandato dos países membros, têm atuado na construção de normas relacionadas à saúde. Na região das Américas, por exemplo, se verifica um grande número de organismos que abordam a temática da saúde, tais como a Comunidade Andina das Nações (CAN), Comunidade do Caribe (CARICOM), Sistema de Integração Centro-americano (SICA), o Mercado Comum do Sul (Mercosul), a Aliança Bolivariana para os Povos de Nossa América (ALBA), União das Nações Sul-americanas (Unasul), *BOLIS e CAMPOS*¹³².

Incluem-se, ainda os arranjos políticos, econômicos e os blocos de integração regionais, que direta ou indiretamente atuam com o tema da saúde, tais como União Africana (UA), União Europeia (UE), Organização dos Estados Americanos (OEA), Comunidade do Caribe (CARICOM), a Liga Árabe, Associação das Nações do Sudeste Asiático (ANSA) e a Associação Sul-Asiática para a Cooperação Regional (SAARC), Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), BRICS, Aliança do Pacífico, entre outros.

Pergunta-se, entretanto, qual o interesse dos Estados: fortalecer uma coordenação coerente ou adaptá-las de acordo com seus interesses e zonas de influência?

Também tem havido uma proliferação do que se convencionou chamar de “Novos Atores” na saúde internacional, atores da sociedade civil e do setor privado (ALLEYNE)¹³³. Estes incluem uma variedade de organizações não-governamentais (ONGs), fundações e organizações sem fins lucrativos.

As ONGs são entidades constituídas segundo o direito interno de um Estado, sem personalidade jurídica de Direito Internacional, mas cuja autoridade científica ou prestígio internacional, pela eficiência de sua ação, e ainda pelos meios financeiros de

¹³² BOLIS, M., CAMPOS, R. F. América latina: espacios de avance em torno al derecho a la salud. In: Delduque, Maria Célia ... [et al.] (Org.). *El derecho desde la calle: introducción crítica al derecho a la salud*. Brasília: Fundação Universidade de Brasília, CEAD, 2012. p. 97 -106. “A dimensão social, nomeadamente as questões de saúde se tornaram mais importantes; expandiram iniciativas e/ou a cooperação de integração na área da saúde nas Américas. Estas iniciativas respondem aos compromissos que assumiram os governos da região em vários encontros e fóruns internacionais como as Cúpulas de Presidentes e Ministros de Saúde de organizações sub-regionais, como a Comunidade Andina de Nações (CAN), o Mercado comum do Sul (MERCOSUL), o Sistema de Integração Centro-Americana (SICA), a Comunidade do Caribe (CARICOM), a Aliança Bolivariana para os Povos de Nossa América (ALBA) e, mais recentemente, a União de Nações Sul-americanas (UNASUL).” (Tradução livre).

¹³³ ALLEYNE, George A. O. **A Saúde pública internacional e global: governança e questões éticas**. 2007. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1555-8746/2007/vn4/a43-63-1.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2013.

grande envergadura que possuem. Em grande parte, são financiadas por poderosos grupos privados empresariais, algumas representativas de poderosos interesses econômicos privados, ou ainda pela força de convencimento de que desfrutam junto à opinião pública internacional, ganham extraordinária relevância nos assuntos da saúde pública internacional, *Harrington e Stuttaford*¹³⁴.

Global health is a unique arena of governance that integrates scientists, medical practitioners, philanthropists, governments, international institutions with grandmothers in local communities and self-styled celebrity advocates. Global health governance involves an amalgamation of various state, non-state, private and public actors and as such has developed beyond the institutional role of the WHO and the state-based ministries of health, *Harman*¹³⁵.

Questiona-se com veemência as formas que atuam as grandes incorporações empresariais, tais como indústrias farmacêuticas, produtoras de tabaco e alimentos, que por sua influência no PIB dos países constroem um forte *lobby* com os governos para que se adote ou não normas internacionais ou legislações internas que lhes prejudicaria.

Também revela-se profundamente inquietante que algumas fundações privadas internacionais fornecem investimento em pesquisas científicas e ações de cooperação que gerenciam e propagam a favor dos interesses de seus parceiros e financiadores.

A diversidade de atores internacionais envolvidos ativamente na área da saúde, combinada com críticas generalizadas das Nações Unidas e suas agências especializadas, levou alguns comentaristas a sugerir um papel decrescente para as organizações intergovernamentais na governança da saúde global *Harrington e Stuttaford*¹³⁶. Alguns têm enfatizado de forma preocupante uma “mudança de poder” desde os Estados e as organizações intergovernamentais para os atores do setor privado.

¹³⁴ HARRINGTON, J; STUTTAFFORD, M. *Global Health and Human Rights: Legal and Philosophical Perspectives*. Routledge, 2012.

¹³⁵ HARMAN, S. *Global Health Governance (Global Institutions)*. Routledge, 2011. P. 2 “A saúde global é uma arena única de governança que integra cientistas, médicos praticantes, filantropos, governantes, instituições internacionais com história de atuação em comunidades locais e os auto-denominados advogados de celebridades. Governança global em saúde envolve uma mescla de vários Estados, atores não-estatais, públicos e privados e dessa forma, se desenvolve para além do papel institucional da OMS e dos ministérios de saúde dos Estados-membro.” (Tradução livre).

¹³⁶ HARRINGTON, J; STUTTAFFORD, M. *Global Health and Human Rights: Legal and Philosophical Perspectives*. Routledge, 2012.

III. Processos políticos de negociação de normas internacionais relacionadas à saúde

Nesse sentido, os processos políticos de negociação de normas internacionais relacionadas à saúde, sofrem influências das mais variadas esferas. Os foros internacionais funcionam como espaços de atuação da diplomacia da saúde global que trata dos processos de negociação que configuram e gerenciam o ambiente da política global para a saúde, *Kickbusch*¹³⁷.

Enquanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) é a autoridade que exerce a direção de assuntos relativos à saúde dentro do Sistema das Nações Unidas, outras questões relacionadas à saúde que levantem preocupações para a política externa e segurança humana, podem ser destaques na Assembleia Geral da Organizações das Nações Unidas¹³⁸, onde os Estados-Membros podem renegociar e aprovar maiores compromissos, almejando um impacto mais amplo. Entretanto, em apenas duas oportunidades temas propriamente de saúde tiveram destaque nessa reunião: quando discutiram a luta contra o HIV/Aids, em 2006¹³⁹ e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, em 2010¹⁴⁰.

Ao que pese as normas de direito internacional sanitário, próprias da OMS, como a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e o Regulamento Sanitário Internacional, não é verdade que todo o desenvolvimento de normas de saúde do Sistema das Nações Unidas seja de sua exclusividade. Muitos outros membros do Sistema da ONU estão envolvidos nesta tarefa. “The institutions responsible for the

¹³⁷ KICKBUSCH, I; WOLFGANG, H; GAUDENZ, S. Addressing global health governance challenges through a new mechanism: the proposal for a Committee C of the World Health Assembly. *The Journal Of Law, Medicine & Ethics*, Fall 2010.

¹³⁸ “Reconhecendo o papel intrínseco da saúde para a realização dos objetivos internacionais de desenvolvimento, a Assembleia Geral - por meio da adoção unânime da resolução sobre a saúde global e política externa - instou os governos a planejar ou buscar o acesso universal a serviços de saúde acessíveis e de qualidade” Resolução das Nações Unidas sobre Saúde Global e Política Externa (A/Res/65/95. Global health and foreign policy). Disponível em: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/81&referer=http://www.un.org/depts/dhl/resguide/r67_resolutions_table_eng.htm&Lang=S

¹³⁹ A/RES/60/262. Declaración política sobre el VIH/SIDA. Disponível em: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/60/262&referer=http://www.un.org/depts/dhl/resguide/r60_resolutions_table_eng.htm&Lang=S

¹⁴⁰ A/Res/65/238. Alcance, modalidades, formato y organización de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Disponível em http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/65/238&referer=http://www.un.org/depts/dhl/resguide/r65_resolutions_table_eng.htm&Lang=S.

development and application of legal regulations in the field of health are both numerous and diverse. *Bélanger*¹⁴¹.

Muitas questões de saúde são abordadas pelo Programa das Nações Unidas para HIV/AIDS (UNAIDS), Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Além disso, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Organização Mundial do Comércio (OMC), a Agência das Nações Unidas de Assistência aos Refugiados Palestinos (UNRWA), a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), a Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA), o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA), o Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC) e o Banco Mundial, entre outros, desempenham um papel ativo na construção de normas relacionadas à saúde.

A Tabela 1 apresenta alguns exemplos de normas de direito internacional, formuladas por organizações internacionais que se relacionam com a saúde:

Tabela 1 - Normas internacionais relacionadas à saúde

Tipos Normativos	Organização Internacional	Temas de Saúde Relacionados
Legislação de comércio internacional (Trips, Trips Plus, etc.)	OMC	Comércio de produtos farmacêuticos
Direito Internacional dos Direitos Humanos (DUDH, DUBDH, etc.)	ONU, UNESCO	Proteção dos direitos humanos dos indivíduos
Legislação ambiental internacional (Declarações Estocolmo 72, Eco 92, Kyoto, Rio+20, etc.)	ONU, PNUMA	Problemas ambientais com impacto sobre os problemas de saúde
Legislação internacional do trabalho (Convenção 155 e 187)	OIT	Segurança e Saúde dos Trabalhadores
Regulação internacional de comércio de alimentos (CODEX Alimentarius)	FAO	<i>Standars</i> para o comércio internacional de alimentos, normas quanto ao uso de

¹⁴¹ BÉLANGER, M. *Introduction à un droit mondial de la santé*. Paris: Archives Contemporaines, 2009. "As instituições responsáveis pelo desenvolvimento e aplicação de regulamentos jurídicos na área da saúde são numerosos e diversos." (Tradução livre).

		agrotóxicos, aditivos alimentares, pesticidas, resíduos de medicamentos veterinários, substâncias contaminantes, rotulagem, etc.
Direito Internacional Humanitário (Convenções de Genebra de 1949, Protocolos Adicionais de 1977, etc.)	CICV	Proteção da saúde dos combatentes e não combatentes em tempos de conflito armado

Fonte: WTO, ILO, UNEP, UNESCO, FAO, CICV, UN (adaptado pelo autor).

Recupera-se, ainda, os diversos tratados e Resoluções provenientes de outros Organismos Internacionais Regionais, já comentados anteriormente, que podem, por vezes, duplicar os compromissos assumidos pelos governos da região em outros fóruns internacionais de maior alcance. A princípio, a convergência dos temas pode favorecer a otimização das ações, mas pode também culminar em dificuldades de.

Os processos de integração regional, normalmente referidos como a formação de blocos econômicos, interferem na produção normativa e no contencioso relativo à saúde, Ventura¹⁴².

As questões de saúde e do direito internacional estão intimamente relacionadas. Incluindo as variáveis já destacadas como os múltiplos interesses dos Estados em sua atuação interna e internacional, além das influências de atores privados na construção das normas de saúde, confere-se o panorama do direito sanitário global.

Portanto, o *direito sanitário global* costuma ser definido transversalmente, como o *conjunto de regras jurídicas* destinadas à proteção ativa da saúde das pessoas, interconectando as regras elaboradas pelas organizações internacionais competentes – o que corresponde ao direito internacional da saúde – e as estabelecidas pelos Estados em seus direitos sanitários nacionais, Bélanger¹⁴³ (tradução livre).

¹⁴² VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

¹⁴³ BÉLANGER, M. *Introduction à un droit mondial de la santé*. Paris: Archives Contemporaines, 2009.

Dessa forma o direito sanitário global fornece uma base legal para os compromissos internacionais de saúde, e poderia incluir arquiteturas institucionais e processuais para incentivar o cumprimento das mesmas, como mecanismos que possibilitem a assistência financeira e técnica, troca de informações, experiências, pesquisas científicas e de vigilância, bem como a fiscalização e resolução de conflitos.

É de suma importância que se aprimore a capacidade dos Estados na negociação e implementação das agendas internacionais de saúde. Uma maior participação da sociedade civil nas discussões de interesse à saúde poderia contribuir para uma ação mais coerente dos Estados, e fortalecê-lo frente aos lobbies e interesses emanados por outros atores adversos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução da consciência global sobre o direito humano à saúde coincide com a percepção sobre suas interfaces na esfera política, econômica, segurança, etc. Desse modo, verificam-se variados atores e interesses; temas relacionados à saúde, exemplificados através de algumas normas internacionais com interface na saúde; e o processo político de negociação de normas de interesse à saúde.

Questiona-se sobre a legitimidade e interesses de alguns atores em seu envolvimento com o tema da saúde, bem como a multiplicação de normativas que produzem efeitos relacionados à saúde dos povos.

O grande desafio no direito sanitário global é a harmonização de temas e coordenação dos interesses dos atores nos processos políticos de negociação de normas internacionais de interesse à saúde. No cenário impulsionado pela globalização, os Estados e o setor da saúde precisam recuperar seu objetivo final: a proteção da saúde.

No cenário difuso atual, reitera-se pelo fortalecimento do papel dos Estados como os principais atores internacionais, de forma responsável e como garantidores legítimos do direito à saúde.

REFERÊNCIAS

ALLEYNE, George A. O. *A saúde pública internacional e global: governança e questões éticas*. 2007. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1555-8746/2007/vn4/a43-63-1.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2013.

ALMEIDA, Celia. A experiência da Fiocruz na formação de profissionais em saúde global e diplomacia da saúde: base conceitual, estrutura curricular e primeiros resultados. *Reciis*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p.148-164, mar. 2010. Fundação Oswaldo Cruz. DOI: 10.3395/reciis.v4i1.355pt. Disponível em: <<http://www.reciiis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/721/1366>>. Acesso em: 10 set. 2013.

BÉLANGER, M. *Introduction à un droit mondial de la santé*. Paris: Archives Contemporaines, 2009.

BERMURDEZ, J. A. Z; OLIVEIRA, M. A; CHAVES, G. C. O Acordo TRIPS da OMC e os desafios para a saúde pública. In: BERMUDEZ, Jaz; OLIVEIRA, M; ESHER, A. (Org.). *Acceso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2004. p. 69-89.

BOLIS, M., CAMPOS, R. F. América latina: espacios de avance em torno al derecho a la salud. In: Delduque, Maria Célia ... [et al.] (Org.). *El derecho desde la calle: introducción crítica al derecho a la salud*. Brasília: Fundação Universidade de Brasília, CEAD, 2012. p. 97 -106.

BUSS, P. *Só há desenvolvimento sustentável com uma população saudável*. 2013. Disponível em: <<http://www.sauderio20.fiocruz.br/index.php/entrevistas/70-so-ha-desenvolvimento-sustentavel-com-uma-populacao-saudavel>>. Acesso em: 15 out. 2013.

BUSS, Paulo Marchiori et al. *Governança em saúde e ambiente para o desenvolvimento sustentável*. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012, vol.17, n.6, pp. 1479-1491.

CASTRO, L. P. G; FERREIRA, F. P. O direito à saúde e a globalização. *Revista Anhanguera*, v. 11, n. 1, p.61-87, dez. 2010

FERNANDEZ, L. A. L. *A crise econômica Europeia e as repercussões nos sistemas de saúde*: São Paulo: Conferência, 21 Nov. 2012. Conferência realizada na FSP/USP.

GOSTIN, L.O; TAYLOR, A. L. Global Health Law: A Definition and Grand Challenges: *Public Health Ethics*. v. 1, n. 1, p. 53–63, 2008.

HARMAN, S. *Global Health Governance (Global Institutions)*. Routledge, 2011.

HARRINGTON, J; STUTTAFORD, M. *Global Health and Human Rights: Legal and Philosophical Perspectives*. Routledge, 2012.

IAEA. International Atomic Energy Agency. *Update on Seawater Radioactivity Concentrations at TEPCO's Fukushima Daiichi Nuclear Power Station*. 2013. Disponível em:

<<https://www.iaea.org/newscenter/news/2013/seamonitoring151013.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2013.

KICKBUSCH I. *Action on Global Health: Addressing global health governance challenges*. Public Health. 2005; 119 (11): 969 – 973.

KICKBUSCH, I. Global health diplomacy: training across disciplines. In: NOVOTNY, Thomas E. et al. *Bulletin of the World Health Organization*. nº.85. 2007. p. 971-973.

KICKBUSCH, I; WOLFGANG, H; GAUDENZ, S. Addressing global health governance challenges through a new mechanism: the proposal for a Committee C of the World Health Assembly. *The Journal Of Law, Medicine & Ethics*, Fall 2010.

MOROSINI, Fabio. *A Guerra dos Pneus: Os conflitos surgidos entre a política ambiental e a política de comércio internacional*. 2006. Disponível em: <http://direitosp.fgv.br/sites/direitosp.fgv.br/files/notadeensinofinalrevista040806_aguerradospneus.pdf>. Acesso em: 10 set. 2013.

RUGGIE, J. At home abroad — abroad at home — international liberalization and domestic stability in the new world economy. *Millennium Journal Of International Studies*. Europa, p. 447. n.24 v.70. 1995.

SACARDO, D. P.; FORTES, P. A. C.; TANAKA, O. Y. Novas perspectivas na gestão do sistema de saúde da Espanha. *Revista Saúde Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 1, p.170-179. 2010.

SOARES, S. F. S. O Direito Internacional Sanitário e seus temas: apresentação de sua incômoda vizinhança. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 01, n. 01, nov. 2000.

STEPHEN C, DAIBES I. *Defining features of the practice of global health research*. Global Health Action [periódico na internet]. 2010; 3. Disponível em: <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/5188/5772>. Acesso em: 10 out. 2013.

TAYLOR, A. L. Global governance, international health law and WHO: looking towards the future. *Bull World Health Organ*, v. 80, n. 12, p.01-05, jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862002001200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. 2013.

TOBIN, J. *The Right to Health in International Law*. OUP Oxford, 2012.

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

YACH, D; BETTCHER, D. A globalização da saúde pública 1: Ameaças e oportunidades. *Jornal Americano de Saúde Pública*. p. 735-738. 1998.

WHO/Gar. *Sistema Global de Alerta e Respostas para epidemias e eventos de saúde pública*. 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/csr/don/archive/year/2013/en/index.html>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

WHO. *Trade, foreign policy, diplomacy and health*. International Law. Disponível em: <<http://www.who.int/trade/glossary/story061/en/index.html>>. Acesso em 05 Set 2013.

Agradecimentos

A autora agradece a Cecília de A. Lopes, Larissa F. A. Cedro e Manoel de A. Amorim pela colaboração na revisão do artigo e ao apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

4.2 ARTIGO II: Instituições Internacionais de Saúde no Contexto Sub-Regional

CAMPOS RF, Dallari SG. Instituições Internacionais de Saúde no Contexto Sub-Regional. Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit. jan./mar 2016; 5(1):179-204.

Instituições Internacionais de Saúde no Contexto Sub-Regional

International Health Institutions in the Sub- Regional Context
Instituciones Internacionales de Salud en el contexto subregional

Roberta de Freitas Campos¹
Sueli Gandolfi Dallari²

Resumo: Ao que pese as diferenças nucleares entre os blocos União Europeia (UE) - supranacional e União das Nações Sul-americanas (UNASUL) - intergovernamental, em ambos as competências regionais em matéria sanitária não se sobrepõe às competências dos Estados-membros. No caso da União Europeia os art. 4, §2, k; art. 6, a; art. 168 do Tratado sobre o Funcionamento da UE confere apenas poderes para agir em complemento das políticas nacionais; enquanto na União de Nações Sul-americanas, nos artigos 2º e 3º, f de seu Tratado Constitutivo prevê como objetivo construir, de maneira participativa e consensuada, um espaço de integração, para que de forma consequente os Estados independentes possam garantir o acesso universal aos serviços de saúde às suas populações. Dessa forma, o objetivo é verificar as competências, a constituição histórico-regional, objetivos e potencialidades dessas instituições internacionais, criadas no âmbito desses blocos regionais, em influenciar as políticas regionais e nacionais de saúde. Tendo em vista a ampla gama de instituições internacionais que atuam de forma multisetorial na saúde, o estudo apresenta aqueles órgãos cujas competências são estabelecidas nos tratados constitutivos e decisões presidenciais e resoluções desses blocos. Para isso foi realizada uma pesquisa documental e bibliográfica no âmbito das Instituições da União Europeia e da Unasul. Um importante ponto de questionamento diz respeito à existência ou não de um diálogo entre essas instituições e os cidadãos dos blocos a que pertencem, uma vez que se parte do pressuposto que a democracia deve ser uma regra implícita no 'jogo' internacional.

Palavras-chave: Diplomacia em Saúde. Instituições internacionais. União Europeia.

Abstract: Summary: Despite nuclear differences between the European Union (EU) - supranational and the Union of South American Nations (UNASUR) - intergovernmental blocks, in both regional health skills do not override the competences of the Member States. In the case of the European Union art. 4, § 2, k; art. 6, a; art. 168 of the Treaty on the Functioning of the EU, it gives only empowered to act as a complement to national policies; while in the Union of South American Nations, in articles 2nd and 3rd, f of its Constitutive Treaty, it stipulates the objective

of building in a participatory and consensual manner an area of integration, so that consistently independent States can ensure universal access to health services to their populations. In this way, the aim is to check the powers, the regional historical Constitution, goals and potential of these international institutions, created within the framework of those regional blocs, in influencing the regional and national health policies.

In view of the wide range of international institutions that act in a multisectoral form in health, the study presents those bodies whose competences are laid down in the founding treaties and presidential decisions and resolutions of these blocks. Thus it was done a bibliographical and documentary research within the EU and Unasur institutions.

An important point of questioning relates to whether or not there is a dialogue between these institutions and the citizens of the blocks to which they belong, since it is assumed that democracy must be an implicit rule in the international "game".

Keywords: Health Diplomacy. International Institutions. European Union

Resumen: A pesar de las diferencias nucleares entre los bloques de la Unión Europea (UE) - supranacional y la Unión de las Naciones Sud-americanas (UNASUL) - intergubernamental, en ambos las competencias regionales en materia sanitaria no se sobrepone las competencias de los Estados-miembros. En el caso de la Unión Europea los art. 4, §2, k; art. 6, a; art. 168 del Tratado sobre el Funcionamiento de la UE confiere apenas poderes para actuar en complemento de las políticas nacionales; mientras en la Unión de Naciones Sud-americanas, en los artículos 2º y 3º, f de su Tratado Constitutivo predice como objetivo construir, de manera participativa y consensual, un espacio de integración, para que de forma consecuente los Estados independientes puedan garantizar el acceso universal a los servicios de salud a su población. De esa forma, el objetivo es verificar las competencias, la constitución histórico-regional, objetivos y potencialidades de esas instituciones internacionales, creadas en el ámbito de esos bloques regionales, en influenciar las políticas regionales y nacionales de salud. Dada la amplia gama de instituciones internacionales que actúan de forma multisectorial en la salud, el estudio presenta aquellos organismos cuyas responsabilidades son establecidas en los tratados constitutivos y decisiones presidenciales y resoluciones de esos bloques. Para eso fue realizada una investigación documental y bibliográfica en el ámbito de las Instituciones de la Unión Europea y de la Unasul. Un importante punto de cuestionamiento dice respecto a la existencia o no de un dialogo entre esas instituciones y los ciudadanos de los bloques a los que pertenecen, una vez que se asume que la democracia debe ser una regla implícita en el "juego" internacional.

Palabras-llave: Diplomacia en Salud. Instituciones internacionales. Unión Europea

1 Doutoranda da Faculdade de Saúde Pública - FSP/USP e Pesquisadora do Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz - Nethis/Fiocruz. Apoio Capes/CNPq.

2 Coordenadora do Núcleo de Pesquisas em Direito Sanitário da Universidade de São Paulo - Napdisa/FSP/USP.

Introdução

O seguinte trabalho apresenta resultados preliminares da pesquisa em curso no Programa de Pós-graduação Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo sobre as principais instituições internacionais que atuam na temática da saúde nos blocos União Europeia (UE) e União das Nações Sul-americanas (UNASUL).

A importância da saúde na agenda das relações internacionais, associada a questões de segurança nacional e do comércio internacional, é reconhecida desde o Século XVII com ações voltadas para o controle das ‘ameaças’, tais como epidemias e doenças, que poderiam comprometer interesses materiais específicos (comércio internacional e acúmulo de riqueza) e as estratégias de dominação entre os países (1).

O destaque nessa correlação vem sendo ampliado ao longo dos anos, por fatores impulsionados pelo processo de globalização e pelas mudanças geopolíticas (2) (3).

La globalización modifica la naturaleza de las necesidades en salud, así como el tipo de intervenciones adecuadas para satisfacerlas. Las comunidades, además de afrontar los problemas locales relacionados con sus sistemas de salud, también deben hacer frente a la transferencia internacional de riesgos para la salud. Es por eso que la globalización, si no introduce, al menos acentúa desafíos tales como La necesidad de mancomunar esfuerzos internacionales para reducir riesgos y aprovechar las oportunidades sanitarias para garantizar el derecho a la salud (4).

Almeida (1) e Kerouedan (5) apontam que com a globalização a saúde passou a integrar as agendas do G-8, do Conselho de Segurança e da Assembleia Geral das Nações Unidas como tema relacionado a segurança global.

Da mesma forma, os processos de integração regional entre países, partem do pressuposto de que alianças regionais potencializam a capacidade de resolução de problemas, fortalecem a integração e/ou a cooperação política e econômica e melhoram a estratégia negociadora internacional. Nessa perspectiva, a integração e a cooperação regional constituem um objetivo estratégico.

Em geral e ao longo dos anos, esses processos também foram motivados por questões geopolíticas e pelo estabelecimento de relações econômicas e comerciais privilegiadas. Entretanto, ao longo dos anos se observa a inclusão do tema da saúde

com aspectos sociais na agenda dos blocos de integração, estabelecendo-se, assim instituições e mecanismos para operacionalizá-los. Uma das experiências mais maduras sub-regional, a União Europeia (UE) “has an economy that is anchored on neo-liberal foundations, it also has a cherished social system rooted in robust precepts of social democracy” (6).

Os processos de integração regional funcionam como espaços de atuação da diplomacia da saúde¹. São nessas esferas em que se verificam os mais diversos interesses e atores. Para HABERMAS, existem duas formas básicas de integração de um sistema de ação, que poderia ser utilizado para compreender a propostas em curso de integração regional:

- Integração obtida através de um consenso alcançado normativamente ou comunicativamente (Integração social);
- Integração obtida através de uma regulação não normativa das decisões individuais que vai além da consciência dos atores, via mecanismos auto-regulados como o mercado, ou a burocracia (Integração sistêmica).

Se pode observar formas de caracterizar a União Europeia: aquelas que salientam as características da EU como uma organização supranacional e aquelas que salientam características como uma ordem jurídica constitucionalizada ou ‘system of governance’. A compreensão dos efeitos da União Europeia em matéria do direito à saúde seriam incompletos se ignorasse o fato que em muitos aspectos ela atua como uma organização intergovernamental:

Although the range of actions to be taken by the European Union in the area of health protection has been broadened by the 1997 Treaty of Amsterdam, topics relating to the structure of health care systems, quality of care and patients’ rights remain to a large extent in the formal domain of national authorities. The responsibility of the European Union is to support instead of initiate or force national initiatives. However, regarding these topics, it is unavoidable to think about and to develop normative frameworks in an international context. (7)

Ao que pese a diferenças entre os países da EU e Unasul, um ponto em comum em ambas é sua aspiração em aumentar cooperação na área da saúde. Nesse sentido, a integração, por sua vez, pressupõe cooperação internacional:

¹ Segundo KICKBUCH (2010) diplomacia da saúde trata dos processos de negociação que configuram e gerenciam o ambiente da política global para a saúde e seus determinantes.

En la concepción de las relaciones internacionales basada en la clásica dicotomía entre interacciones de conflicto e interacciones de cooperación, la integración se ubica, por consiguiente, dentro de este segundo grupo de formas de relación entre los Estados. Su función primordial, desde el punto de vista de los fines de la política internacional, consiste en la identificación racional de materias y procedimientos de relación entre los Estados de naturaleza preferentemente cooperativa. (8)

Cada organização regional é diferente, e as organizações a desenvolver as suas próprias iniciativas e ferramentas que são adaptados para responder às necessidades e desafios específicos também. Mas o que está subjacente a eficácia de tais instrumentos e mecanismos é que eles estejam amparados por regras e políticas muito robustas (6).

A saúde é uma área vital e nenhum país pode lidar individualmente com os problemas específicos de saúde. Ações coletivas, especialmente a nível regional, são relevantes, as condições de difusão dos acordos regionais incluindo vontade, aceitação e capacidade das entidades regionais merecem ser estudadas.

A perspectiva da cooperação nesta área implica o intercâmbio de experiências e a cooperação quanto à formulação de políticas e legislação condizente com este objetivo, esquemas de financiamento de sistemas universais e modelos de atenção, incluindo a atenção primária de saúde e outros níveis de complexidade, assim como a atenção individual e coletiva. (9)

A importância crescente da análise de políticas de saúde no contexto internacional exige cada vez mais uma ampla perspectiva sobre os componentes relevantes. Para que as políticas regionais de saúde surtam efeito alguns fatores devem ser considerados. Num primeiro momento a necessidade de regras e políticas que podem estar contidas nos Tratados, Protocolos, Resoluções, Declarações, etc. Incluindo na definição dessas políticas as competências das instituições nesses blocos que as define:

También es importante destacar otros enfoques analíticos o, por lo menos, preocupaciones más o menos sistemáticas sobre determinados aspectos políticos de la integración regional. Uno de ellos se refiere al examen de la función de las instituciones o los órganos de los sistemas institucionales de los esquemas de integración como medios para confrontar los intereses nacionales y, en especial, para procesar los intereses comunes. (8)

Também no que se refere a participação cidadã como ator com interesse primário e necessário, uma vez que nesses contextos sub-regionais, organizações como a União Europeia e Unasul desempenham um papel importante, nas intervenções legais e definições políticas que afetam seus cidadãos:

Even if there is the will to act in terms of norms and visionary leadership in engineering regional social policies, this will not happen if structures are not in place to internalize such regional standards. That is why it is useful to imbue a sense of legitimacy or credibility to the social policy promotion process. This is epitomized by the concept of acceptance. The condition of acceptance is crucial because in its absence, it will be difficult to invoke the possibility of an effective regional social policy. Factors that are vital in terms of acceptance include openness to learn, awareness by a broad spectrum of citizens, the degree of compliance with regional disciplines as crafted, and the propensity for engagement of the regional entity in interactions with global or international socially relevant institutions. (6)

Instituições de Saúde da União Europeia

Para se identificar os objetivos, competências e potencialidades das instituições da União Europeia que atuam em matéria de Saúde, faz-se necessário, inicialmente, esclarecer alguns pontos específicos.

A - Possibilidade de estabelecimento de normas conhecidas como direito europeu derivado

De forma resumida o direito comunitário, atualmente conhecido como direito europeu, se divide em direito primário e derivado. Sendo os tratados constitutivos ou ‘fundadores’ que enunciam a repartição de competências entre a União e os Estados-Membros e estabelecem os poderes das instituições europeias como fontes do ‘direito primário’. Esses tratados, assim como aqueles tratados modificativos da EU, os protocolos anexados e os tratados de adesão dos Estados-Membros, determinam o quadro jurídico no âmbito do qual as instituições da UE aplicam as políticas europeias.

O ‘direito derivado’ inclui os atos unilaterais provenientes das próprias instituições da EU, que constam da nomenclatura do artigo 288.º do Tratado sobre o Funcionamento da UE: regulamentos, diretivas, decisões, pareceres e recomendações, além de atípicos como comunicações, as recomendações e outros.

Nos Estados membros da União Europeia a responsabilidade pela saúde não se encontra unicamente alocada às suas instituições nacionais, mas em algumas

circunstancias podem assentar-se nas instituições da União Europeia ou em interações entre ambas (10).

As três principais instituições da UE envolvidas no processo legislativo são o Parlamento Europeu, O Conselho da União Europeia e a Comissão Europeia.

Em conjunto, estas três instituições adoptam, através do processo legislativo ordinário², as políticas e a legislação que se aplicam em toda a UE. Em princípio, a Comissão propõe nova legislação e o Parlamento e o Conselho adotam-na. A Comissão e os Estados-Membros são os responsáveis pela sua execução. A Comissão vela também pela transposição da legislação da UE para as ordens jurídicas nacionais.

Essas instituições legislativas possuem competências limitadas, podendo agir somente nas áreas ou temas onde os Tratados lhe garantam formalmente poderes. Todos esses atos (regulamentos, diretivas, decisões, etc.) podem ser revistos quanto a sua forma e conteúdo pelo Tribunal de Justiça da EU. Importante, ainda, esclarecer que diferentes atos dessas instituições possuem diferentes efeitos nos sistemas jurídicos e de saúde nacionais.

Desse modo qualquer ato normativo oriundo das instituições da União Europeia em matéria de saúde deve ter sua previsão de competência definida nos tratados que as constituem.

B - Evolução da temática de saúde na União Europeia

Com o entusiasmo da criação da Comunidade Económica do Carvão e do Aço (CECA) várias propostas para a nova comunidade europeia surgiram: comunidade europeia da defesa, comunidade política bem como um projeto preliminar de comunidade em matéria de saúde, lançada pelo então ministro francês Paul Ribeyre em 1952, que era centrada em três elementos: mercado comum dos profissionais de saúde e produtos para a saúde; cooperação muito avançada em matéria de formação,

² No início, o Tratado de Roma de 1957 deu ao Parlamento um papel consultivo no processo legislativo: a Comissão propunha e o Conselho adotava a legislação. O Ato Único Europeu (1986) e os Tratados de Maastricht, de Amsterdam, de Nice e de Lisboa, sucessivamente, alargaram as prerrogativas do Parlamento. Agora pode colegislar em pé de igualdade com o Conselho na grande maioria dos domínios. Implica a intervenção do Parlamento Europeu enquanto colegislador a par do Conselho. <http://www.europarl.europa.eu/aboutparliament/pt/20150201PVL00004/Poderes-legislativos>.

pesquisa e ações sanitárias; progressiva unificação dos regimes de seguridade social (11).

Esse projeto não foi adiante, sendo necessário compreender a forma como os tratados foram abordando a preocupação comunitária em matéria de saúde em sua evolução.

Os tratados originais CECA de 1951 e Comunidade Económica Europeia (CEE) e Comunidade Europeia da Energia Atómica (CEEA ou Euratom) de 1957, abordam a saúde com uma aproximação estritamente defensiva (12), essencialmente no que diz respeito a preocupação com a saúde e segurança dos trabalhadores, conforme quadro abaixo:

Quadro 1 - Evolução da temática de saúde na União Europeia

Tratado	Dispositivo	Texto do Tratado
CECA, 1951	Art. 46, §5	“Reunir informações necessárias para avaliação das possibilidades de melhora das condições de vida e trabalho dos trabalhadores nas indústrias de sua competência e dos riscos que decorrem dessas condições de vida”
	Art. 55, §1	“A alta autoridade deverá fomentar a investigação técnica e econômica relacionada com a produção e consumo de carvão e aço, bem como a segurança no trabalho dessas industrias.”
CEE, 1957	Art. 117	“Os Estados-membro acordam sobre a necessidade de promover a melhora das condições de vida e trabalho dos trabalhadores a fim de conseguir sua equiparação por via do progresso.”
	Art. 118	“(…) a Comissão terá por missão promover uma estreita colaboração com os Estados-membros no âmbito social, particularmente nas matérias relacionadas a: - Direito ao Trabalho e condições do trabalho; - Proteção contra acidentes de trabalho e doenças profissionais; - higiene do trabalho.
CEEA, 1957	Art. 2, b)	Para o cumprimento da sua missão, a Comunidade deve, nos termos do disposto no presente Tratado: b) Estabelecer normas de segurança uniformes destinadas à proteção sanitária da população e dos trabalhadores e velar pela sua aplicação.
	Art. 30	Serão estabelecidas na Comunidade normas de base relativas à proteção sanitária da população e dos trabalhadores contra os perigos resultantes das radiações ionizantes. Entende-se por «normas de base»: a) As doses máximas permitidas, que sejam compatíveis com uma margem de segurança suficiente; b) Os níveis máximos permitidos de exposição e contaminação; c) Os princípios fundamentais de vigilância médica dos trabalhadores.

Fonte: Tratado CECA, Tratado CEE, Tratado CEEA ou EURATOM³

O Ato Único Europeu de 1986, constituiu uma etapa importante ao modificar os tratados e incluir competências em matéria de saúde, ainda que não de forma direta (12); (11), três destaques possuem objetivos relacionados a saúde pública:

Quadro 2 – Saúde e temas correlatos no TCEE

Tema	Dispositivos incluídos	Texto do Tratado
Política de meio ambiente	Art. 130 R	1. A ação da Comunidade em matéria de ambiente tem por objetivo: — preservar, proteger e melhorar a qualidade do ambiente; — contribuir para a proteção da saúde das pessoas; — assegurar uma utilização prudente e racional dos recursos naturais
Política Social	Art. 118 A	1. Os Estados-membros empenham-se em promover a melhoria, nomeadamente das condições de trabalho, para protegerem a segurança e a saúde dos trabalhadores, e estabelecem como objetivo a harmonização, no progresso, das condições existentes nesse domínio.
Mercado Interior	Art. 100 A	3. A Comissão, nas suas propostas previstas no nº1 em matéria de saúde, de segurança, de proteção do ambiente e de proteção dos consumidores, basear-se-á num nível de proteção elevado.

Fonte: Tratados que instituem as Comunidades Europeias ⁴

O Tratado de Maastricht, 1993, que instituiu a Comunidade Europeia (depois União), representa um marco fundamental ao incluir como um de seus objetivos a “contribuição para a realização de um elevado nível de proteção da saúde” (Art. 3, o). Esse tratado, ainda, inclui um título específico (Art.129) como base legal explícita das competências em matéria de saúde pública.

A inclusão desse artigo pode se relacionar com a percepção dos Estados-membros de que alguns problemas de saúde não podem ser solucionados somente dentro de suas fronteiras, como por exemplo na época as epidemias relacionadas ao

³Comunidade Europeia do Carvão e Aço. Tratado que instituiu a Comunidade Europeia do Carvão e do Aço (Tratado CECA), 1951. Disponível em: < <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=URISERV:xy0022&from=ES> >. Acesso em: 09 jul. 2014.

Comunidade Económica Europeia. Tratado que instituiu a Comunidade Económica Europeia ou Tratado CEE - texto original (versão não consolidada), 1957. Disponível em: < <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=URISERV:xy0023&from=ES> >. Acesso em: 09 jul. 2014.

Comunidade Europeia da Energia Atómica. Tratado que instituiu a Comunidade Europeia da Energia Atómica (Euratom), 1957. Disponível em: < <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=URISERV:xy0024&from=PT> >. Acesso em: 09 jul. 2014.

⁴ União Europeia. Tratados que instituem as Comunidades Europeias: Tratados que alteram esses tratados. Acto único Europeu. 1987. Vol. I. 1128 p.

HIV/AIDS. De forma alternativa ou adicional pode estar relacionada a preocupação dos Estados-membros em limitar a competência da EU em matéria de saúde, reflexo de atividades que já vinham acontecendo⁵:

Some subsequent activity involving coordination of policies between the Member states in the field of health, predating the inclusion of specific legal basis provisions on health in the Treaty. For instance, the Europe against Cancer programme was established in 1989 and the Europe against AIDS programme in 1991. As the enactment of these measures pre-dated any formal competence on the part of the Community to take such action. (10)

Destacamos que a revisão do art. 129 do Tratado de Maastricht pelo Art. 152 do Tratado de Amsterdã, 1997, fruto da epidemia da ‘vaca louca’ ou BSE⁶, alertou que os perigos para a saúde transfronteiriços se desenvolvem numa proporção cada vez maior, e incitou a União Europeia quanto a necessidade de adotar um papel mais importante na promoção e coordenação de soluções de cuidados de saúde para todos os cidadãos da União, concentrando-se na prevenção de doenças, na preparação global e numa rápida reação em caso de perigos potenciais.

Segundo Hervey e McHale (10) tal modificação ampliou as competências da União Europeia de ‘contribuir para um elevado nível de proteção da saúde humana’ para ‘assegurar um elevado nível de proteção da saúde’.

A essência desse artigo incide em definir, naquele momento, as medidas legislativas que o Conselho da EU poderia adotar⁷. Bem como as recomendações propostas pela Comissão para os fins do artigo. Dessa forma, o Conselho adotou resoluções concretizando diversos programas de ação da Comissão incluindo, por exemplo: Programas de saúde relacionados a AIDS, câncer, drogas, prevenção,

⁵ Baseadas na interpretação do art. 235, TCEE, 1957 “Quando uma ação da Comunidade resulte necessária para alcançar, no funcionamento do mercado comum, um dos objetivos da comunidade, sem que o presente Tratado tenha previsto os poderes de ação necessários, o Conselho, por unanimidade, a proposta da Comissão e prévia consulta a Assembleia, adotará as disposições pertinente.”

⁶ A crise da BSE levou a União Europeia a proibir as exportações de carne britânica por 10 anos, com efeitos a partir de Março de 1996.

⁷ “Art. 152, §4, a) Medidas que estabeleçam normas elevadas de qualidade e segurança dos órgãos e substâncias de origem humana, do sangue e dos derivados do sangue; essas medidas não podem obstar a que os Estados-Membros mantenham ou introduzam medidas de proteção mais estritas; b) Medidas nos domínios veterinário e fitossanitário que tenham diretamente por objetivo a proteção da saúde pública; c) Ações de incentivo destinadas a proteger e melhorar a saúde humana, com exclusão de qualquer harmonização das disposições legislativas e regulamentares dos Estados-Membros”.

doenças raras, monitoramento em saúde e Programas de Ação em matéria de Saúde Pública para a promoção, informação, educação e capacitação⁸.

A UE preservou as responsabilidades dos Estados-Membros em matéria de organização e prestação de serviços de saúde e de cuidados médicos (Art. 152, §5).

O tratado de Lisboa⁹ que revisou as competências, instituições e formas de atuação da União Europeia; buscou torna-la mais democrática, eficaz e mais apta a resolver problemas a nível mundial, como as alterações climáticas, epidemias, e outras questões para além dos objetivos econômicos previstos inicialmente nesse bloco.

Ao que pese críticas¹⁰, esse tratado trouxe mudanças no reforço dos poderes do Parlamento Europeu (substituiu o processo de co-decisão pelo processo legislativo ordinário que inclui a intervenção do Parlamento Europeu enquanto colegislador junto com o Conselho da EU), na alteração dos procedimentos de votação no Conselho, e na inclusão de mecanismos de participação cidadã na iniciativa de proposta legislativa à Comissão¹¹.

Entretanto, os mecanismos que garantam a participação dos cidadãos nas tomadas de decisão se dão apenas de forma “tão próxima quanto possível” (Art. 10, §3), vez que a União Europeia se baseia na democracia representativa, e sua única Instituição necessariamente nesses moldes é o Parlamento Europeu.

C - As Instituições

Hoje, a saúde é vista não só como uma área política separada e claramente definida, mas também como um aspecto importante de outras áreas, tais como a agricultura, o ambiente, o emprego, a concorrência, a proteção do consumidor, etc.

O Tratado de Lisboa clarifica a repartição de competências da EU; dos países da EU e compartilhadas. Dessa forma, a competência atual da UE frente a problemas

⁸ Decisão 646/96/EC, OJ 1996 L95/9; Decisão 647/96/EC, OJ 1996 L95/16; Decisão 102/97/EC, OJ 1997 L19/25; Decisão 645/96/EC, OJ 1996 L95/1; Decisão 372/99/EC, OJ 1999 L46/1; Decisão 1400/97/EC, OJ 1997 L193/1.

⁹ Foi amplamente discutido desde 2004, adotado em 2007 e em vigor desde 2009.

¹⁰ HABERMAS, J. Sobre a Constituição da Europa: um ensaio. São Paulo. Ed. Unesp, 2012.

¹¹ Tal procedimento previsto no Art. 11, §4 e Art. 24 delega ao Parlamento e Conselho a adoção de regulamentos para esse dispositivo, mencionando apenas a necessidade de que a proposta tenha número mínimo de 1 milhão de cidadãos europeus distribuídos em número mínimo de Estados-Membros.

comuns de segurança em matéria de saúde pública¹² é compartilhada com os Estados-Membros¹³ conforme os aspectos definidos no Art. 168 do Tratado de Funcionamento da União Europeia.

Nos temas de saúde pública (...) a organização regional depende da transversalidade que caracteriza o direito internacional geral. Por não ter uma competência direta em matéria sanitária, o recurso legislativo de que se vale a UE é justamente a Diretiva comunitária, um tipo de norma de harmonização das normas nacionais que, mesmo depois de aprovada pelos Estados-membros, requer a transposição de seu conteúdo normativo às respectivas ordens internas. (13)

Em matéria de proteção e melhoria da saúde¹⁴ a UE possui competência apenas para desenvolver ações de apoio, de coordenação ou de complemento¹⁵, não dispondo de poder legislativo nesse domínio.

Todavia, os cuidados de saúde ainda são, em princípio, uma matéria de competência nacional e não europeia. O Tratado estabelece que cabe aos Estados-Membros definir as respectivas políticas de saúde e organizar e assegurar a prestação dos serviços de saúde e dos cuidados médicos, incluindo a gestão dos serviços e os recursos que lhes são necessários, e que a UE respeitará inteiramente essa responsabilidade (Art. 168, §7).

Dessa forma o leque de Instituições da União Europeia que atuam em matéria de saúde se divide entre aquelas com poder de legislar de forma compartilhada, e aquelas responsáveis pela execução, apoio ou complementação das políticas de proteção de saúde.

Assim o Parlamento Europeu em conjunto com o Conselho, podem, através de do processo de legislação ordinária, adotar:

¹² Art. 4, 2, k do Tratado da União Europeia e Art. I-14, k do Tratado sobre Funcionamento da União Europeia.

¹³ “UE e os Estados-Membros estão habilitados a adoptar actos vinculativos nesses domínios. Contudo, os Estados-Membros só podem exercer a sua competência na medida em que a UE não tenha exercido a sua ou tenha decidido não o fazer”. Disponível em http://europa.eu/legislation_summaries/institutional_affairs/treaties/lisbon_treaty/ai0020_pt.htm Acesso em 20/06/2015.

¹⁴ Art. 6, a do Tratado da União Europeia e Art. I-17, a do Tratado sobre Funcionamento da União Europeia.

¹⁵ “UE só pode intervir para apoiar, coordenar ou completar a ação dos Estados-Membros. Não dispõe de poder legislativo nestes domínios e não pode interferir no exercício destas competências, reservadas aos Estados-Membros.” Disponível em http://europa.eu/legislation_summaries/institutional_affairs/treaties/lisbon_treaty/ai0020_pt.htm Acesso em 20/06/2015.

Art. 168, §4: [...] a) Medidas que estabeleçam *normas elevadas de qualidade e segurança dos órgãos e substâncias de origem humana, do sangue e dos derivados do sangue*;
b) Medidas nos *domínios veterinário e fitossanitário* que tenham diretamente por objetivo a proteção da saúde pública;
c) Medidas que estabeleçam *normas elevadas de qualidade e de segurança dos medicamentos e dos dispositivos para uso médico*. (Grifo nosso)

Sobre essas matérias podem adotar Regulamentos¹⁶ ou Diretivas¹⁷, uma vez que o tratado não estabelece qual ato jurídico a ser adotado, o artigo 296.º, §1, do TFUE estabelece que as instituições escolhem o tipo de ato a adotar caso a caso, respeitando o princípio da proporcionalidade.

Entretanto, como determina o Tratado, a competência legislativa do Parlamento Europeu em conjunto com o Conselho está limitada a adoção de Diretivas, em relação as:

Art. 168, §5: [...]medidas de incentivo destinadas a *proteger e melhorar a saúde humana*, e nomeadamente a lutar contra os grandes *flagelos transfronteiriços*, medidas relativas à *vigilância* das ameaças graves para a saúde com dimensão transfronteiriça, ao alerta em caso de tais ameaças e ao combate contra as mesmas, bem como medidas que tenham por objetivo direto a *proteção da saúde pública relativamente ao tabagismo e ao alcoolismo* [...] (Grifo nosso).

O Parlamento Europeu, é eleito diretamente, representa os cidadãos da UE nos 28 Estados-Membros da União Europeia, por um período de cinco anos. Possui uma Comissão do Ambiente, da Saúde Pública e da Segurança Alimentar (Comissão ENVI), que conta com 69 parlamentares que trabalham para melhorar a prestação de informação aos consumidores sobre os géneros alimentícios, nomeadamente mediante a regulamentação da rotulagem e da colocação dos produtos no mercado. A Comissão

¹⁶ Tem caráter geral, é obrigatório em todos os seus elementos e diretamente aplicável, devendo ser integralmente respeitado por todas as entidades. O regulamento visa garantir a aplicação uniforme do direito da União em todos os Estados-Membros.

¹⁷ Vincula os Estados-Membros quanto ao resultado a alcançar, mas deixa às instâncias nacionais a competência quanto à forma e aos meios. O legislador nacional deve adotar um ato de transposição ou «medida nacional de execução» para o direito interno, que adapte o direito nacional aos objetivos fixados na diretiva.

ENVI propõe e analisa propostas europeias para questões de saúde pública. Uma vez concluído em sede de comissão, o processo é votado em sessão plenária.

O Conselho da União Europeia ademais de participar no processo legislativo com o Parlamento pode, a partir de proposta da Comissão adoptar recomendações¹⁸ no que se refere a Saúde Pública (Art. 168. §6).

O Conselho representa os governos nacionais através de seus Ministros, com uma presidência rotativa entre os Estados-Membros; é uma entidade jurídica única, mas reúne-se em 10 ‘formações’ diferentes de acordo com o assunto a tratar. Dessa forma, o Conselho EPSCO (Emprego, Política Social, Saúde e Consumidores) tem por missão aumentar os níveis de emprego e melhorar as condições de vida e de trabalho, assegurando um elevado nível de saúde humana e de defesa dos consumidores na UE. Essa Instituição com o clássico conceito de órgão intergovernamental com carácter representativo não prevê mecanismos de participação social em suas atividades.

A Comissão Europeia, compota por Comissários de 28 Estados-Membros, com mandato de 5 anos, tem entre suas funções propor legislação acima mencionados, podendo também:

1) executar ações complementares no que se refere a ‘melhoria da saúde pública’ e na “prevenção das doenças e afecções humanas e na redução das causas de perigo para a saúde física e mental”, incluindo “a luta contra os grandes flagelos, fomentando a investigação sobre as respectivas causas, formas de transmissão e prevenção, bem como a informação e a educação sanitária e a vigilância das ameaças graves para a saúde com dimensão transfronteiriça, o alerta em caso de tais ameaças e o combate contra as mesmas” e “na redução dos efeitos nocivos da droga sobre a saúde, nomeadamente através da informação e da prevenção” (Art. 168, §1).

2) apoiar e coordenar a “cooperação entre os Estados-Membros” em matéria de Saúde Pública, “a fim de aumentar a complementaridade dos seus serviços de saúde nas regiões fronteiriças”, através de iniciativas para “definir orientações e indicadores, organizar o intercâmbio das melhores práticas e preparar os elementos necessários à vigilância e à avaliação periódicas” (Art. 168, § 2).

¹⁸ Não possuem efeito vinculante, sugerem uma linha de conduta sem impor uma obrigação legal aos seus destinatários

3) Apoiar a “cooperação com os países terceiros e as organizações internacionais competentes no domínio da saúde pública” (Art. 168, §3).

Para executar essas atividades relacionadas a saúde, a Comissão Europeia possui uma Direção Geral de Saúde e Segurança Alimentar que acompanha a implementação das normas adotadas pela EU; analisa o impacto na saúde de outras políticas europeias em áreas afins, tais como o comércio, a concorrência e o ambiente, realizando consultas extensas; e apoiam as administrações nacionais e regionais.

O quadro 3 procura resumir as atividades dessas instituições:

Quadro 3 – Competência em matéria de saúde na União Europeia

Dispositivo	Temas de competência	Natureza	Instituição	Ato
168,§1	Melhoria da saúde pública Prevenção das doenças e afecções humanas Redução das causas de perigo para a saúde física e mental. Luta contra os grandes flagelos, fomentando a investigação sobre as respectivas causas, formas de transmissão e prevenção, informação e a educação sanitária e a vigilância das ameaças graves para a saúde com dimensão transfronteiriça, o alerta em caso de tais ameaças e o combate contra as mesmas. Redução dos efeitos nocivos da droga sobre a saúde, nomeadamente através da informação e da prevenção.	Complementar	Comissão	Executar políticas e Atos do Conselho
			Conselho	Recomendações
			Parlamento	
168,§2	Incentivar a cooperação entre os Estados-Membros nos domínios a que se refere o presente artigo; Incentivar a cooperação entre os Estados-Membros a fim de aumentar a complementaridade dos seus serviços de saúde nas regiões fronteiriças. Tomar Iniciativas adequadas para promover essa coordenação, nomeadamente iniciativas para definir orientações e indicadores, organizar o intercâmbio das melhores práticas e preparar os elementos necessários à vigilância e à avaliação periódicas.	Apoio e Coordenação	Comissão	Executar políticas e Atos do Conselho
			Conselho	Recomendações
			Parlamento	
168,§3	Fomentar a cooperação com os países terceiros e as organizações internacionais competentes no domínio da saúde pública.	Apoio	Comissão	Executar políticas e Atos do Conselho
			Conselho	-
			Parlamento	-
168,§4	a) Medidas que estabeleçam normas elevadas de qualidade e segurança dos órgãos e substâncias de origem humana, do sangue e dos derivados do sangue; essas medidas não podem obstar a que os Estados-Membros mantenham ou introduzam medidas de proteção mais estritas; b) Medidas nos domínios veterinário e fitossanitário que tenham diretamente por objetivo a proteção da saúde pública;	Compartilhada	Comissão	Propor legislação
			Conselho	Regulamento Diretiva
			Parlamento	Regulamento Diretiva

	c) Medidas que estabeleçam normas elevadas de qualidade e de segurança dos medicamentos e dos dispositivos para uso médico.			
168,§5	Adotar medidas de incentivo destinadas a proteger e melhorar a saúde humana, e nomeadamente a lutar contra os grandes flagelos transfronteiriços, medidas relativas à vigilância das ameaças graves para a saúde com dimensão transfronteiriça, ao alerta em caso de tais ameaças e ao combate contra as mesmas, bem como medidas que tenham por objetivo direto a proteção da saúde pública relativamente ao tabagismo e ao alcoolismo (com exclusão de qualquer harmonização das disposições legislativas e regulamentares dos Estados-Membros)	Compartilha da	Comissão	Propor legislação
			Conselho	Diretiva
			Parlamento	Diretiva
168,§6	Assegurar um elevado nível de proteção da saúde na definição e execução de todas as políticas e ações da União		Comissão	Propor Recomendações
			Conselho	Recomendações
			Parlamento	-

Fonte: Tratado da União Europeia e Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia¹⁹

Dentro da UE, existem outras importantes instituições de saúde, Agências descentralizadas que desempenham funções técnicas, científicas ou administrativas, assistindo as instituições da UE na elaboração e aplicação das políticas matéria de saúde; apoiam a cooperação entre a UE e os governos nacionais, reunindo competências técnicas especializadas das instituições europeias e das autoridades nacionais e Agências de execução que apoiam a Comissão Europeia na gestão dos programas da UE:

- Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (EU-OSHA)
- Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC)
- Autoridade Europeia para a Segurança dos Alimentos (EFSA)
- Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (EUROFOUND)
- Agência Europeia de Medicamentos (EMA)
- Agência de Execução para os Consumidores, a Saúde, a Agricultura e a Alimentação (CHAFEA)²⁰

¹⁹ Jornal Oficial da União Europeia. **Versões consolidadas do tratado da União Europeia e do tratado sobre o funcionamento da União Europeia.** Jornal Oficial da União Europeia. Lisboa, 408 p. 2010. Disponível em: < http://europa.eu/pol/pdf/consolidated-treaties_pt.pdf >. Acesso em: 09 jul. 2014.

²⁰ <https://osha.europa.eu/pt;> <http://ecdc.europa.eu/en/Pages/home.aspx;> [http://www.efsa.europa.eu/;](http://www.efsa.europa.eu/) <http://www.eurofound.europa.eu/pt;> <http://www.ema.europa.eu;> <http://ec.europa.eu/chafea>

Não detalharemos nesse trabalho a competência e formas de atuação dessas, uma vez que a proposta inicial busca verificar exclusivamente aquelas instituições cujas competências são estabelecidas nos tratados constitutivos do bloco. Entretanto, vale ressaltar que, mesmo com os organismos regionais fortes, seus esforços muitas vezes podem ser frustrados devido ao fato de que a saúde é uma competência compartilhada em que os Estados-Membros ainda têm alavancagem dominante. Esta tampouco é facilitada pelo fato de que vários Estados possuem diferentes sistemas de saúde e respondem de forma diferente aos vários desafios da saúde .

Ao que pese certa evolução democrática com o Tratado de Lisboa, ao incluir o Parlamento no processo de elaboração das normas da EU, inclusive naquelas relacionadas à saúde, observa-se e questiona-se o grau de participação dos cidadãos frente as demais Instituições, incluindo tais agências, e nos próprios processos que definem as políticas de saúde no Parlamento e Conselho.

Instituições que atuam em Saúde na União das Nações Sul-americanas

A União das Nações Sul-americanas (Unasul) é uma iniciativa de integração regional ‘puramente intergovernamental’ (14) que associa os 12 países sul-americanos. Expressa por seu Tratado Constitutivo o objetivo em construir, de maneira participativa e consensuada, um espaço de integração e união cultural, social, econômico e político, outorgando prioridade ao diálogo político, às políticas sociais, à educação, à energia, infraestrutura, financiamento e meio ambiente entre outros, com vistas a eliminar a desigualdade socioeconômica, lograr a inclusão social e a participação cidadã, fortalecer a democracia e reduzir as assimetrias, fortalecendo a soberania e independência dos Estados.

Ventura e Baraldii (15) apontam que a Unasul constitui ‘um âmbito de integração política que abarca a energia, a infraestrutura, a segurança e a cidadania’. Ou seja, compreende a integração como uma totalidade e não só através de uma perspectiva puramente econômica, como foram pensados historicamente os organismos regionais tradicionais, tanto nesta região como em outras ao redor do mundo.

O art. 3 do Tratado Constitutivo aponta como um dos objetivos específicos “j) o acesso universal à seguridade social e aos serviços de saúde” e “u) a cooperação

setorial como um mecanismo de aprofundamento da integração sul-americana, mediante o intercâmbio de informação, experiências e capacitação”.

Com uma estrutura mínima, mas nem por isso simples, a Unasul é marcada pelo caráter intergovernamental na tentativa de promover a cooperação internacional a partir do consenso de prioridades entre os estados membros. Como parte da institucionalidade da Unasul há a previsão de criação de Conselhos de nível Ministerial, Grupos de Trabalho e outras instâncias institucionais que sejam requeridas, de natureza permanente ou temporária (Art. 5, Tratado Constitutivo).

As decisões adotadas pelos Chefes de Estado, e acordos e resoluções dos Ministros de em seus respectivos Conselhos são a base normativa para a Unasul. Ressalta-se que dado seu caráter intergovernamental, para serem obrigatórios, as decisões dos Chefes de Estado, precisam ser incorporados no ordenamento jurídico nacional (Art. 12, Tratado Constitutivo Unasul).

No âmbito da Unasul, foi criado, em dezembro de 2008, o Conselho de Saúde Sul-americano (Unasul-Saúde), formado pelos Ministros de Estado de Saúde dos países membros e com o objetivo de consolidar a América do Sul como um espaço de integração em saúde, contribuindo para o objetivo de se alcançar saúde e desenvolvimento para todos, com perspectiva de incorporar ações e avanços já logrados com espaços anteriores:

De este modo, el consejo ha venido canalizando los logros alcanzados en otros esquemas de integración con el fin de promover políticas comunes y actividades coordinadas entre los países miembros de la UNASUR. (16)

El Consejo de Salud Suramericano tiene como Objetivos Generales: Consolidar Suramérica como un espacio de integración en Salud que contribuya a la Salud para Todos y al desarrollo, incorporando e integrando los esfuerzos y logros subregionales de MERCOSUR, ORAS CONHU y OTCA. (Art. 5 UNASUR, 2008b).

The ministers, through the Health Council or the Council for Social Development, have the duty to implement the standards adopted. The decision-making mode within UNASUR is still very loose, partly because it builds on regional entities that were already in place. The entity is firmly inter-governmental and nations remain entrenched in their national approaches to common challenges. (6)

O Conselho de Saúde estabelece cinco áreas prioritárias de ação em saúde: (1) escudo epidemiológico; (2) desenvolvimento dos sistemas de saúde universal; (3) acesso universal a medicamentos; (4) promoção da saúde e ação sobre os determinantes sociais; e (5) Desenvolvimento e gestão de recursos humanos em saúde (Agenda Sul-Americana de Saúde).

A premissa desse Conselho é que a saúde é um direito fundamental do ser humano. Para alcançar o objetivo de reduzir as iniquidades regionais com a efetivação do direito à saúde, o Conselho Sul-Americano de Saúde se estrutura a partir de Grupos Técnicos de acordo com as cinco linhas de ação prioritárias e Redes Estruturantes.

Os Grupos Técnicos (GTs) são compostos pelas respectivas áreas técnicas e pontos focais a nível ministerial dos países, e uma coordenação principal e uma alternada, que são exercidas por dois países que revezam anualmente os papéis²¹.

As Redes Estruturantes da Unasul-Saúde²² são conformadas por instituições ou representantes indicados pelos Ministérios de Saúde dos países membros (Art. 4, Res. 07/2009, CSS), com capacidade de contribuir para o desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde ou de formar profissionais de saúde e gerir os conhecimentos que facilitem a tomada de decisões no interior dos sistemas de saúde (9). Essas redes, como espaços de cooperação técnica em áreas da saúde pública, são geridas por uma instituição de cada campo específico, indicada pelos países e aprovadas pelo GT de Recursos Humanos membros (Art. 6, Res. 07/2009, CSS) e elaboram seus respectivos planos de trabalho com ações e projetos definidos.

Ao que pese o esforço na definição dos planos e condução das ações pactuadas tanto nas Redes como nos GTs, a constante alternância dos pontos focais indicados pelos países, a falta de orçamento destinado pela Unasul a essas atividades e a delonga do Conselho em adotar os Estatutos das Redes²³ constituem-se fenômenos para a discussão quanto a relevância e compromisso político dos países envolvidos nesse modelo de integração sanitária.

²¹ GT Vigilância e Resposta é coordenado por Uruguai/Paraguai; GT Sistemas de Saúde Universais por Chile/Bolívia (Res. 08/2009); GT Medicamentos por Argentina/Suriname; Promoção e Determinantes Sociais por Colômbia/Venezuela; e GT Desenvolvimento de Recursos Humanos por Brasil/Peru (Res. 04/2009).

²² Resolução 07/2009, CSS. Redes Criadas: RETS, RINS, RESP, RINC. Rede ORHIS criada pela Resolução 10/2009.

²³ Regulamento da RETS proposto em novembro de 2013 até o presente (julho/2015) ainda não aprovado pelo Conselho de Saúde.

Si bien encontramos respaldo legal en el tratado constitutivo y en los respectivos estatutos de los consejos y grupos de trabajo, su trabajo carece de seguimiento y obligatoriedad legal, de manera que su actuar esté subordinado a una reglamentación clara y eficiente. Siguen existiendo, por lo tanto, elementos de improvisación y espontaneidad en el actuar de esta nueva institucionalidad. (siendo quizás, precisamente esto, lo que se requiere de acuerdo al estado actual de las relaciones recíprocas entre los países de la región). (7)

A criação do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), como instituição permanente da Unasul²⁴, merece destaque por ter como objetivo a promoção de intercâmbio de boas práticas e evidências, reflexão crítica, gestão do conhecimento e geração de inovações no campo da política e ‘devendo fomentar e oferecer insumos para a governança da saúde nos países da América do Sul e sua articulação regional na saúde global’ (14).

Ao longo dos curtos anos da Unasul-Saúde foram adotados várias resoluções, incluindo: Plano Quinquenal de Saúde, influenza AH1N1, estratégia regional contra a dengue, acesso universal a medicamentos²⁵ com objetivos de dar diretrizes às políticas de saúde no âmbito regional e influenciar as ações locais, entretanto, observa-se a necessidade de ampliação de mecanismos para garantir, no âmbito da Unasul, sua efetiva implementação.

Compliance by national authorities with regional social rules and policies is a key aspect of social policy effectiveness. It does not only entail that countries sign up to regional treaties and protocols that relate to social aspects. It also demands the existence of robust implementation and monitoring mechanisms that are put in place at the national and regional levels to ensure that regional social policies are truly being promoted and implemented (6)

Outro ponto importante que voltamos a destacar é a questão sobre a participação social neste bloco²⁶. Ainda que constituído como espaço de integração política e com a necessidade de incorporação interna das decisões oriundas desse,

²⁴ Resolução 05/2009.

²⁵ Resoluções 01/2009; 02/2009; 03/2009; 09/2009.

²⁶ Artigo 18 Participação Cidadã Será promovida a participação plena da cidadania no processo de integração e união sul-americanas, por meio do diálogo e da interação ampla, democrática, transparente, pluralista, diversa e independente com os diversos atores sociais, estabelecendo canais efetivos de informação, consulta e seguimento nas diferentes instâncias da UNASUL. Os Estados Membros e os órgãos da UNASUL gerarão mecanismos e espaços inovadores que incentivem a discussão dos diferentes temas, garantindo que as propostas que tenham sido apresentadas pela cidadania recebam adequada consideração e resposta.

normalmente através dos parlamentos nacionais, tal objetivo específico do bloco (art. 3.p) e no que se refere aos temas de saúde²⁷ (art. 4, g. CSS) dita participação não é vislumbrada em nenhum dos processos e instituições acima descritos.

Por outro lado, não foram encontrados nos documentos da UNASUL-Saúde mecanismos de controle e participação social. Esta ausência surpreende não apenas diante dos princípios do SUS, mas também diante das características da própria UNASUL: é pouco provável que outro tratado constitutivo de uma organização internacional mencione tantas vezes a participação social, chegando a erigi-la como objetivo específico do bloco (15).

A Democracia nessas Instituições

Tanto o Conselho de Saúde da Unasul como Conselho da UE incorporaram o clássico conceito de órgão intergovernamental com caráter representativo, uma vez que os membros desses órgãos deliberam na qualidade de representantes dos Estados-membros. Nota-se que os membros dos respectivos Estados são indicados por esses conforme a matéria a tratar, as circunstâncias do momento, a defesa dos interesses nacionais, entre outros. Sendo assim, aqueles que arcarão com os efeitos das decisões tomadas nos citados Conselhos, não tiveram a chance de participar, debater e decidir qual caminho a ser trilhado.

O déficit democrático é evidente quando não se possibilita ao cidadão refletir sobre determinada questão, independentemente do grau de relevância dessa, uma vez que muitos dos debates travados nessas arenas, sobretudo em matéria de saúde, são de interesses dos cidadãos dos Estados-membros.

A população além de não ter a chance de debater a proposta em tela, recebe e tem que cumprir os resultados, assim como as consequências advindas daquela, quer sejam positivas ou negativas. O vazio de participação existente entre uma proposta levantada por um Estado-membro até a efetiva materialização de uma política comum regional prejudica todo o processo de integração.

Outro aspecto preocupante que ocorre na UE, e que poderíamos incluir na Unasul, está nos assuntos regulados através de negociações interestatais, como nos GTs da Unasul, ao passo que esses são, via de regra, subtraídos a uma formação democrática da opinião e da vontade, as quais normalmente dependem de arenas

²⁷ Art 4, CSS g) Promover la responsabilidad y la participación ciudadana en los temas de la Salud, en cuanto bien público que atañe al conjunto de la sociedad la incorporación de las organizaciones sociales y comunitarias en UNASUR Salud;

nacionais. Por essa razão, afirma HABERMAS: “Na União Europeia, o processo decisório constitui ótimo exemplo para esse déficit democrático que surge com a transferência dos grêmios decisórios nacionais para as comissões interestatais, formadas por representantes dos governos” (18).

Partindo do caso europeu, HABERMAS (18) diagnostica então as tendências emancipatórias que apontam na direção da consolidação de instituições democráticas transnacionais, bem como seus obstáculos, ligados à possibilidade de que essas instituições se tornem formas pós-democráticas de dominação política.

Conclusões

Na UE, os ministérios nacionais e várias agências de saúde desempenham um papel importante na implementação das políticas e normas que são adotadas por suas instituições. As unidades e estabelecimentos de saúde em toda a Europa Ocidental são avançados, tendo em conta as tradições do estado de bem-estar da maioria dos países, uma grande parte dos orçamentos nacionais é dedicado aos serviços de saúde nesses países. A administração de saúde também está bem desenvolvida. Isto significa que a incorporação de padrões regionais em normas nacionais tende a ser mais rápido do que na Unasul, onde as questões de recursos humanos em saúde e de infraestrutura ainda são desafios comuns, apesar dos progressos realizados nos últimos anos em países como Argentina, Brasil e Colômbia (6).

A União Europeia, bem como a Unasul requerem muito mais do que uma estrutura e alguns órgãos decisórios, antes disso, necessita de uma legitimação cidadã. Dessa forma, HABERMAS defende que: ‘O estado de cidadão do mundo deixou de ser uma simples quimera, mesmo que ainda estejamos muito longe de atingi-lo. A cidadania em nível nacional e a cidadania em nível mundial formam um *continuun* cujos contornos podem ser vislumbrados no horizonte’ (18).

A ausência da participação popular nesses blocos produz um ambiente e um sentimento de descrença e baixo, quando não ausente, o comprometimento para a implementação e o cumprimento das decisões emanadas pelos seus órgãos.

De imediato, alerta-se para a necessidade de se entender como efetiva participação para muito além de meras consultas populares esporádicas.

Se suma a esto la necesidad de que la sociedad civil reconozca la importancia de estas negociaciones como espacios de avance para el derecho a la salud, entendiendo que para lograrlo no solo se requiere

un buen gobierno a nivel de instancias políticas; sino también que los movimientos sociales asuman la integración en salud como una tarea prioritaria (19).

A questão da democracia passa a ser um elemento importante dentro do processo de integração, ao pressupor no próprio desenvolvimento deste a ampliação vertical das elites de cada unidade política e instituições, possibilitando o aumento da participação popular na vida pública.

Referências

1 – Almeida C. Saúde, política externa e cooperação Sul-Sul: elementos para pensar o caso brasileiro. *In: Fiocruz/IPEA/Min. da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, organizadores. A Saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2013.

2 – Fidler DP. *Health as foreign policy: Between principle and power.* Whitehead Journal of Diplomacy and International Relations, v. VI, pp. 179–194, 2005.

3 – Fidler DP. *Health in foreign policy: an analytical overview.* Canadian Foreign Policy Journal, 2009, 5(3): 11-29. [Acesso em 21 jul de 2015]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/11926422.2009.9673489>.

4 - Instituto Suramericano de Gobierno En Salud (ISAGS). *Sistemas de salud en Sulamérica: desafíos para la universidad, la integralidad y la equidade.* Rio de Janeiro: Isags, 2012. 854 p. Disponível em: <[http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/2/bb\[8\]ling\[2\]anx\[9\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/2/bb[8]ling[2]anx[9].pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2015.

5 – Kerouedan D. *Géopolitique de la santé mondiale.* Fayard, Paris, 2013. [Acesso em 12 jun 2015]. Disponível em <http://books.openedition.org/cdf/2291>

6 – Langenhove LV, Kingah S. *Conditions for Effective Regional Social (Health) Policies: The EU and UNASUR Compared.* Belgica: United Nations University - Institute on Comparative Regional Integration Studies, 2014. 24 p. Disponível em: <<http://www.cris.unu.edu/fileadmin/workingpapers/W-2014-3.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

7 – Legemaate J. Integrating health law and health policy: a European perspective. *Health Policy*, Holanda, n. 60, p.101-110, 2002.

8 – Castedo AZ. *Derecho de la Integración Económica Regional.* Banco Interamericano de Desarrollo Instituto para la Integración de América Latina Bid-Intal. Buenos Aires, 1989.

- 9 – Buss PM, Ferreira JR. Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul: a contribuição da Unasul-Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 2011, 16(6): 2699-2711. [Acesso em 25 jul 2015]., Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600009&lng=en&nrm=iso
- 10 – Hervey, Tamara K.; McHALE, Jean V. Health Law and the European Union. Inglaterra: Cambridge University Press, 2004. 469 p.
- 11 – Grove-Valdeyron, Nathalie de. *Droit européen de la santé*. Paris: L.G.D.J, 2013. 209 p.
- 12 – Bélanger M. Éléments de doctrine en droit international de la santé (écrits 1981-2011). Bordeaux: les Études hospitalières, 2012
- 13 – Ventura D. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin, VB, Flávia P, Mariela MA, organizadores. *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP; 2011.
- 14 – Ventura D. Saúde pública e política externa brasileira. *Sur - Revista Internacional de Direitos Humanos*. 2013, 10(19).
- 15 – Ventura D, Baraldii C. A UNASUL e a nova gramática da integração sul-americana. *Brasil no Mundo*, 2014. [Acesso em 06 jul 2015]. Disponível em: <http://fes.org.br/brasilnomundo/wp-content/uploads/2014/06/ventura-baraldi-unasul-pontes.pdf>
- 16 – Racovschik MA. Consejos de la UNASUR: origen, funciones y perspectivas. Observatorio de la UNASUR, FLACSO, 2010. [Acesso em 06 jul 2015]. Disponível em: <http://observatoriounasur.files.wordpress.com/2010/07/consejos-de-la-unasur1.pdf>
- 17 – Valencia D. *Unión de Naciones Sudamericanas, un nuevo modelo de integración regional*. Chile: Universidad de Chile; 2012.
- 18 – HABERMAS J. *Sobre a Constituição da Europa: um ensaio*. São Paulo: Unesp; 2012.
- 19 – Santos RF, Bolis M. AMÉRICA LATINA: ESPACIOS DE AVANCE EN TORNO AL DERECHO A LA SALUD. In: Delduque MC *et al*, organizadores. *El Derecho desde la Calle: Introducción Crítica al Derecho a la Salud*. Brasília: CEAD UnB; 2012.

4.3 ARTIGO III: Participação cidadã e políticas de saúde na Unasul

CAMPOS RF. Participação cidadã e políticas de saúde na Unasul. Cien. Saúde Colet jun 2017; 22(7):2161-2167.

Participação cidadã e políticas de saúde na Unasul Citizen participation and the health policies of Unasur

Roberta de Freitas Campos¹

Resumo: Objetivou-se verificar de que forma a União das Nações Sul-Americanas (Unasul) se preocupa em garantir a democracia e participação na construção de políticas de saúde. Buscou-se explicar o significado da democracia sanitária e sua importância para a efetivação do direito à saúde. A preocupação é que a definição dessas políticas no bloco deve estar em consonância com os interesses de seus cidadãos, de modo a identificar a atuação ética dos Estados nas relações internacionais. Analisou-se os documentos constitutivos e resoluções sobre as políticas de saúde do Unasul e encontrados enunciados com objetivos e princípios sobre democracia e participação cidadã, entretanto, não se identificou a institucionalização de mecanismos que operacionalize a democracia participativa em saúde.

Palavras chave: Democracia, Políticas de Saúde, Saúde Global, Direito Sanitário

Abstract: The aim of this study was to verify how the Union of South American Nations (UNASUR) is concerned to ensure democracy and participation in the construction of health policies. The study sought to explain the meaning of health democracy and its importance for the implementation of the right to health. The concern is that the definition of these policies on the block should be in line with the interests of its citizens, in order to identify the ethical actions of States in international relations. It was analyzed the constitutive documents and resolutions on the health policies of this bloc and were found statements with objectives and principles on democracy and citizen participation, however, the institutionalization of mechanisms that operationalize participatory democracy in health was not identified.

Key-words: Democracy, Health Policies, Global Health, Health Law

¹ Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Avenida L3 Norte, Asa Norte. 70904-130 Brasília DF Brasil. roberta.freitas@fiocruz.br

Introdução

A democracia se caracteriza pela participação ativa dos cidadãos nas principais decisões que dizem respeito à coletividade, o que pressupõe espaços e mecanismos que permitam o livre e amplo diálogo e consenso. Desse modo, torna-se imperioso o respeito e o fomento de ambientes de interação entre governantes e governados nos Estados democráticos, perspectiva que se aplicaria aos blocos regionais que se propõem objetivos de desenvolvimento social, além das relações econômicas e comerciais.

Essa premissa será analisada no caso da União das Nações Sul-Americanas (Unasul), a mais recente iniciativa de integração dos países da América do Sul, com fortes componentes na área social. A preocupação com a promoção da participação cidadã é evidente em diversos pontos do Tratado Constitutivo dessa aliança. No entanto, ante essa constatação surge o questionamento de como essa participação será viabilizada na construção das políticas de saúde.

No presente ensaio realizou-se uma pesquisa bibliográfica e documental direcionada aos contornos do tema em foco, que pretende oferecer subsídios para promover a conscientização acerca da necessidade da participação cidadã no âmbito das discussões e tomadas de decisão da Unasul.

Democracia em Saúde

A democracia é um dos valores essenciais das Nações Unidas. Ainda que a Carta das Nações Unidas¹ não mencione o termo democracia, esse princípio pode ser compreendido pela expressão “Nós, os povos das Nações Unidas”, na medida em que

a vontade dos povos é a fonte da legitimidade dos Estados, e dessa forma, das Nações Unidas.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos², enuncia o conceito de democracia, afirmando que “A vontade do povo será a base da autoridade do governo” (Art. XXI, 1), e legitima a participação política do cidadão: “Todo ser humano tem o direito de fazer parte no governo de seu país diretamente ou por intermédio de representantes livremente escolhidos” (Art. XXI, 3).

O significado de democracia vem sendo aprimorado a partir dos sistemas políticos nos Estados de Direito. Bonavides³ compreende a democracia como “aquela forma de exercício da função governativa em que a vontade soberana do povo decide, direta ou indiretamente, todas as questões de governo, de tal sorte que o povo seja sempre o titular e o objeto, a saber, o sujeito ativo e o sujeito passivo do poder legítimo”.

Segundo Dallari⁴ a democracia deve contemplar um espaço de discussões, possibilitando a deliberação de ideias sobre as reivindicações no campo dos direitos humanos perante o Estado. Há uma demanda de discussão social em temas muito próximos à sociedade, porque isso a afeta diretamente.

Entre as teorias da democracia participativa, destacamos a formulada por HABERMAS⁵ que se fundamenta nos princípios do discurso e da democracia. Pelo princípio do discurso, a validade da norma depende da aceitação de todos os indivíduos, participantes de discursos racionais. O princípio da democracia defende que um processo normativo legítimo implica um sistema de direitos de participação. Esse modelo defende que a legitimidade política não se esgota no momento de definição da vontade da maioria, como no resultado de uma eleição, mas depende de

consensos estabelecidos em debates públicos nos quais seja assegurada a participação de todos aqueles potencialmente atingidos pela decisão.^{6,7,8} No caso das decisões internacionais, os potencialmente atingidos pela decisão não são apenas os Estados, mas sim suas próprias populações.

A partir dessa concepção, a redução da democracia ao voto não basta para aferir a participação do povo. Conforme Silva⁹ “o princípio participativo caracteriza-se pela participação direta e pessoal da cidadania na formação dos atos de governo”.

A necessidade do exercício da democracia no que se refere às decisões relacionadas ao direito à saúde, no âmbito interno e internacional, encontra fundamento no Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas¹⁰:

(...) Outro aspecto importante é a participação da população em todo o processo de adoção de decisões sobre as questões relacionadas com a saúde nos planos comunitários, nacional e internacional (tradução nossa).

A aplicação do modelo de democracia participativa nas deliberações e decisões relacionadas à saúde é a chamada democracia sanitária. O conceito de democracia sanitária¹¹ refere-se a uma abordagem para envolver todos os atores do sistema de saúde no desenvolvimento e implementação da política de saúde num espírito de diálogo e consulta. A democracia sanitária exige a consulta e debate público para melhorar a participação dos interessados e promover os direitos individuais e coletivos dos usuários. Segundo Aith¹², essa:

(...) impõe que a definição dos contornos do que se entende juridicamente por direito à saúde seja feita com participação da sociedade. Isso implica que a sociedade deve ser consultada e, na medida do possível, delibere diretamente sobre o que significa saúde e sobre qual será a amplitude da proteção a ser oferecida pelo Estado a este direito.

No Estado brasileiro as Conferências de Saúde; os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde; os Conselhos consultivos e câmaras técnicas da Agência Nacional Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); as Ouvidorias do Sistema Único de Saúde (SUS), da ANVISA e da ANS; são exemplos de instituições e instrumentos de democracia sanitária criados e aprimorados de maneira a possibilitar a “ampla participação democrática da sociedade na tomada de decisões estatais em saúde”¹².

A União das Nações Sul-Americanas (Unasul)

A União das Nações Sul-Americanas (Unasul) é uma iniciativa de integração regional “puramente intergovernamental”¹³ que associa os doze países sul-americanos. Tem como princípios respeito à soberania, integridade e inviolabilidade territorial dos Estados; autodeterminação dos povos; solidariedade; cooperação; paz; democracia, participação cidadã; direitos humanos; redução das assimetrias e harmonia com a natureza para um desenvolvimento sustentável.

A Unasul constitui um âmbito de integração política que abarca a energia, a infraestrutura, a segurança e a cidadania. Ou seja, compreende a integração como uma totalidade e não só através de uma perspectiva puramente econômica, como foram pensados historicamente outros organismos regionais¹⁴.

No que diz respeito ao aspecto social, o art. 3 do Tratado Constitutivo¹⁵ aponta entre seus objetivos específicos “j) o acesso universal à seguridade social e aos serviços de saúde” e “u) a cooperação setorial como um mecanismo de aprofundamento da integração sul-americana, mediante o intercâmbio de informação, experiências e capacitação”.

Com uma estrutura hierárquica mínima, mas nem por isso simples, a Unasul é marcada pelo caráter intergovernamental na tentativa de promover a cooperação internacional a partir do consenso de prioridades entre os Estados membros.

A Unasul possui órgãos de decisão e assessoramento, composto exclusivamente por representantes do executivo dos países-membros. Conforme seu tratado constitutivo (art. 4) são os seguintes: Conselho de Chefas e Chefes de Estado e de Governo, Conselho de Ministras e Ministros das Relações Exteriores, Conselho de Delegadas e Delegados e a Secretaria Geral.

O Conselho de Chefas e Chefes de Estado e de Governo é o órgão máximo de decisões. É presidido por um dos governantes dos Estados membros. O Conselho (Art. 6, Tratado Unasul) possui competência para definir os planos de ação para o processo de integração, com reuniões ordinárias anuais, e possibilidade de convocação extraordinária.

O Conselho de Ministras e Ministros das Relações Exteriores possui uma ampla lista de competências (Art. 8, Tratado Unasul) que inclui operacionalizar as diretrizes traçadas pelo Conselho superior, aprovar o programa de atividades, orçamento e financiamento de projetos comuns, acompanhamento e avaliação do processo de integração, aprovação de Resoluções sobre esses temas e criação de Grupos de Trabalho.

O Conselho de Delegadas e Delegados, formado por um representante de cada Estado membro, tem a função de auxiliar os demais Conselhos, destaque para a coordenação dos Grupos de Trabalho, das iniciativas da Unasul com outros processos de integração, a fim de garantir sua complementariedade; e a responsabilidade na

promoção de espaços de diálogo para favorecer a participação cidadã nesse processo de integração (Art. 9, g, Tratado Unasul).

A Secretaria Geral (Art. 10, Tratado Unasul), é responsável por executar os mandatos dos demais órgãos. A escolha do Secretário geral, por um período de dois anos, renovável se dá pelo órgão máximo.

Existe, ainda, a Presidência Pro Tempore (Art. 7, Tratado Unasul), exercida sucessivamente por cada um dos Estados Membros, em ordem alfabética, por períodos bianuais, responsável por presidir as reuniões dos demais órgãos e propor um programa de atividades anuais. O Tratado estabelece personalidade jurídica própria da Unasul no primeiro artigo, de forma diversa do que vem sendo consolidado em outras organizações:

Tal capacidade de assumir compromissos internacionais parece algo prosaico, mas não é. Veja-se o caso do Mercosul, que só a adquiriu 3 anos após sua criação, sob a pressão da União Européia para negociação do acordo entre os dois blocos¹⁴.

A personalidade jurídica, como o poder de representar a Unasul internacionalmente é exercida por essa Presidência (Art. 7, c e d), entretanto, o tratado estabelece a necessidade de autorização prévia dos Estados-parte, o que esvazia a atribuição desse órgão e inclusive fragiliza a Unasul como organismo internacional, uma vez que seu Tratado Constitutivo deveria ser suficiente para identificar o consenso entre os Estados.

O Tratado previu a criação de conselhos de nível ministerial, grupos de trabalho e outras instâncias institucionais, de natureza permanente ou temporária, com o objetivo de dar cumprimento às diretrizes dos órgãos oficiais (Art. 5, Tratado Constitutivo)¹⁵. Foram criados 12 conselhos, entre eles o Conselho de Saúde Sul-

Americano, conhecido como Unasul-Saúde (CSS). Os conselhos são formados pelos Ministros das respectivas áreas de cada Estado Membro, sem a previsão de participação da sociedade, embora seja evidente o interesse público e social.

As decisões adotadas pelos Chefes de Estado, acordos e resoluções dos ministros em seus respectivos conselhos são a base normativa para a Unasul. Ressalta-se que dado seu caráter intergovernamental, para serem obrigatórios, as decisões dos Chefes de Estado, precisam ser incorporadas no ordenamento jurídico nacional (Art. 12, Tratado Constitutivo Unasul).

Políticas de saúde na Unasul

O Conselho de Saúde Sul-Americano (CSS) foi criado em 2008 como uma instituição política permanente que permita às autoridades sanitárias dos Estados membros abordar desafios comuns que transcendem suas fronteiras. A premissa desse Conselho é que a saúde é um direito fundamental do ser humano e um componente vital para o desenvolvimento humano e para a integração regional¹⁵.

O Conselho aprovou uma Agenda de Saúde Sul-Americana, que contempla os seguintes temas: (1) Elaboração da Política Sul-Americana de Vigilância e Controle de Eventos em Saúde, (2) Desenvolver Sistemas Universais de Saúde, (3) Promover o acesso universal a medicamentos e outros insumos para a saúde e desenvolver o complexo produtivo da saúde na América do Sul, (4) Promover a saúde e enfrentar de forma conjunta seus determinantes sociais, e (5) Desenvolver recursos humanos em saúde.

O CSS, formado pelos Ministros de Estado de Saúde de cada país e por um representante do Mercado Comum do Sul (Mercosul), do Organismo Andino de Saúde

– Convênio Hipólito Unanue (ORAS/CONHU), da Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA) e Organização Panamericana da Saúde (OPAS), como observadores, tem por objetivo, um tanto ambicioso, consolidar a América do Sul como um espaço de integração em saúde, contribuindo para alcançar saúde e desenvolvimento para todos, com perspectiva de incorporar ações e avanços alcançados nos organismos e espaços de cooperação em saúde, anteriormente criados:

De este modo, el consejo ha venido canalizando los logros alcanzados en otros esquemas de integración con el fin de promover políticas comunes y actividades coordinadas entre los países miembros de la UNASUR.¹⁶

The ministers, through the Health Council or the Council for Social Development, have the duty to implement the standards adopted. The decision-making mode within UNASUR is still very loose, partly because it builds on regional entities that were already in place. The entity is firmly inter-governmental and nations remain entrenched in their national approaches to common challenges¹⁷.

O Conselho Sul-Americano de Saúde se organiza a partir de um Comitê Coordenador, de uma Secretaria Técnica e de Grupos Técnicos de acordo com as cinco linhas de ação prioritárias e Redes Estruturantes.

Os Grupos Técnicos (GTs) são compostos pelos pontos focais a nível ministerial dos países das respectivas áreas técnicas relacionadas aos temas da Agenda de Saúde, possuem uma coordenação principal e uma alternada, exercidas por dois países que se revezam anualmente.

Destacamos, entre eles, o GT de Promoção, Saúde e ação sobre os Determinantes Sociais que se propõe a atuar na articulação intersetorial e a participação comunitária na formulação, execução e seguimento das políticas públicas de saúde¹⁸.

A constituição de Redes de Instituições Estruturantes de Saúde foi definida como uma das prioridades para a construção e desenvolvimento das políticas de saúde comuns e cooperativas. Essas Redes são compostas por instituições ou representantes indicados pelos Ministérios de Saúde dos países membros. Segundo Buss e Ferreira¹⁹ as instituições devem ser capazes de operar de maneira eficaz, eficiente e sustentável nos sistemas e serviços de saúde por meio de atividades de pesquisa & desenvolvimento e formação de pessoal. Tem por objetivo principal contribuir para o desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde ou de formar profissionais de saúde e gerir os conhecimentos que facilitem a tomada de decisões no interior dos sistemas de saúde.

Atualmente existem, no âmbito da Unasul Saúde, seis Redes Estruturantes: (1) Rede dos Institutos Nacionais de Saúde (RINS); (2) Rede de Escolas Técnicas de Saúde da Unasul (RETS); (3) Rede de Institutos e Instituições Nacionais de Câncer (RINC); (4) Rede de Escolas de Saúde Pública (RESP); (5) Rede de Gestão do Risco de Desastres; e (6) Rede de Assessorias de Relações Internacionais e de Cooperação Internacional em Saúde (REDSSUR-ORIS).

Essas Redes atuam como espaços de cooperação técnica entre as instituições de cada campo específico que elaboram seus respectivos planos de trabalho com ações e projetos definidos. A coordenação das Redes é definida pela eleição quadrienal entre seus membros.

Participação e democracia sanitária na Unasul

A realização dos objetivos da Unasul, dentre os quais a diminuição das desigualdades sociais, envolve diretamente diversos atores como representantes de governo, de instituições e profissionais de saúde dos países membros, o que torna

imprescindível a garantia de participação dos cidadãos nos processos de tomada de decisões e acompanhamento das ações. Dessa forma, impõe-se a abertura de espaços aptos a promoção dessa participação cidadã.

O Tratado Constitutivo da Unasul, declara, desde seu preâmbulo, a necessidade de se fomentar a democracia e a participação, ressaltando que o exercício da cidadania não deve estar limitado ao espaço nacional ao qual pertence o indivíduo, mas deve ser garantido de forma mais ampla, em todo o bloco.

A importância da participação cidadã, nesse contexto, é tamanha que a sua efetivação consta como objetivo geral da Unasul:

Artigo 2 – Objetivos - A União de Nações Sul-Americanas tem como objetivo construir, de maneira participativa e consensuada, um espaço de integração e união no âmbito cultural, social, econômico e político entre seus povos, priorizando o diálogo político, as políticas sociais, a educação, a energia, a infraestrutura, o financiamento e o meio ambiente, entre outros, com vistas a eliminar a desigualdade socioeconômica, alcançar a inclusão social e a participação cidadã, fortalecer a democracia e reduzir as assimetrias no marco do fortalecimento da soberania e independência dos Estados.

E como objetivo específico, a Unasul pretende fortalecer a participação cidadã mediante a introdução de instrumentos de interação e diálogo entre os Estados Membros e a sociedade na formulação das políticas de integração (UNASUL, 2008, Art. 3)¹⁵.

Além dos dispositivos citados, que, por si só, já seriam suficientes para determinar a obrigatoriedade do incentivo à participação cidadã no processo de integração sul-americana, destacam-se, ainda, os artigos 9 e 18 do Tratado.

O artigo 9, que trata das competências do Conselho de Delegados e Delegadas, inclui a promoção de espaços de diálogo os que possibilitem ao povo a participação

ativa nesse processo de integração. Já o artigo 18 determina a criação de canais de informação e consulta popular:

Artigo 18 - Participação Cidadã - Será promovida a participação plena da cidadania no processo de integração e união sul-americanas, por meio do diálogo e da interação ampla, democrática, transparente, pluralista, diversa e independente com os diversos atores sociais, estabelecendo canais efetivos de informação, consulta e seguimento nas diferentes instâncias da UNASUL.

Os Estados Membros e os órgãos da Unasul gerarão mecanismos e espaços inovadores que incentivem a discussão dos diferentes temas, garantindo que as propostas que tenham sido apresentadas pela cidadania recebam adequada consideração e resposta.

Embora exista o destaque para a criação de mecanismos que possibilitem a participação cidadã, não há indicação de quais seriam esses instrumentos e de como os indivíduos poderiam exercer essa prerrogativa. Encontram-se apenas dispositivos gerais, que determinam que os Estados Membros devem criar mecanismos e incluir sua população nos debates e no processo de integração, entretanto não esclarece como cada Estado e a própria Unasul deverá efetivamente agir nesse sentido.

A ação mais concreta foi a criação pelos Chefes de Estado e Governo da Unasul do Fórum de Participação Cidadã da Unasul²⁰, em 2012, com a previsão de reuniões anuais presenciais com atores sociais nacionais e regionais, para formular recomendações (Art. 1). Um dos pontos mais importantes da Resolução, e detalhado no documento que define as diretrizes de funcionamento²¹, diz respeito a previsão de participação cidadã nos órgãos e instâncias da Unasul, incluindo o dever de que os Conselhos Setoriais e outras instâncias incorporem atividades de difusão e diálogo, permitindo que os atores sociais participem de suas reuniões com direito de voz:

6. Participación ciudadana en los órganos e instancias de Unasul
 - a) Los Consejos Ministeriales Sectoriales y otras instancias de UNASUR deberán incorporar en sus respectivos planes de acción la realización de eventos de difusión y diálogo con la ciudadanía y sus

organizaciones, que incluyan encuentros presenciales, acompañados del presupuesto respectivo.

A primeira e única reunião do Fórum realizada até a presente data, ocorreu em 2014, na Bolívia. Reuniu aproximadamente 200 representantes de alguns setores da sociedade civil de dez países membros. Desse encontro resultaram propostas para criação da Universidade Latino-americana; avançar nas políticas públicas interculturais, democratizar o espaço cibernético; criação de uma rede de comunicação regional permanente para dar publicidade da participação cidadã na elaboração de políticas públicas; criação de comissões temáticas e de grupos de trabalhos sobre gênero e integração; afrodescendentes e camponeses indígenas; soberania alimentar com intercâmbio de tecnologia e conhecimentos ancestrais e participação de jovens nas tomadas de decisão. Não se identificou na ata da reunião propostas relacionadas diretamente a temas de saúde.

No que se refere a participação dos cidadãos na construção da política de saúde – democracia sanitária – conforme conceito apresentado anteriormente, verifica-se a sua previsão no documento de criação do Conselho de Ministros de Saúde (art. 4, g. CSS):

g) Promover la responsabilidad y la participación ciudadana en los temas de la Salud, en cuanto bien público que involucra el conjunto de la sociedad, así como la incorporación de las organizaciones sociales y comunitarias en UNASUR Salud;

Entretanto, não há a previsão na Unasul Saúde de audiências públicas, fóruns para debates, plebiscitos, referendos, meios de comunicação ou outros espaços que permita que o cidadão exponha suas ideias e proponha ações. A população mantém-se à margem do processo decisório e do desenvolvimento do bloco, não podendo contribuir para a transformação da realidade social. Não identificamos espaços para

divulgação de informações, ideias, discussões e manifestações relacionadas aos temas e políticas de saúde entre a comunidade para além dos órgãos burocráticos da Unasul Saúde. Enquanto isso, os Estados Membros continuam a negociar e a tomar decisões sem ouvir os que serão diretamente atingidos por esses atos.

A participação cidadã deveria ser garantida de forma ampla, através de diálogos e da interação entre os diversos atores sociais. Sólon²² afirma que “esta relación con los actores sociales debe ser democrática, transparente, pluralista y reconocer la independencia de las diversas instancias de la sociedad civil”.

Certo é que a previsão de participação cidadã no Tratado Constitutivo da Unasul e na decisão de criação do Conselho de Saúde da Unasul são importantes avanços no processo de integração latino-americana, entretanto muito ainda há de ser realizado. Torna-se imprescindível em qualquer discussão acerca a definição de políticas públicas regionais em saúde, bem como sobre os processos de integração e de cooperação internacional a inclusão de mecanismos de democracia sanitária.

Considerações Finais

A abordagem ética das relações internacionais em saúde diz respeito ao desafio de desenvolver mecanismos transparentes de atuação dos Estados em suas relações, quer sejam nos blocos regionais que façam parte ou mesmo no Sistema das Nações Unidas.

A democracia sanitária encontra-se prevista como um princípio que deve servir para conduzir a adoção das políticas de saúde na Unasul de forma coerente com os anseios da população e, assim, apoiar as ações dos Estados membros.

A Unasul, embora exalte o fortalecimento da democracia no Tratado Constitutivo e apresente como fundamento e objetivos geral e específico o fomento à participação cidadã de forma plena, sendo considerada inovadora em relação às demais tentativas de integração justamente por estabelecer uma comunicação entre os setores social, cultural, político e ambiental que ultrapassa a preocupação econômica e os benefícios aduaneiros, falha ao não proporcionar, na prática, espaços e mecanismos de participação nos Conselhos ou Grupos de Trabalho.

Entretanto, a análise apontou a fragilidade de mecanismos que permitam a participação dos principais interessados nas decisões tomadas nesse bloco na área da saúde, o cidadão.

Verifica-se a necessidade de efetivação da participação cidadã na construção das políticas de saúde, mediante a disponibilização de instrumentos com os quais os indivíduos possam interagir, discutir, comprar e trocar informações, além de expor as suas ideias, e construir a própria concepção de saúde, das demandas sociais e lutar por respostas efetivas.

Referências

Organização das Nações Unidas (ONU). Carta das Nações Unidas, 1945.

² Organização das Nações Unidas (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948.

³ Bonavides P. A democracia direta, a democracia do terceiro milênio. In: Bonavides P. *A Constituição Aberta*. 2 ed. São Paulo: Malheiros; 1996. p. 17.

⁴ Dallari DA. *Elementos de teoria geral do Estado*. 21. ed. São Paulo: Saraiva; 2000.

⁵ HABERMAS J. Três modelos normativos de democracia. *Lua Nova* [periódico na Internet]. 1995 [acessado 2017 jan 09]; (36):39-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451995000200003>.

⁶ HABERMAS J. *Direito e democracia: entre facticidade e validade*. V. 1, 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2012.

⁷ Estevez JV. La concepción de democracia participativa de HABERMAS. *Ciência Política, Santiago* [periódico na Internet]. 1999 [acessado 2016 dez 27]; 20(1):208-219. Disponível em: <http://www.revistacienciapolitica.cl/rcp/wp-content/uploads/2013/09/11_vol_20_1.pdf>.

⁸ Avritzer L. Teoria democrática e deliberação pública. *Lua Nova* [periódico na Internet]. 2000. [acessado 2016 dez 27]; (50):25-46. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n50/a03n50.pdf>>.

⁹ Silva JA. *Curso de direito constitucional*. 21.ed. São Paulo: Malheiros; 2003.

¹⁰ ONU. Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos. [formato eletrônico]. 2004 [acessado 2016 dez 27]; [cerca de 398 p.]. Disponível em: <http://www.prr4.mpf.gov.br/pesquisaPauloLeivas/arquivos/Observacoes_Gerais_O_NU.pdf>.

¹¹ Tabuteau D. *Démocratie sanitaire: Les nouveaux défis de la politique de santé*. Paris:Odile Jacob; 2013.

¹² Aith FMA. Direito à saúde e democracia sanitária: experiências brasileiras. *Revista de Direito Sanitário* [periódico na internet]. 2014 [acessado 2016 dez 27]; 15(3). Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/viewFile/97328/96340>>.

¹³ Ventura DFL. Saúde pública e política externa brasileira. *Sur - Revista Internacional de Direitos Humanos*, v. 10, p. 94-113, 2013.

¹⁴ Ventura DFL, Baraldi C. A UNASUL e a nova gramática da integração sul-americana. *Boletim Pontes ICTSD-FGV*, São Paulo, p. 14 - 16, 01 jul. 2008.

¹⁵ UNIÓN DE NACIONES SURAMERICANAS (UNASUR). Tratado Constitutivo de la Unión de Naciones Suramericanas, 2008. Disponível em: http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_integracao/docs_UNASUL/DEC01.2014.pdf

¹⁶ Racovschik MA. Consejos de la UNASUR: origen, funciones y perspectivas. Observatorio de la UNASUR, FLACSO, 2010. Disponível em: <http://observatoriounasur.files.wordpress.com/2010/07/consejos-de-la-unasur1.pdf>

¹⁷ Langenhove LV, Kingah S. Conditions for Effective Regional Social (Health) Policies: the EU and UNASUR Compared. UNU-CRIS Working Papers [recurso eletrônico]. 2014. [acessado 2016 dez 27]; [cerca de 19 p.]. Disponível em: <<http://cris.unu.edu/sites/cris.unu.edu/files/W-2014-3.pdf>>.

¹⁸Instituto Suramericano do Gobierno en Salud [homepage na internet]. *Conselho de Saúde/ Grupos Técnicos* [acessado 2016 dez 27] . Disponível em: <<http://www.isags-unasul.org/gts.php?lg=1>>.

¹⁹ Buss PM, Ferreira JR. Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul: a contribuição da Unasul-Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na Internet]. 2011 [acessado 2016 dez 27]; 16(6): 2699-2711. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600009&lng=en&nrm=iso

²⁰ UNASUR. UNASUR/CJEG/DECISIÓN/Nº7 /2012: Por la cual el consejo de jefas y jefes de estado y de gobierno de la Unión de Naciones Suramericanas, decide crear un foro de participacion ciudadana de UNASUR. [recurso eletrônico]. 2012. Disponível em: http://www.iirsa.org/admin_iirsa_web/Uploads/Documents/rp_lima12_decision7.pdf

²¹ Brasil. Ministério das Relações Exteriores. [homepage na internet]. Declaração de Paramaribo, aprovada na VII Reunião de Cúpula da UNASUL – Paramaribo, 30 de agosto de 2013. [acessado 2016 dez 27]. Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/notas-a-imprensa/2193-declaracao-de-paramaribo-aprovada-na-vii-reuniao-de-cupula-da-unasul>.

²² Solón P. Reflexiones a mano alzada sobre el Tratado de UNASUR. *Revista de la Integración* 2008; (2):12-18.

4.4 ARTIGO IV: A cooperação internacional na Unasul: Avanços e desafios para o fortalecimento do direito à saúde

Proposta de artigo para envio a Revista Cadernos de Saúde Pública (CSP)

A cooperação internacional na Unasul: Avanços e desafios para o fortalecimento do direito à saúde

Roberta de Freitas Campos
Sueli Gandolfi Dallari

Introdução

Os espaços e mecanismos para a garantia do direito à saúde são fortalecidos à medida que são ampliados, organizados e estruturados novos procesos de cooperação internacional, como, por exemplo, com a criação de blocos regionais.

Entende-se que esses blocos funcionam como espaços de consensos e ações cooperativas em prol de objetivos comuns. A União das Nações Sul-Americanas (Unasul) - destacada por Santana (2011, p. 296)¹ como “a ilustração mais recente das relações entre saúde e política externa na região das Américas” - possui objetivos políticos e sociais, e apresenta em seus documentos constitutivos o reconhecimento da saúde como um direito e prioriza a participação para a construção de políticas regionais.

Toma-se a premissa de que o direito à saúde deve ser construído de maneira participativa, por conseguinte, as políticas de cooperação em saúde construídas entre Estados Democráticos de Direito deveriam seguir tal pressuposto.

A Cooperação internacional e os blocos de integração regional

A cooperação internacional compreende uma variedade de conceitos e modalidades. De modo geral, o termo significa “operar ou obrar simultaneamente; colaborar coletivamente”²; “o ato ou processo de trabalhar juntos para um mesmo

fim”³, “trabalhar juntos para atingir um mesmo propósito”⁴, ou ainda “Política de entendimento e de trocas entre dois Estados”⁵.

As primeiras explicações teóricas sobre o termo surgiram com a teoria da Estabilidade Hegemônica de KINDLEBERGER (1973)⁶ e GILPIN (1987)⁷, que explica que o mundo anárquico precisa de uma liderança hegemônica, um Estado com maior poder militar ou econômico, capaz de influenciar os demais países de acordo com seu próprio interesse. A fim de manter a paz, esses atuariam em cooperação.

Nos anos 1980, a partir dos “acordos cooperativos que surgiam no sistema internacional, principalmente comerciais e econômicos, como o Acordo Geral de Tarifas de Comércio (GATT) e a União Europeia (UE)” (CAMPOS, *et al.*, 2012, p. 9)⁸ surge uma nova teoria que reconhece a existência de Regimes Internacionais, com suas estruturas, regras e procedimentos para a tomada de decisão, permite a cooperação de forma não hegemônica (KEOHANE, 1984)⁹.

A cooperação internacional para KEOHANE (1984)⁹ é “um processo de coordenação de políticas por meio do qual os atores (os Estados) ajustam seu comportamento às preferências reais ou esperadas dos outros”. Esta definição esclarece que, por ser um processo, a cooperação internacional não é um fim em si mesma, ela pressupõe a existência de interesses compartilhados entre os atores, assim como um esforço de articulação política.

A cooperação internacional, denominada por Holsti *apud* AYLLÓN (2007)¹⁰ como a “colaboração internacional”, se caracteriza pela coincidência de interesses, benefício mútuo, existência de acordo tácito ou expresso com a aplicação de regras e a execução do acordo.

A cooperação é, portanto, uma ação que necessita um querer comum entre partes e, para o escopo deste estudo, corresponde a uma ação conjunta entre Estados com problemas semelhantes a serem enfrentados.

A partir da análise de Holsti (1967)¹¹, identificamos quais seriam os elementos que caracterizam uma relação de cooperação internacional:

1. A existência de interesses comuns que possam ser alcançados de maneira conjunta;
2. A expectativa que a atuação do outro (cooperante 1) possa favorecer a obtenção de seus próprios interesses (cooperante 2).

3. A existência de um acordo sobre os aspectos gerais da cooperação ou as ações a serem desenvolvidas;

4. A utilização de regras e modelos pré-estabelecidos para futuros compromissos e ações.

Os acordos de cooperação internacional podem definir o conteúdo, se de caráter geral ou setorial; e o grau de institucionalização a partir de um acordo específico para determinadas atividades ou um tratado em que se estabeleça a cooperação por meio de Organizações Internacionais, a exemplo da ONU, OMS, OIT, OEA ou de blocos regionais como a Unasul.

Desde a compreensão do conceito de KEOHANE de cooperação, os processos de integração funcionariam como estruturas criadas dentro do regime internacional de modo a estabelecer regras e procedimentos para a atuação conjunta e cooperativa dos Estados.

Os processos de integração regional originam-se de diversas motivações, mas independentemente de quais sejam seus impulsos iniciais, consideramos a integração regional como uma forma de cooperação entre Estados, resultante da oportunidade de atuação conjunta frente a problemas e objetivos comuns.

A variedade de interesses e objetivos da integração regional dificulta sua conceituação (GILPIN, 2001)¹². Os conceitos de cooperação podem relacionar-se aos aspectos: jurídico, econômico e político.

Pelo enfoque jurídico, ou grau de inserção no ordenamento interno dos Estados, a integração regional pode dar origem às organizações internacionais baseadas no princípio da cooperação: as organizações com caráter intergovernamental e aquelas com caráter supranacional (VENTURA, 1996)¹³. O primeiro modelo é entendido como uma sociedade entre Estados, constituída por uma permanente cooperação entre seus membros (SEITENFUS, 1999)¹⁴. A organização com caráter supranacional exige a delegação de faculdades constitucionais à órgãos independentes e superiores aos governos (OCAMPO, 2009, p. 128-132)¹⁵. Em ambos os casos as organizações são pessoas jurídicas constituídas voluntariamente:

[Organizações Internacionais são] asociaciones voluntarias de Estados establecidas por acuerdo internacional, dotadas de órganos permanentes, propios e independientes, encargados de

gestionar unos intereses colectivos y capaces de expresar una voluntad jurídicamente distinta de la de sus miembros. (VELASCO, 2003, p. 104-105)¹⁶

Ernst B. Haas traz uma abordagem que engloba a esfera política da integração, e se aproxima da noção jurídica de supranacionalidade:

Um processo através do qual os atores políticos, a partir de diversos enquadramentos nacionais, são persuadidos a transferir as suas lealdades, expectativas e atividades políticas para um novo centro, cujas instituições detêm, ou reclamam, jurisdição sobre os Estados nacionais consolidados. (Haas, 1958 apud DOUGHERTY & PFALTZGRAFF, 2003, p. 648)¹⁷.

A partir da experiência da União Europeia, Balassa (1980)¹⁸ definiu a integração em seu caráter econômico, onde a integração seria o resultado final de um processo de cooperação no campo econômico-político com vistas a eliminar gradualmente barreiras à circulação de bens, serviços e fatores produtivos. O processo de integração econômica estaria completo a partir da progressão de etapas: Área de Livre Comércio (ausência de tarifas ou quotas), União Aduaneira (tarifa externa comum), Mercado Comum (livre circulação de fatores), União Econômica (harmonização de políticas econômicas) e Integração Econômica Total (unificação de políticas e instituições econômicas) (BELASSA, 1980)¹⁸.

A integração não se limita a esfera econômica, ela repercute também na esfera técnico-política. Assuntos comuns aos Estados, como saúde, comunicação, problemas ambientais, entre outros, ensejam a cooperação. Esse processo seria progressivo e garantiria o aumento da confiança entre os Estados, possibilitando a extensão da cooperação para outros setores (GILPIN¹², 2001; DOUGHERTY & PFALTZGRAFF, 2003)¹⁷. Essa dinâmica relaciona-se ao conceito de *spillover*, onde a integração passa de um setor ao outro na medida em que as vantagens passam a ser percebidas. A lógica do *spillover* é que cada passo de integração funcional dispara um processo político que gera demandas por novos passos no processo de integração. (SARFATI, 2006, p. 187)¹⁹

A integração compreende diversas esferas, e não se limita a apenas uma delas. Na verdade, o grau de integração depende dos setores específicos, podendo atingir uma

alta integração jurídica e econômica e uma baixa integração política, por exemplo. Um conceito mais amplo pode ser encontrado em em Lombaerde & Langenhove (2005)²⁰:

Regional Integration (RI) is a worldwide phenomenon of territorial systems that increase the interactions between their components and create new forms of organisation, co-existing with traditional forms of state-led organization at the national level. The processes of regional integration that emerged after World War II, were originally mostly about trade and economics, but it has become clear that, especially since the 1980s, with the so-called 'new regionalism' wave, regional integration can be seen as a multidimensional process that implies, next to economic cooperation, also dimensions of politics, diplomacy, security, culture, etc.

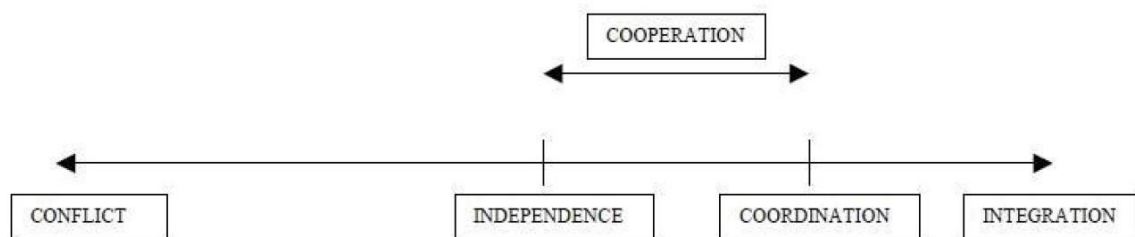
No processo de integração em questão, a Unasul nasce como um processo político, baseada no princípio da cooperação e tendo como objetivos, também, a cooperação técnica e econômica. Questões sanitárias, energéticas, financeiras, de infraestrutura, securitária, possuem propostas e certa institucionalidade, em uma tentativa de incentivar a integração a partir da cooperação entre setores estratégicos.

O Tratado Constitutivo da Unasul definiu que o bloco seria guiado pelos princípios da soberania, integridade e inviolabilidade territorial; autodeterminação dos povos; solidariedade, cooperação, paz, democracia, participação cidadã e pluralismo, direitos humanos universais, indivisíveis e interdependentes, redução das assimetrias e harmonia com a natureza para um desenvolvimento sustentável (UNASUL, 2008)²¹. Esses princípios representam uma plataforma para que o bloco possa atuar de maneira coesa, com uma voz única no cenário internacional.

Diferentemente da União Europeia, no qual houve um encontro de interesses econômicos e políticos no processo originário da integração, a proposta da integração na Unasul é a esfera política. Tendo em vista a natureza complexa dos objetivos e metas de um processo de integração regional, esclarece Gomes (2010)²², pode-se afirmar que, a princípio, apenas a União Européia atingiu um estágio de integração que lhe permite qualificá-la como integração *stricto sensu*. Por outro lado, a Unasul, aproxima-se muito mais de um modelo de caráter cooperativo e consensual, podendo-se, assim, considerá-lo um processo de integração *lato sensu* (Gomes, 2010)²²,

Em suma, os Estados podem se relacionar de maneira conflituosa ou de maneira cooperativa. A integração é a forma mais intensa de cooperação, e pode envolver a definição de políticas comuns. A integração se opõe ao conflito, e a independência seria um estado intermediário no qual não há interações. No estágio seguinte há a coordenação de políticas, antecedendo a integração. (LOMBAERDE & LANGENHOVE, 2005)²⁰. A figura mostra que a integração seria uma consequência do processo positivo de cooperação:

Dobson's "Policy Conflict-Independence-Integration" Spectrum



Fonte: LOMBAERDE & LANGENHOVE, 2005

A cooperação no contexto de blocos regionais facilita a criação de consenso sobre os comportamentos aceitáveis e possibilita o estabelecimento de objetivos comuns entre países e a constituição de normas e estruturas onde possam ser concretizados os acordos.

A expressão jurídica dos blocos regionais ocorre na formalização de seus compromissos comuns. A definição formal dos princípios, dos objetivos, da estrutura e dos mecanismos de funcionamento dos blocos de integração regional é, por si, resultado de uma atividade cooperativa entre os Estados.

A existência de agendas políticas dos blocos de integração regional para a definição de prioridades e estratégias de saúde são resultados de atividades de cooperação internacional.

Os blocos regionais e saúde

Nos últimos anos, tem-se verificado um número crescente de organizações internacionais e regionais paralelas ao Sistema das Nações Unidas. Essas, com mandato dos países membros, têm atuado na cooperação internacional em saúde.

No contexto internacional arranjos políticos, econômicos e blocos de integração regionais têm a saúde em sua agenda de prioridades, tais como União Africana (UA), União Europeia (UE), Comunidade do Caribe (CARICOM), a Associação das Nações do Sudeste Asiático (ASEAN), Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), BRICS.

Na região das Américas verificamos alguns arranjos internacionais (comunidades, mercados comuns, blocos regionais e organizações internacionais) com características e objetivos próprios, mas que abordam a temática da saúde (BOLIS; CAMPOS, 2012). Independentemente das particularidades de cada um, a saúde aparece com prioridade em suas agendas e objetivos:

QUADRO 1: Instituições de Saúde em modelos de integração latino-americanas

Organismo	Países Membros	Instituição para tema de Saúde	Objetivos/competências na área da saúde
CAN (1969)	Bolívia, Colômbia, Equador e Peru	ORAS/CONHU	Dinamizar politicamente a integração e a cooperação em saúde, prioritariamente nas áreas de fronteira
CARICOM (1973)	Antígua e Barbuda, Barbados, Bahamas, Belize, Dominica, Granada, Guiana, Haiti, Jamaica, Montserrat, Santa Lucia, São Cristóvão e Nevis, São Vicente e Granadinas,	Conferência de Ministros de Saúde	Formular as políticas e ações
		CARPHA (2010)	Coordenar esforços e respostas a desastres e implementar políticas de combate a doenças e epidemias, reforçar a luta contra o HIV / SIDA e as doenças crônicas não-transmissíveis

	Suriname, Trinidad e Tobago		
Mercosul (1991)	Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai e Venezuela	Reunião dos Ministros de Saúde do Mercosul	Definir a política e as estratégias de saúde
		SGT 11 Saúde	Harmonizar legislações e coordenar as ações entre os Estados no que diz respeito aos bens, serviços e produtos da área da saúde, vigilância sanitárias, epidemiológica
SICA (1991)	Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá e República Dominicana	COMISCA	Segurança Alimentaria e Nutricional, HIV/Sida, Saúde e Trabalho, Doenças transmitidas por vetores e segurança em saúde
ALBA (2004)	Antígua e Barbuda, Bolívia, Cuba, Dominica, Equador, Nicarágua, São Vicente e Granadinas, Venezuela	ALBAMED (proposta)	Regulação de medicamentos, inspeção, análises laboratoriais, garantir a qualidade, segurança, eficácia e informação sobre medicamentos
		Empresa transnacional distribuidora e comercializadora de produtos farmacêuticos (proposta)	Comercializar medicamentos que privilegiem os sistemas públicos de saúde

Pela explicação de cooperação internacional de KEOHANE (1984), os regimes e instituições internacionais aumentam a possibilidade de cooperação internacional, na medida em que existam interesses mútuos entre os países, porque reduzem as incertezas sobre o comportamento a ser adotado pelos demais e diminuem a assimetria de informações.

A criação de instituições internacionais regionais com competência e mandatos específicos sobre temas de saúde, revela-se como objetivo e ao mesmo tempo resultado da cooperação internacional em prol do direito à saúde.

Na Unasul a institucionalidade da cooperação em saúde pode ser verificada com a criação de órgãos especializados e com funções definidas, tais como: o Conselho de Saúde Sul-Americano, as Redes Estruturantes em Saúde, os Grupos Técnicos e o Instituto Sulamericano de Governo em Saúde (ISAGS).

O Conselho de Saúde Sul-Americano (CSS) foi criado como uma instituição política que permite às autoridades sanitárias dos Estados membros, ministros de saúde, por meio de consenso, adotar resoluções com vistas a atuar frente a desafios comuns.

Os Grupos Técnicos (GTs) são compostos pelos pontos focais a nível ministerial dos doze países das respectivas áreas técnicas relacionadas às áreas de trabalho da Agenda de Saúde.

As Redes de Instituições Estruturantes abrangem instituições nacionais indicadas pelos países (Art. 4, Res. 07/2009, CSS), como estratégia de cooperação para aprimorar a formação dos profissionais de saúde e gerir os conhecimentos que facilitem a tomada de decisões dos gestores dos sistemas de saúde dos países (BUSS e FERREIRA, 2011)²⁵.

As Redes elaboram seus respectivos planos de trabalho com ações e projetos, são elas: Rede dos Institutos Nacionais de Saúde (RINS), Rede de Escolas Técnicas de Saúde da Unasul (RETS), Rede de Institutos e Instituições Nacionais de Câncer RINC)²⁶, Rede de Escolas de Saúde Pública da Unasul (RESP- Unasul)²⁷, Rede de Assessorias de Relações Internacionais e de Cooperação Internacional em Saúde (REDSSUR-ORIS) e a A Rede de Gestão do Risco de Desastres²⁸.

O ISAGS foi criado como organismo intergovernamental vinculado ao CSS e atua como um centro de estudos sobre políticas públicas em saúde de modo a apoiar a governança em saúde entre os países da Unasul.

Além dessas estruturas formais, houve a definição de uma agenda regional de cooperação em saúde, a Agenda Sulamericana de Saúde e seu Plano Quinquenal (2010-2015)²⁹ com a definição de objetivos e áreas prioritárias, voltadas a(o):

- 1) Vigilância e Resposta em Saúde;
- 2) Desenvolvimento de Sistemas Universais de Saúde;
- 3) Acesso Universal a Medicamentos;
- 4) Promoção da Saúde e ação sobre os determinantes da Saúde;
- 5) Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos em Saúde.

Entre as atividades a serem realizadas o Plano estabeleceu: (i) revisar a legislação dos países membros, para verificar se o direito à saúde é efetivo nos ordenamentos nacionais; (ii) formar redes integradas de saúde, baseadas na atenção primária à saúde, (iii) fortalecer a reciprocidade e a complementariedade no que tange os sistemas de saúde dos Estados membros da Unasul, especialmente nas áreas fronteiriças, (iv) elaborar mecanismos para a participação cidadã no processo de produção e serviços de saúde.

A agenda pode ser considerada, antes de mais nada, uma importante carta política de intenções, consensuada entre os Estados. O documento possui um caráter programático, na medida em que prevê uma série de resultados audaciosos, sem, contudo, dispor sobre os mecanismos a serem utilizados para seu efetivo alcance.

As agendas de cooperação internacional, em geral, possuem dificuldades operacionais, quer sejam no âmbito interno dos países, ou decorrentes das próprias confluências e divergências entre as demais agendas (de outros Organismos Regionais, Internacionais; de outras agendas temáticas, como econômicas, fiscais, políticas, etc). Nesse sentido, o Plano Quinquenal e outras Declarações e compromissos políticos internacionais estão sujeitos ao “jogo internacional” de mudanças conjunturais.

Não se pode negar o valor do Plano Quinquenal da Unasul, sob o ponto de vista propulsor de uma estratégia compartilhada de cooperação internacional em prol do fortalecimento do direito à saúde.

A saúde é reconhecida como direito fundamental de forma expressa pela Unasul, que também o inclui como um dos princípios de sua atuação e como sendo um componente vital para o desenvolvimento humano (UNASUL, 2008, Art. 4)³⁰.

Outros princípios de atuação apresentados pelo Conselho de Saúde dizem respeito: (i) ao entendimento da saúde como um importante elemento para impulsionar a integração das nações; (ii) a necessidade de compreender saúde a partir de um conceito maior de proteção social; (iii) a reduzir as assimetrias entre os sistemas de saúde dos Estados; (iv) a promover a responsabilidade e a participação cidadã nos temas de saúde; e (iv) a respeitar a diversidade e interculturalidade e promover a solidariedade nas iniciativas de cooperação em saúde entre os Estados.

Na Unasul também foram adotadas resoluções e declarações do próprio Conselho de Saúde no sentido de impulsionar e fortalecer o direito à saúde, incluindo temas sobre influenza AH1N1, estratégia regional contra a dengue, acesso universal a medicamentos, fortalecimento dos sistemas de saúde³¹, acesso universal à saúde³², alimentação saudável³³ com objetivo de dar diretrizes às políticas de saúde no âmbito regional e influenciar as ações locais, entretanto, observa-se a necessidade de ampliar mecanismos para garantir, no âmbito da Unasul, sua efetiva implementação.

Compliance by national authorities with regional social rules and policies is a key aspect of social policy effectiveness. It does not only entail that countries sign up to regional treaties and protocols that relate to social aspects. It also demands the existence of robust implementation and monitoring mechanisms that are put in place at the national and regional levels to ensure that regional social policies are truly being promoted and implemented (LANGENHOVE; KINGAH, 2014, p.10)³⁴.

Dado o caráter intergovernamental da Unasul, o objetivo de “consolidar a América do Sul como um espaço de integração em saúde” (UNASUL, Art. 5, 2008)³⁰ pode ser considerado um tanto ambicioso. Entre os objetivos específicos, verificamos que em sua maioria tratam de processos contínuos que exigem um forte compromisso

dos países para sua realização e posteriormente implementação interna, como o fortalecimento de instituições de saúde tais como provedoras de serviços de saúde pública, reguladoras, formadoras, etc., a criação de sistemas de informação em saúde compartilhados, o avanço no processo de harmonização e homologação de normas de saúde e a criação de redes temáticas com instituições semelhantes (UNASUL, Art. 6, 2008)³⁰.

O que se tem observado, com as experiências e processos de integração em curso, é que há benefícios na abordagem regional para a saúde pode, tais como: através de ações coordenadas internacionalmente para alcançar os objetivos comuns em uma negociação; compartilhamento de experiência e boas práticas; definição de políticas comuns que envolvam, por exemplo, a harmonização de políticas, estratégias, normas e desenvolvimento de sistemas regulatórios comuns, sistemas de informação e vigilância, laboratórios certificados de uso comum; desenvolvimento de sistemas de alerta precoce de epidemias regionais acoplados à coordenação regional de especialistas para a rápida implantação de áreas afetadas; definição de processos de cooperação técnica entre os países para o desenvolvimento e fortalecimento das capacidades nacionais em diversas áreas; etc.

No que se refere a coordenação das abordagens para as negociações de saúde no âmbito global, por exemplo, uma análise sobre a atuação da Unasul entre 2010 a 2014 nas deliberações durante a Assembleia Mundial da Saúde (AMS), constatou que os países tomaram 26 posicionamentos comuns referentes propostas de Resoluções, o que, segundo Faria *et al.* 2015, p. 920- 934)³⁵; essa atuação contribuiu para o fortalecimento do direito à saúde a partir de um processo de integração regional.

Integração em saúde e participação

Outra questão importante é a consciência de que a integração deve envolver uma preocupação com a participação (HABERMAS, 2012)³⁶.

Para fazer uma abordagem dialógica entre os propósitos dos blocos de integração, e a participação, recorre-se a HABERMAS (2011)³⁷: que prevê a construção de novos espaços sob a perspectiva de ampliação da esfera da influência

da experiência das sociedades democráticas para além das fronteiras nacionais. No entender de HABERMAS tal processo de democratização pode ser reproduzido pelos caminhos de uma política interna voltada para o mundo, ou seja, aberta a uma ordem “jurídica cosmopolita” (HABERMAS, 2003, pp. 37-74), capaz de funcionar “sem a estrutura de um governo mundial” (HABERMAS, 2003, pp. 175-193).

A globalização é um fenômeno que acentua a exclusão tanto entre os países, como no plano interno de cada um deles. Se supusermos que a integração regional é uma forma de o Estado responder aos desafios apresentados por um mundo globalizado, então a integração teria que promover a igualdade como forma de minimizar seus efeitos negativos. Ou seja, o avanço do processo democrático nos blocos regionais seria capaz de gerar políticas que permitissem a uma parcela cada vez mais ampla da população se beneficiar, aumentando assim a confiabilidade dos cidadãos em torno do processo de integração.

A legitimidade da integração exige, portanto, que os destinatários das normas e políticas sintam, também, legisladores, e segundo HABERMAS (2011)³⁶ isso acontece quando eles podem participar dos debates que conduzem a sua formulação.

O Tratado Constitutivo da Unasul, aduz, desde seu preâmbulo¹⁹, como princípios basilares, a necessidade de se fomentar a democracia e participação popular, ressaltando que o exercício da cidadania não deve estar limitado ao espaço nacional ao qual pertence o indivíduo, mas deve ser garantido de forma mais ampla, em todo o âmbito do bloco.

A importância da participação cidadã, nesse contexto, é tamanha que a sua efetivação consta como objetivo geral:

Artigo 2 – Objetivos - A União de Nações Sul-americanas tem como objetivo construir, de maneira participativa e consensuada, um espaço de integração e união no âmbito cultural, social, econômico e político entre seus povos, priorizando o diálogo político, as políticas sociais, a educação, a energia, a infraestrutura, o financiamento e o meio ambiente, entre outros, com vistas a eliminar a desigualdade socioeconômica, alcançar a inclusão social e a participação cidadã, fortalecer a democracia e reduzir as assimetrias no marco do fortalecimento da soberania e independência dos Estados.²¹

E como objetivo específico, a Unasul pretende fortalecer a participação cidadã mediante a utilização de instrumentos de interação e diálogo entre os Estados Membros e a sociedade na formulação das políticas de integração (Unasul, 2008, Art. 3) ²¹.

Além dos dispositivos citados, que, por si só, já seriam suficientes para determinar a obrigatoriedade do incentivo à participação cidadã no processo de integração sul-americana, destacam-se, ainda, os artigos 9 e 18 do Tratado²¹.

O artigo 9, que trata das competências do Conselho de Delegados e Delegadas, inclui a promoção de espaços de diálogo que possibilitem ao povo a participação ativa no processo de integração. Já o artigo 18 determina a criação de canais de informação e consulta popular:

Artigo 18 - Participação Cidadã - Será promovida a participação plena da cidadania no processo de integração e união sul-americanas, por meio do diálogo e da interação ampla, democrática, transparente, pluralista, diversa e independente com os diversos atores sociais, estabelecendo canais efetivos de informação, consulta e seguimento nas diferentes instâncias da UNASUL.

Os Estados Membros e os órgãos da UNASUL gerarão mecanismos e espaços inovadores que incentivem a discussão dos diferentes temas, garantindo que as propostas que tenham sido apresentadas pela cidadania recebam adequada consideração e resposta. ²¹.

Embora se verifique o destaque à criação de mecanismos que possibilitem a participação cidadã, no Tratado Constitutivo da Unasul, não há a indicação de quais seriam esses instrumentos e de como os indivíduos poderiam exercer tal prerrogativa. Encontram-se apenas dispositivos gerais, que determinam aos Estados Membros a criação de mecanismos e a inclusão da população sulamericana nos debates e no processo de integração, entretanto não esclarece como cada Estado e a própria Unasul deverá efetivamente agir nesse sentido.

A ação mais concreta nesse sentido, foi a realização de dois Fóruns de Participação Cidadã da Unasul que reuniram representantes de organizações e movimentos sociais dos países. O Primeiro Fórum foi realizado em agosto de 2014, na Bolívia³⁹ e o Segundo Fórum ocorreu em novembro de 2016, no Equador⁴⁰. Embora o documento de criação do Fórum⁴¹ e as “Diretrizes de Funcionamento do Fórum de Participação Ciudadã”⁴² estimulem a ampla participação, em ambos os fóruns o que se

observou foi a participação reduzida de poucas entidades que culminam em declarações de pouca vinculação ou compromisso dos Estados membros. Verifica-se a necessidade de efetivação dos fundamentos de participação previstos no Tratado da Unasul, mediante a disponibilização de instrumentos com os quais os indivíduos possam interagir, discutir, adquirir e trocar informações, além de expor as suas ideias, construir a concepção do que são as demandas sociais e lutar por respostas efetivas.

Considerações Finais

A construção de políticas sociais regionais entre países funciona como estratégia para se alcançar uma inserção mais justa no mundo e aumenta as possibilidades de se promover o desenvolvimento humano com maior equidade, inclusão e justiça social (DEACON, ORTIZ, & ZELENEV, 2007) ⁴³.

A atuação cooperativa nos blocos regionais tem a possibilidade de ampliar o poder de negociação na aquisição e troca de bens e produtos; compartilhar os riscos e as respostas em caso de emergências internacionais; criar capacitações e centros de pesquisa regionais, contribuindo para o fortalecimento do direito saúde a partir de um novo modelo de governança.

O fortalecimento do direito à saúde ocorre na medida em que há o reconhecimento formal desse direito em documentos emitidos pelos Estados, com a criação de instituições para atuar em prol desse direito e com a definição de propostas de ações construídas de maneira participativa.

Nesse sentido, a experiência da Unasul, entendida como bloco regional de cooperação fortalece o direito à saúde, pois verificamos:

A saúde como um direito fundamental é reconhecida formalmente pela Decisão dos Chefes de Estados que cria o Conselho de Saúde Sulamericano e é reafirmada nas demais resoluções emitidas pelos ministros de saúde.

A existência de um quadro de instituições próprias e mecanismos de articulação de instituições nacionais que definem políticas e ações de cooperação em saúde de maneira compartilhada: tais como o Conselho Ministerial de Saúde, a Redes Estruturantes, os Grupos Técnicos temáticos, além do ISAGS como uma instituição permanente.

Entretanto, ainda é preciso avançar no que diz respeito a participação social na definição de ações que influem nesse direito. A Unasul, tem como objetivo geral a construção de um espaço de integração no âmbito social de maneira participativa e consensuada, ainda inclui a necessidade de promoção de espaços de diálogo os que possibilitem ao povo a participação ativa na definição das políticas do bloco, e ainda, como objetivo específico promover a participação cidadana nos temas de saúde.

A realização dos objetivos da Unasul, dentre os quais a diminuição das desigualdades sociais que envolve diretamente diversos setores da sociedade civil, é imprescindível a garantia de participação dos indivíduos nos processos de tomada de decisões, de acompanhamento das ações em matéria de saúde. Dessa forma, a construção das políticas de cooperação em saúde, assim como de outras políticas regionais do bloco precisam ser mais democráticas, impondo-se a abertura de espaços aptos a promoção da participação cidadã.

No modelo atual de representatividade a participação dos cidadãos na esfera internacional não pode ficar limitada ao processo democrático instituído nas eleições de seus representantes nacionais (congressistas e chefes dos poderes do Executivo). É importante que a integração garanta a liberdade e a participação dos cidadãos da comunidade, inclusive dentro da própria estrutura institucional do processo integrativo.

Referências

Santana JP. Cooperação Sul-sul na área da saúde: dimensões Bioéticas [Tese de doutorado]. [Brasília]: Universidade de Brasília; 2012.

² Ferreira ABH. Dicionário Aurélio de língua portuguesa. Curitiba: Positivo; 2010. Cooperação; p. 570.

³ Oxford University Press. English: Oxford Living Dictionaries [Internet]. c2015 [citado em 2015 nov. 20]. Disponível em: <http://www.oxforddictionaries.com/us/>. Acesso em: 20 nov. 2015. [No original: “the action or process os working together to the same end”.]

⁴ Longman Group. Longman dictionary of contemporany English. 2 ed. United Kindon: Longman Group; 1987. p. 227. [No original: “co-operate - to work together for a shared purpose”.]

⁵ El Pequeño Larousse ilustrado. Barcelona: Larousse; 2000. [No original: “3 Política de entendimento entre dos estados”].

- ⁶ KINDLEBERGER C. The world in depression: 1929-39. Berkeley: University of California Press; 1973, p. 304.
- ⁷ GILPIN R. The political economy of the international relations. Princeton: Princeton University Press; 1987, p. 88.
- ⁸ CAMPOS RP, Lima JBB, González MJF. Questões conceituais e metodológicas sobre os estudos da cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional. Boletim de Economia e Política Internacional [Internet]. 2012 jul/set. [citado em 27 nov. 2015]; (11):7-19. Disponível em:
http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/boletim_internacional/121005_boletim_internacional011.pdf
- ⁹ KEOHANE RO. After Hegemony: cooperation and discord in the world political economy. N.J: Princeton University Library; 1984. 303 p.
- ¹⁰ AYLLÓN B. La cooperación internacional para el desarrollo: fundamentos y justificaciones en la perspectiva de la teoría de las relaciones internacionales. Carta Internacional. out. 2007; 2(2):32-47.
- ¹¹ Holsti KJ. International Politics: a framework for analysis. 3 ed. Englewood Cliffs, N.J: Princeton University Library; 1967, 494 p.
- ¹² GILPIN R. Global Political Economy: understanding the international economic order. Princeton: Princeton University Press; 2011
- ¹³ Ventura D. A ordem jurídica do Mercosul. Série integração Latino-americana. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 1996.
- ¹⁴ Seitenfus RAS, Ventura DFL. Introdução ao direito internacional público. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 1999.
- ¹⁵ Ocampo JA, Uthoff A. Retomar la agenda del desarrollo, en VVAA, América Latina XXI: ¿Avanzará o retrocederá la pobreza?, México; 2002, p. 67-93.
- ¹⁶ Velasco MD. Las Organizaciones Internacionales. 13 ed. Madrid: Tecnos; 2003. 952 p.
- ¹⁷ Dougherty JE, Pfaltzgarff Junior RL. Relações Internacionais: as teorias em confronto. Lisboa: Gradiva; 2003.
- ¹⁸ Balassa B. Teoria de la integración económica. México, DF: Uteha; 1980.
- ¹⁹ Sarfati G. Teorias de Relações Internacionais. São Paulo: Saraiva; 2006
- ²⁰ De Lombaerde P, Van Langenhove L. Indicators of regional integration: methodological issues. IIS Discussion Paper No. 64 [Internet]. 2005 mar. [citado em 27 nov 2015]. Disponível em: <https://ssrn.com/abstract=739711>
- ²¹ União de Nações Sul-Americanas. Tratado Constitutivo da União de Nações Sul-Americanas, de 23 de maio de 2008 [Internet]. Brasília: Unasul; 2008. [acesso em 26 nov 2017] Disponível em:

http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_integracao/docs_UNASUL/TRAT_CONST_PORT.pdf

²² Gomes EB. Blocos económicos: solução de controvérsias. 3.ed. Curitiba: Juruá; 2010.

²³ Associação das Nações do Sudeste Asiático. Asean sectoral integration protocol for healthcare [Internet]. Vietiane: ASEAN; 2004 [citado em 23 nov 2015]. Acesso em: <http://agreement.asean.org/media/download/20140119112030.pdf>

²⁴ Bolis M, CAMPOS RF. América latina: espacios de avance em torno al derecho a la salud. In: Delduque MC, et al, Organizadores. El derecho desde la calle: introducción crítica al derecho a la salud. Brasília: Fundação Universidade de Brasília-CEAD; 2012. p. 97 -106.

²⁵ Buss PM, Ferreira JR. Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul: a contribuição da Unasul-Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2011;16(6):2699-2711.

²⁶ Union de Naciones Suramericanas. Resolución nº 4, de 2011 [Internet]. [Reconocer la Red de Institutos Nacionales de Cáncer de UNASUR (RINC/UNASUR)]. [acceso em 24 nov 2015] Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/internacional/red_institutos_nacionales_cancer

²⁷ Union de Naciones Suramericanas. Resolución nº 06, de 2012 [Internet]. Se resuelve elevar para su aprobación por el Consejo de Jefas y Jefes de Estado y de Gobierno de UNASUR, la creación de la red de escuelas de salud pública (RESP), [acceso em 24 nov 2015] Disponível em: http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_integracao/docs_UNASUL/RES06.2012.pdf

²⁸ Union de Naciones Suramericanas. Resolución nº 4, de 20 de abril de 2012 [Internet]. El Consejo de Salud Sudamericano, resuelve establecer una Red de Gestión del Riesgo de Desastres. [acceso em 24 nov 2015] Disponível em: https://repo.unasursg.org/alfresco/service/unasursg/documents/content/RESOLUCION_04_2012__RED_DE_GESTION_DE_RIESGOS_Y_MITIGACION_DE_DESASTRES.pdf?node_ref=bdc26de-806f-48ac-85f2-4b1232a89385

²⁹ Unión de Naciones Suramericanas, Consejo de Salud Suramericano. Plan Quinquenal 2010-2015 [Internet]. Comité Coordinador al Consejo de Salud Suramericano; 2010. [acceso em: 23 nov 2017] Disponível em: [http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/1/bb\[67\]ling\[1\]anx\[145\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/1/bb[67]ling[1]anx[145].pdf)

³⁰ Unión de Naciones Suramericanas. Decisión para el establecimiento del Consejo de Salud Suramericano de la UNASUR, de 2008 [internet]. Créase el Consejo de Salud Suramericano (UNASUR Salud) como una instancia permanente. [acceso em: 20 nov 2017]. Disponível em: http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_integracao/docs_UNASUL/DEC.2008.CSS.PDF

³¹ Unión de Naciones Suramericanas. Resolución nº 09, de 07 de dezembro de 2011 [Internet]. El Consejo de Salud Suramericano declara sobre el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud. [acceso em 23 nov 2017] Disponível em: https://repo.unasursg.org/alfresco/service/unasursg/documents/content/RESOLUCION_No_09_2011__DECLARACION_SOBRE_EL_FORTALECIMIENTO_DE_LOS_SISTEMAS_DE_NACIONALES_DE_SALUD.pdf?noderef=9a42af0d-61b9-48ee-a155-ec9bbd0a67eb

³² República Bolivariana de Venezuela, Unión de Naciones Suramericanas. Declaración sobre el reconocimiento del acceso universal a la salud, de 31 de marzo de 2017 [Internet]. El Consejo de Salud Suramericano declara sobre el acceso universal a la salud. [acceso em 23 nov 2017] Disponível em: https://repo.unasursg.org/alfresco/service/unasursg/documents/content/DECLARACION_SOBRE_EL_RECONOCIMIENTO_DEL_ACCESO_UNIVERSAL_A_LA_SALUD.pdf?noderef=7fb45eb0-7f1b-46bd-b5b0-91d2282ac489

³³ Unión de Naciones Suramericanas. Declaración nº 5, de 2017 [Internet]. El Consejo de Salud Suramericano declara sobre fortalecimiento de las políticas de alimentación saludable [acceso em 23 nov 2017] Disponível em: https://repo.unasursg.org/alfresco/service/unasursg/documents/content/UNASUR_CSS_DECLARACION_No_05_2017__SOBRE_ETIQUETADO_DE_ALIMENTOS.pdf?noderef=242c2bc5-1193-459f-8615-e640fe04d181

³⁴ Langenhove LV, Kingah S. Conditions for Effective Regional Social (Health) Policies: the EU and Unasur Compared. UNU-CRIS Working Papers [Internet]. 2014. acesso em: 27 dez 2016] Disponível em: <http://cris.unu.edu/sites/cris.unu.edu/files/W-2014-3.pdf>

³⁵ Faria M, Giovanella L, Bermudez L. A Unasul na Assembleia Mundial da Saúde: posicionamentos comuns do Conselho de Saúde Sul-Americano. Saúde em Debate [Internet]. Out-dez 2015;39(107):920:34. [acesso em: 24 nov. 2017] Disponível em: http://www.saudeemdebate.org.br/UserFiles_Padrao/File/SDv39n107.pdf

³⁶ HABERMAS J. Sobre a constituição da Europa. São Paulo: Editora Unesp; 2011. 159 p.

³⁷ HABERMAS J. Direito e democracia: entre facticidade e validade: volume II. 2. ed. Siebeneichler FB, tradução. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2011

³⁸ Garcia ML. Direitos fundamentais e transnacionalidade: um estudo preliminar. In: Cruz PM. Direito e Transnacionalidade. Curitiba: Juruá; 2011,

³⁹ Unión de Naciones Suramericanas. Acta del primer foro de participación ciudadana en la integración regional – UNASUR, de 13 al 15 de agosto de 2014 [Internet]. Bolívia: UNASUR [acceso em: 10 nov 2015] Disponível em: https://repo.unasursg.org/alfresco/service/unasursg/documents/content/PRIMER_FORO_DE_PARTICIPACION_CIUDADANA_EN_LA_INTEGRACION_REGIONAL_UNASUR.pdf?noderef=c2798625-c8ba-4b55-8a5b-fe5a5d0526fa

⁴⁰ Unión de Naciones Suramericanas. Documentos do Segundo Foro de Participación Ciudadana de UNASUR, de 17 e 18 de novembro de 2016 [Internet]. Equador: UNASUR [acceso em: 02 fev 2018] Disponível em: https://repo.unasursg.org/alfresco/service/unasursg/documents/content/SEGUNDO_FORO_DE_PARTICIPACION_CIUDADANA_DE_UNASUR.pdf?noderef=6f5aa103-20e1-4799-bede-cfa96a06033c

⁴¹ Unión de Naciones Suramericanas. Decisión nº 7 de 2012 [Internet]. El consejo de jefas y jefes de estado y de gobierno, decide crear un foro de participacion ciudadana de UNASUR. UNASUR [acceso em: 02 fev 2018] Disponível em: http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_integracao/docs_UNASUL/DEC07.2012.pdf

⁴² Unión de Naciones Suramericanas. Resolución n° 7 de 29 de agosto de 2013 [Internet]. Resolución dos Chefes de Estado que aprueba las directrices para el funcionamiento del foro de participación ciudadana. [acceso em 28 nov 2015]. Disponível em: https://repo.unasursg.org/alfresco/service/unasursg/documents/content/UNASUR_CMRE_RESOLUCION_No_07_2013_POR_LA_CUAL_SE_ELEVA_PARA_LA_APROBACION_DEL_CONSEJO_DE_JEFAS_Y_JEFES_DE_ESTADO_Y_DE_GOBIERNO_DE_LA_DE_CISION_QUE_APRUEBA_LAS_DIRECTRICES_PARA_EL_FUNCIONAMIENTO_DEL_FORO_DE_PARTICIPACION_CIUDADANA.pdf?noderef=a59dd4b4-9ce9-485b-8df5-19b2e583e737

⁴³ Deacon B, Ortiz I, Zelenev S. The Concept of Regional Social Policy. In: DESA Working Paper No. 37, ST/ESA/2007/DWP/37, June 2007.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema saúde está cada vez mais presente na agenda internacional, seja como objeto da política externa dos países, ou pela influência de questões internacionais como a segurança, o comércio e o desenvolvimento sobre os problemas de saúde.

Existe uma variedade de atores e interesses que influenciam a construção de normas e políticas internacionais de saúde. Inclusive de organizações internacionais (dos blocos regionais ou do Sistema ONU) que compartilham autoridade legislativa sobre saúde, e outros atores (instituições privadas) que influem no processo legislativo internacional da saúde.

O termo saúde global se relaciona (i) a participação de atores, além dos Estados, na elaboração de normas internacionais que impactam na saúde; e (ii) a compreensão de que os problemas de saúde se relacionam a aspectos sociais, políticos e econômicos.

Uma maior participação da sociedade nas discussões de interesse à saúde poderia contribuir para uma ação mais coerente dos Estados, fortalecendo-os frente aos lobbies e interesses emanados por atores adversos.

A importância da saúde nas relações internacionais é percebida, também, com a inclusão do tema com aspectos sociais na agenda dos blocos de integração regional, e o estabelecimento de instituições e mecanismos para operacionalizá-lo.

Os processos de integração regional funcionam como mecanismos de cooperação internacional que podem melhorar a capacidade dos países na resolução

de problemas de saúde comuns. Para que as políticas regionais de saúde surtam efeito devem ser considerados:

- (i) O conjunto de regras e políticas contidas nos Tratados, Protocolos, Resoluções, Declarações, etc. incluindo o reconhecimento da saúde como um direito, a definição de competências e instituições para atuar nos temas de saúde nesses blocos;
- (ii) A participação cidadã na definição e acompanhamento dessas políticas.

No que se refere a União das Nações Sul-americanas (Unasul), identificou-se importantes aspectos que se configuram potencialidades para o fortalecimento do direito. Verificou-se o reconhecimento e a reafirmação da saúde como um direito em seus documentos constitutivos e em outras decisões e resoluções emitidas pelos chefes de Governo e Estado ou ministros de saúde do bloco.

A Unasul é bastante inovadora ao estabelecer como um de seus objetivos de cooperação o compromisso de construção de um espaço de integração em saúde.

Assim, em sua arquitetura, foram definidas instituições, arranjos e estratégias próprias para a construção das políticas de saúde na Unasul, tais como o Conselho de ministros de saúde, as redes de instituições de saúde, e o Instituto Sulamericano de Governo em Saúde (ISAGS).

Quanto a possibilidade de participação dos cidadãos dos países da Unasul na definição das políticas de saúde, verificou-se que a democracia sanitária se encontra prevista como um princípio que deve servir para conduzir a adoção das políticas de saúde nesse bloco.

Embora identificadas potencialidades da Unasul para o fortalecimento do direito a saúde na região, verifica-se, ainda, certa fragilidade dos mecanismos que

permitam a participação dos principais interessados nas decisões tomadas nesse bloco.

A Unasul, embora seja considerada uma experiência de integração inovadora por estabelecer uma comunicação entre os setores social, cultural, político e ambiental que ultrapasse a preocupação econômica e os benefícios aduaneiros; uma experiência que exalte o fortalecimento da democracia no Tratado Constitutivo e apresente como fundamento e objetivos geral e específico o fomento à participação cidadã, falha ao não proporcionar amplos espaços de manifestação popular e não garantir representação da sociedade civil organizada nos Conselhos permanentes, Grupos de Trabalho e órgãos oficiais.

Ainda não foram incorporados, nos órgãos e nem nos Conselhos permanentes da Unasul, mecanismos para a manifestação da sociedade civil organizada, participação de representantes de grupos relacionados às matérias dos respectivos Conselhos ou Grupos de Trabalho, nem mesmo a utilização de fóruns, ou outros espaços para que o cidadão exponha suas ideias e proponha ações.

Não há a previsão de audiências públicas, fóruns para debates, plebiscitos, referendos ou meios de comunicação entre os órgãos da Unasul e os cidadãos dos países-membros da Unasul. O objetivo de se constituir uma cidadania sul-americana (Art. 3, i, Tratado Constitutivo) parece estar longe de qualquer realidade, uma vez que a população mantém-se à margem do processo decisório e do desenvolvimento do bloco, não podendo contribuir para a transformação da realidade social. Não há espaços para divulgação de informações e ideias, discussões e manifestações. Enquanto isso, os Estados Membros continuam a negociar e a tomar decisões sem ouvir os que serão diretamente atingidos por esses atos.

A participação cidadã deve ser garantida de forma ampla, através de diálogos e da interação entre os diversos atores sociais. Afirma-se que “essa relação com os atores sociais deve ser democrática, transparente, pluralista e reconhecer a independência das diversas instancias da sociedade civil.”¹⁷¹ (SOLÓN, 2008, p. 17, *tradução livre*).

Certo é que o destaque à participação cidadã no Tratado Constitutivo da Unasul é um avanço importante no processo de integração latino-americana, entretanto muito ainda há de ser realizado. A democracia participativa, nesse sentido, é imprescindível em qualquer discussão acerca do desenvolvimento social, não sendo possível admitir o progresso em detrimento do direito de voz do cidadão.

A discussão sobre novas formas de participação e sobre a governança da saúde global ganharam impulso com a reforma da OMS, em 2011. Compreendeu objetivos amplos de reforma programática, de governança e de gestão. Na área da governança, os principais pontos dizem respeito a aumentar o nível de colaboração com outros atores que influenciem a política de saúde global e garantir que a OMS exerça o papel de autoridade de direção e coordenação da saúde global, incluindo a definição e os termos de uma proposta de quadro de colaboração da OMS com agentes não estatais. Entretanto, esse processo ganhou críticas ao levantar a possível inclinação da OMS a um processo de privatização (DINIZ, 2016).

A proposta do Quadro de Colaboração com Agentes não Estatais (Fensa) da OMS foi aprovado em maio de 2016, trouxe a definição das categorias de atores não estatais – organizações não governamentais, entidades do setor privado, fundações

¹⁷¹ “esta relación con los actores sociales debe ser democrática, transparente, pluralista y reconocer la independencia de las diversas instancias de la sociedad civil.”

filantrópicas e instituições acadêmicas – e as regras para a colaboração com cada uma delas, e a criação de um sistema *on line* para que o ator não estatal postule sua colaboração com a OMS, de forma menos burocrática e mais transparente. O quadro não modificou as formas de participação nos espaços decisórios da OMS, não alterando a responsabilidade do Estado em sua governança.

Ante a preocupação quanto aos interesses privados na governança da saúde global é preciso repensar as formas e possibilidades de participação democrática dos cidadãos na governança global. Governança global se difere da governança nacional em um aspecto crítico: não há governo a nível mundial. Populações são organizadas em Estados soberanos, mas não há autoridade política hierárquica ou governo mundial que tenha jurisdição sobre esses Estados. Assim, as decisões nas arenas internacionais, a partir de consensos entre os Estados que representam sua população, se dão de forma democrática – democrática ao entender que cada Estado tem direito a um voto e que, via de regra, votos de diferentes países têm o mesmo peso.¹⁷² Entretanto, discutimos, a partir da teoria da democracia participativa, a legitimidade dessas decisões a nível internacional.

A teoria de Habermas contribui para o estabelecimento de uma governança democrática da saúde, para a legitimação das normas legais e para a efetiva participação popular ao postular pela necessidade de estabelecer espaços de deliberação, no nosso entendimento, a nível global.

¹⁷² A exceção é o Conselho de Segurança da ONU, em que o sistema de votação dá maior peso aos cinco membros permanentes: China, Estados Unidos, Rússia, França e Reino Unido. Qualquer um deles pode bloquear uma proposta com a apresentação de um voto negativo, mesmo que os outros quatro membros permanentes e os dez membros não permanentes tenham votado a favor. Chama-se a essa situação de poder de veto.

A construção de espaços globais de debate e tomada de decisões entre os cidadãos do mundo através de uma democracia cosmopolita (DAHL, 1994; HELD, 1999; ARCHIBUGI, 2008), pode ser interpretada como algo utópico, tendo em vista a existência ampliada das desigualdades entre os países, dentro deles e conseqüentemente entre os sujeitos individuais de suas populações.

Desigualdades aqui são entendidas como as mais variadas diferenças entre os regimes políticos, sistemas econômicos, sociais, culturais, geográficas, experiências históricas, cognitivas etc., que não são necessariamente excludentes; a multiplicidade cultural, por exemplo é fundamental para a construção de uma verdadeira comunidade global.

Os críticos a essa proposta apontam que as desigualdades impediriam a efetiva participação desses sujeitos; e que a complexidade do mundo contemporâneo impediria a definição de consensos globais pelos próprios cidadãos. Nesse sentido, a participação transnacional através de uma sociedade civil internacional, que conviveria com os Estados, merece atenção sobre “Quem são os constituintes da sociedade civil internacional? Como sua atuação pode ser considerada legítima? A quem remete sua representação?” (VILLA e TOSTES, 2006, p. 96), ou de forma mais enfática: “Onde está a fiscalização do governo? A quem as ONG prestam contas? Às pessoas e governo do país em que servem ou às pessoas que providenciam os fundos?” (WHO, 2012, tradução nossa).¹⁷³

A proposta da comissão *The Lancet* sobre governança global para a saúde (OTTERSEN, 2014) de criação de uma plataforma mundial para debate entre os atores

¹⁷³. “Where is government oversight? To whom are NGOs accountable? To the people and government in the country where they serve or to the people who provide the funds?”

da saúde global mantém o grau de representatividade que precisamos superar, pois não garante a participação da população além dos grupos representados por ONGs, e ainda, integra na participação os representantes de interesses, que podem ser conflituosos com a saúde pública, evocando as mesmas questões anteriores.

Dessa forma, uma possibilidade mais plausível, seria a inclusão das pautas de saúde global nos espaços de participação e deliberação, isto é, nos instrumentos de democracia sanitária já existentes no contexto nacional, tais como conselhos, conferências, câmaras técnicas, etc. Seria necessário, ainda, uma ampliação e aprimoramento desses espaços, de forma a garantir o exercício de democracia participativa pelos cidadãos de forma direta.

O fortalecimento desses espaços implicaria, também, no comprometimento do Estado para com os efeitos das decisões tomadas que repercutiriam além da esfera nacional. As deliberações nesses espaços seriam vinculantes à atuação do Estado no contexto internacional.

Outra possibilidade seria ampliar regionalmente tais institutos, a exemplo dos, ainda que poucos, espaços deliberativos que existem na União Europeia, onde a população do bloco é chamada a participar e deliberar sobre processos e questões relacionados a saúde, a exemplo das consultas públicas da Direção Geral de Saúde da Comissão Europeia¹⁷⁴, da Agência Europeia de Medicamentos (EMA)¹⁷⁵, da Autoridade Europeia para Segurança Alimentar (EFSA)¹⁷⁶. Mecanismos inicialmente de caráter consultivo deveriam ser lançados à população de outros blocos regionais.

¹⁷⁴. Disponível em: <<https://goo.gl/ER9k9G>>.

¹⁷⁵. Disponível em: <<https://goo.gl/r3gTO2>>.

¹⁷⁶. Disponível em: <<https://goo.gl/p4qYbK>>.

Para se construir a governança democrática da saúde global, é preciso fortalecer e fundamentar a atuação do Estado na governança global da saúde a partir de novos canais formais de comunicação com a sociedade, como forma de realizar a democracia participativa das decisões nas arenas internacionais.

Nesse sentido, a Unasul tem a tarefa de reforçar a democracia buscando incentivá-la como o regime comum para garantir o processo de integração pleno e participativo. Somente através da participação ativa da sociedade no processo democrático e da integração serão possíveis a garantia e o exercício dos direitos e objetivos previstos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AITH, F. M. A. **Teoria geral do direito sanitário brasileiro**. 2006. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

_____. **Curso de Direito Sanitário: A Proteção do Direito à Saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

_____. **Direito à saúde e democracia sanitária: soberania popular e participação nas decisões estatais de saúde**. São Paulo: USP, 2015.

_____. **Direito à saúde e democracia sanitária: experiências brasileiras**. **Revista de Direito Sanitário**, v. 15, n. 3, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/aGXEuX>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

_____. **Direito à saúde e democracia sanitaria**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ALLEYNE, G. A. O. **A saúde pública internacional e global: Governança e questões éticas**. 2007. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1555-8746/2007/vn4/a43-63-1.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2016

AMADOR, E. A. El Nuevo rostro de la cooperación técnica entre países en desarrollo (CTPD) y las nuevas tendencias internacionales. **Rev. Ciencias Sociales** 2001;1(94):169-188.

ARCHIBUGI, D. **The global Commonwealth of Citizens**. New Jersey: Princeton University, 2008. 298 p.

AVRITZER, L. **Teoria democrática e deliberação pública**. São Paulo, **Lua Nova**, n. 50, p.25-46, 2000. Disponível em: <<https://goo.gl/qgRS76>>. Acesso em: 20 set. 2016.

AXELROD, R.; KEOHANE, R. O. Achieving Cooperation under Anarchy: Strategies and Institutions. **World Politics**, v. 38, no. 1, p.226–254, 1985.

AYLLÓN, B. La cooperacion Internacional para el desarrollo: fundamentos y justificaciones en la perspectiva de las relaciones internacionales. **Carta internacional**, v. 2, n. 2, p. 25, out 2007.

BARBÉ, E. **Relaciones Internacionales**. Madrid, Tecnos, 2003, pp. 131-133.

BÉLANGER, M. **Introduction à un droit mondial de la santé**. Paris: Editions Des Archives Contemporaines, 2009.

_____. **Global Health Law: an introduction**. Cambridge: Cambridge Scientific Publishers, 2011. 157 p.

_____. **Éléments de doctrine en droit international de la santé** (écrits 1981-2011). Bordeaux: les Études hospitalières, 2012.

BERLINGUER, G. Globalização e saúde global. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 35, n. 13, p.21-38, 1999. Disponível em: <<https://goo.gl/jpXULp>>. Acesso em: 20 set. 2016.

BIRN, A-E. Philanthrocapitalism, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/global health agenda. **Hypothesis**, Toronto, v. 12, n. 1, p. 1-27, 1 nov. 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/s95u3t>>. Acesso em: 20 set. 2016.

BISHOP, M. **O filantropocapitalismo torna-se global**. AndreySgorla, 28 out. 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/oBZ0zg>>. Acesso em: 20 set. 2016.

BISHOP, M.; GREEN, M. **Philanthrocapitalism: how the rich can save the world**. [s.l.]: Bloomsbury Press, 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/Iw8e6j>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

BOLIS, M; CAMPOS, RF. América latina: espacios de avance em torno al derecho a la salud. In: Delduque MC, et al, Organizadores. **El derecho desde la calle: introducción crítica al derecho a la salud**. Brasília: Fundação Universidade de Brasília-CEAD; 2012. p. 97 -106

BOLIVIA. **Constitución política del estado de Plurinacional de Bolivia (2009)**. Disponível em: <http://www.harmonywithnatureun.org/content/documents/159Bolivia%20Consitucion.pdf> Acesso em: 20 out. 2016.

BOUDREAU, F. G. International Health. **Am J Public Health Nations Health**, Chicago, v. 19, n. 8, p. 863-879, ago. 1929.

_____. International health work. In: DAVIS, H. E. **Pioneers in world order: an American appraisal of the League of Nations**. New York: Columbia University Press, 1944. p. 193-207.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1998**. Brasília: Congresso Nacional, 1998. Disponível em: <<https://goo.gl/2oYQHw>>. Acesso em: 20 set. 2016.

_____. **Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006**. Promulga a Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de

2003. Diário Oficial, Brasília, 2 jan. 2006. Disponível em: <<https://goo.gl/xzgRFI>>. Acesso em: 6 jun. 2016.

_____. **Decreto nº 8.744, de 5 de maio de 2016.** Assunção, 2016. Promulga o Acordo de Sede entre a República Federativa do Brasil e a União de Nações Sul-Americanas - UNASUL para o Funcionamento do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde - ISAGS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8744.htm>. Acesso em: 16 jan 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 07, de 2012. Aprova lista de profissões de saúde que são reconhecidas por todos os Estados Partes no Mercosul. Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Fundação Alexandre Gusmão. **Comunidade Sul-Americana de Nações: documentos.** Brasília: Fundação Alexandre Gusmão, 2005.

BRASIL. Ministerio de Salud de Brasil. Gabinete del Ministro. Coordinación Nacional del SGT N.º 11 “Salud” MERCOSUR. **Metodología de Trabajo para el SGT N.º 11 “Salud”/MERCOSUR.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 31 p.

BRICEÑO-RUIZ, J. **From the South American free trade area to the union of South American Nations:** the transformations of a rising regional process. Latin American Policy, v.1, n.2, p. 208-29, (2010).

BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 623-647, set. 2006. Disponível em: <<https://goo.gl/rt5Q5Y>>. Acesso em: 20 set. 2016.

BUSS, P.M; FERREIRA, J.R. **Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul:** a contribuição da Unasul-Saúde. Cienc. Saúde Colet. v.16, n. 6, p. 2699-2711, 2011.

BUSTAMANTE, M. **Reformas del sector salud en el camino de la integración:** aprendizaje y perspectivas. In: Seminario internacional. Memoria. 2004, Lima. Anais... Lima:ORAS-CONHU, 2004. p. 260-269.

CALDUCH, R. **Relaciones Internacionales.** Madrid: Ediciones Ciencias Sociales. 1991, p. 4 .

CAMPOS, C. de. O sanitarista, a cidade e o território: a trajetória de Geraldo Horácio de Paula Souza em São Paulo 1922-1927. **Pós. Rev. Programa Pós-grad. Arquit. Urban. Fauusp**, São Paulo, v. 11, p. 74-89, 20 jun. 2002. Disponível em: <<https://goo.gl/xOChX8>>. Acesso em: 20 set. 2016.

CAMPOS, R. P.; LIMA, J.B.B.; GONZALÉZ, M.J.F. Questões conceituais e metodológicas sobre os estudos da cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional. **Boletim de Economia e Política Internacional**, Brasília, n. 11, jul/set. 2012.

CARR, Edward. **Vinte anos de crise: 1919-1939**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1946.

CHAN, M. **Public health in the 21st century: optimism in the midst of unprecedented challenges**. 2007. (Discurso). Disponível em: <<https://goo.gl/UpJTzh>>. Acesso em: 20 set. 2016.

CHEN, Lincln C.; EVANS, Tim G., CASH, Richard A. S Saúde como um bem público global. In: KAUL, Inge, GRUNBERG, Isabelle; STERN, Marc A. **Bens Públicos Globais: Cooperação Internacional no século XXI**. São Paulo: Editora Record, 2012.

COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS SOCIALES Y CULTURALES. **Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos: observaciones generales o recomendaciones generales**. Washington: Onu, 2004. 398 p. Disponível em: <<https://goo.gl/r8SVMv>>. Acesso em: 20 set. 2016.

COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS SOCIALES Y CULTURALES. **Observación general n. 14, 2000. Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**. Disponível em: . Acesso em: 23 jan. 2009.

COMUNIDAD ANDINA. Secretaria general. **Hacia la comunidad sudamericana de naciones: elementos para un plan de trabajo**. Documentos de trabajo. Comunidad Andina, 2005. 16 p.

COMPARATO, Fábio Konder. Prefácio. In: RAMOS, André de Carvalho. **Teoria Geral dos Direitos Humanos na Ordem Internacional**. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.

_____. **A Afirmación Histórica dos Direitos Humanos**. 2. ed., rev. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2001.

CORPORACIÓN Latinobarómetro. **Informe latinobarómetro 2005: 1995 – 2005: diez años de opinión pública 176.554 entrevistas 10 mediciones em 18 países**. Santiago: Corporación latinobarómetro, 2005.

COSTA, EA. Vigilância Sanitária e Proteção da Saúde. In: ARANHA, MI (Org.) **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília : Ministério da Saúde, 2003.

CUETO, M. **El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la salud**. Washington: Organización Panamericana de La Salud, 2004. 211 p.

DALLARI, D. de A. **Elementos de teoria geral do Estado**. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

DALLARI, S. G. **O direito à saúde**. Rev. Saúde Pública [recurso eletrônico]. v. 22, n.1, pp.57-63, 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101988000100008>. Acesso em: 20 set 2016.

DALLARI, S. G.; NUNES JÚNIOR, V. S. **Direito Sanitário**. São Paulo: Verbatim, 2010. 256 p.

DAHL, R. A. A democratic dilemma: system effectiveness versus citizen participation. **Political Science Quartely**, v. 109, n. 1, p. 23-34, 1994.

DE LOMBAERDE, Philippe; VAN LANGENHOVE, Luk. **Indicators of Regional Integration: Methodological Issues**. IIS Discussion Paper No. 64, 2013

DEACON, B; ORTIZ, I; ZELENEV, S. The Concept of Regional Social Policy. In: DESA. **Working Paper No. 37, ST/ESA/2007/DWP/37**, June 2007.

DINIZ, M. G. A. **Democracia sanitária e participação social na Organização Mundial de Saúde**: das organizações não governamentais aos atores não estatais. 2016. 148 f. Tese (Doutorado) – Curso de Direito, Universidade São Paulo, São Paulo, 2016.

DOUGHERTY, J.E, PFALTZGARFF JUNIOR, R.L. **Relações Internacionais**: as teorias em confronto. Lisboa: Gradiva, 2003.

DUBIN, M. D. The League of Nations Health Organization. In: WEINDLING, P. **International health organizations and the movements: 1918-1939**. Cambridge: Cambridge University Press, 1995. p. 56-80.

EL PEQUEÑO LAROUSSE ILUSTRADO. Barcelona: Larousse, 2000. No original: “3 Política de entendimento entre dos estados”.

ESPAÑA. **Constituição (1978)**. Boletín Oficial Del Estado Gaceta de Madrid. 1978. Disponível em:<<http://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

ESTEVEZ, J. V. La concepción de democracia participativa de Habermas. **Ciencia Política**, Santiago, v. 20, n. 1, p. 208-219, 1 jan. 1999. Disponível em: <<https://goo.gl/RjhnAe>>. Acesso em: 20 set. 2016.

FARIA, L. A Casa de Geraldo de Paula Souza: texto e imagem sobre um sanitarista paulista. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 1011-1024, dez. 2005. Disponível em: <<https://goo.gl/zLvPmm>>. Acesso em: 20 set. 2016.

FARIA, M; GIOVANELLA, L; BERMUDEZ, L. A Unasul na Assembleia Mundial da Saúde: posicionamentos comuns do Conselho de Saúde Sul-Americano. **Saúde em Debate** [recurso eletrônico]. v.39, n.107, p.920-934, out-dez 2015. Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/UserFiles_Padrao/File/SDv39n107.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2017.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio de língua portuguesa**. Curitiba: Positivo, 2010. p. 570.

FELIPE, S. Brasil ratifica convenção-quadro antitabaco. **Radis Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro, n. 40, p. 6-7, 1 dez. 2005. Disponível em: <<https://goo.gl/k4x9dt>>. Acesso em: 20 set. 2016.

FERNANDEZ, L. A. L. **A Crise econômica Europeia e as repercussões nos sistemas de saúde**. In: CONFERÊNCIA SOBRE COMUNICAÇÃO E SAÚDE FSP/USP, 2012, São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, 26 nov. 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/s7Qdgj>>. Acesso em: 20 set. 2016.

FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FRANÇA. **Constituição (1958)**. Disponível em: < http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/root/bank_mm/portugais/constitution_portugais.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

FRENK, J.; GOMEZ-DANTES, O. La globalización y la nueva salud pública. **Salud pública Méx.** v. 49, n. 2, p. 156-164, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000200011&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 18 dez. 2017.

FRENK, J.; MOON, S. Governance Challenges in Global Health. **New England Journal of Medicine**, Cambridge, v. 368, n. 10, p. 936-942, 7 mar. 2013.

GABAS, Jean-Jacques. Norte-Sur: Una cooperación imposible? Barcelona: Bellaterra, 2003.

GILPIN, R. **Global Political Economy**: understanding the international economic order. Princeton: Princeton University Press, 2011.

GILPIN, R. **The political economy of the international relations**. Princeton: Princeton University Press, 1987, p. 88.

GOSTIN, L.O. **Global Health Law**. Harvard University Press. 2014

GOSTIN, L.O; TAYLOR, A. L. **Global Health Law: A Definition and Grand Challenges**: *Public Health Ethics*. v. 1, n. 1, p. 53–63, 2008.

GROVE-VALDEYRON, Nathalie de. **Droit européen de la santé**. Paris: L.G.D.J, 2013. 209 p.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. **Integração europeia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde**. Cad Saúde Pública. v. 22, n. 9, p. 1795- 1807. set. 2006

HABERMAS, J. Três modelos normativos de democracia. **Lua Nova**, São Paulo, n. 36, p. 39-53, 1995. Disponível em: <<https://goo.gl/WImrF7>>. Acesso em: 20 set. 2016.

_____. **The theory of communicative action**. Vol 1. Reason and the rationalization of society. Boston, Beacon Press, 1984.

_____. **Between Facts and Norms: contributions to a Discourse of Theory of Law and Democracy**, 1996.

_____. **Mudança estrutural da esfera pública: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

_____. **A inclusão do outro**. Estudos de teoria política. São Paulo: Edições Loyola, 2007.

_____. **Direito e democracia: entre facticidade e validade**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2011 v. 02.

_____. **Direito e democracia: entre facticidade e validade**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2012. v. 1.

_____. **Teoria do Agir Comunicativo: Racionalidade da ação e racionalização social**. Vol. 1. Martins Fontes; Edição: 1ª ed. 2012

_____. **Teoria do Agir Comunicativo: Sobre a crítica da razão funcionalista**. Vol. 2. Martins Fontes; Edição: 1ª ed. 2012

_____. **Sobre a Constituição da Europa**. São Paulo: UNESP, 2012.

_____. **Consciência Moral e Agir Comunicativo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2013.

HARMAN, S. **Global Health Governance**. Manchester: Routledge Global Institutions Series, 2012. 177 p.

HARRINGTON, J.; STUTTAFORD, M. **Global Health and Human Rights: legal and philosophical perspectives**. Uk: Routledge Global Institutions Series, 2012. 232 p.

HELD, D. **Democracy and the global order: from the modern state to cosmopolitan governance**. Califórnia: Stanford California Press, 1995.

_____. **Principles of cosmopolitanism order**. An. Cátedra Francisco Suárez, Granada, v.39, p. 153-169, 2005.

HERVEY, T. K.; McHALE, J. V. **Health Law and the European Union**. Inglaterra: Cambridge University Press, 2004. 469 p.

HIRSCHFELD, M. J.; OGUISSO, T. Worldwide overview of health and home care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 452-459, 2002. Disponível em: <<https://goo.gl/uq1CnW>>. Acesso em: 20 set. 2016.

HOLSTI, KJ. **International Politics: a framework for analysis**. 3 ed. Englewood Cliffs, N.J: Princeton University Library, 1967, 494 p.

HOWARD-JONES, N. **International public health between the two world wars: the organizational problems**. Geneva: World Health Organization, 1978. 92 p. Disponível em: <<https://goo.gl/1FHWs8>>. Acesso em: 20 set. 2016.

ISAGS. Instituto Suramericano de Gobierno En Salud. **Sistemas de salud en Sulamérica: desafíos para la universidad, la integralidad y la equidade**. Rio de Janeiro: Isags, 2012. 854 p. Disponível em: <[http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/2/bb\[8\]ling\[2\]anx\[9\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/2/bb[8]ling[2]anx[9].pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2015.

INTERNATIONAL COURT OF JUSTICE. **Military and Paramilitary Activities in and against Nicaragua**. Disponível em: <http://www.icj-cij.org/docket/files/70/6503.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2015. p. 100

KEOHANE, R. **After Hegemony: cooperation and discord in the world political economy**. N.J: Princeton University Library;1984. 303 p.

KEOHANE, R. **Neorealism and its critics**. Nova York: Columbia University Press, 1986.

KICKBUSCH, I; SILBERSCHMIDT, G; BUSS, P. **Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health**. Bull World Health Organ., Geneva, v. 85, n. 3, p. 230-232, mar. 2007.

KICKBUSCH, I.; HEIN, W.; SILBERSCHMIDT, G. Addressing global health governance challenges through a new mechanism: the proposal for a Committee C of the World Health Assembly. **The Journal Of Law, Medicine & Ethics**, v. 38, n. 3, p. 550-563, 29 set. 2010.

KICKBUSCH, I.; SZABO, M. M. C. A New governance space for health. **Global Health Action**, New York, v. 7, p. 1-7, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/Ta6UyM>>. Acesso em: 20 set. 2016.

KINDLEBERGER, Charles. **The world in depression, 1929-39**. Berkeley: University of California Press, P. 304, 1973.

KOPLAN, J. P. *et al.* Towards a common definition of global health. **The Lancet**, v. 373, n. 9679, p. 1993-1995, jun. 2009. Disponível em: <<https://goo.gl/zjt8JL>>. Acesso em: 20 set. 2016.

LANGENHOVE, L.V; KINGAH, S. Conditions for Effective Regional Social (Health) Policies: the EU and Unasur Compared. **UNU-CRIS Working Papers** [recurso eletrônico]. 2014. Disponível em: <<http://cris.unu.edu/sites/cris.unu.edu/files/W-2014-3.pdf>>. Acesso em 27 nov 2016.

LONGMAN GROUP. **Longman dictionary of contemporary English**. 2nd. ed. United Kindon: Longman Group, 1987. p. 227. No original: “co-operate - to work together for a shared purpose”.

LÖWY, I. **Vírus, mosquitos e modernidade**: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006

MERCOSUL – MERCADO COMUM DO CONE SUL. **Laudos**: protocolo de olivos para a solução de controvérsias no Mercosul: tribunal permanente de revisão. Montevideo, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/JsVeVq>>. Acesso em: 18 fev. 2017

MEUNIER, I.; MEDEIROS, M.A.. **Dados** [recurso eletrônico]. v.56, n.3, p.673-712, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582013000300007>. Acesso em: 05 set. 2017.

MILNER, H. (1992). **International Theories of Cooperation among Nations**. World Politics, 44, 466-496.

MINUSSI, L. M. **A construção social das normas**: a origem da convenção-quadro para o controle do tabaco e seus impactos no Brasil. 2012. 130 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Relações Internacionais, Instituto Relações Internacionais, Puc-rio, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/U91dXP>>. Acesso em: 20 set. 2016.

MONDIELLI, E. Étude 135: organisations internationales. **Lamy Droit de La Santé**, p. 135-175, 2012.

MORGENTHAU, Hans. **A política entre as nações**: a luta pelo poder e pela paz. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2003.

MOROSINI, F. C. The MERCOSUR and WTO Retreaded Tires Dispute: rehabilitating regulatory competition in internation trade and environmental regulation. In: INAUGURAL CONFERENCE, 2008, Switzerland. **Anais...** Geneva: Society of International Economic Law (SIEL), 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/3Bbs0Z>>. Acesso em: 20 set. 2016.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Ser e saúde**: repensando a saúde com Heidegger [recurso eletrônico]. Natal: Una, 2016. Disponível em: <https://issuu.com/mrgarcianeto/docs/ser_e_sa__de._repensando_a_sa__de_c>. Acesso em: 18 jul 2017.

NYE JR, Joseph. **O paradoxo do poder Americano**: por que a única superpotência do mundo não pode prosseguir isolada. São Paulo: Unesp, 2002.

OCAMPO, José Antonio; UTHOFF, Andras. “**Retomar la agenda del desarrollo**”, **en VVAA, América Latina XXI**: ¿avanzará o retrocederá la pobreza? [recurso eletrônico], México: Fondo de Cultura Económica, 2002, p. 90. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/en/2016-report>>. Acesso em: 07 mar. 2017.

OLIVEIRA, Aline Albuquerque S. de. **Interface entre Bioética e Direitos Humanos**: perspectiva teórica, institucional e normativa. 2010. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

O'NEILL, K.; BALSIGER, J., & VANDEVEER, S. Actors, Norms, and Impact: Recent International Cooperation Theory and the Influence of the Agent-Structure Debate. **Annual Review of Political Science**, v. 7, n.1, p. 149-175, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA (UNESCO). **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Portugal: UNESCO; 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS(ONU). **Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento**. Adotada pela Resolução n.º 41/128. 1986.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Carta das Nações Unidas**. Conferência de São Francisco, 1945.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **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, 223 p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Objetivos de desenvolvimento sustentável**. Nova York: ONU, 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Adotado e aberto à assinatura, ratificação e adesão pela resolução 2200A (XXI) da Assembléia Geral das Nações Unidas, de 16 de Dezembro de 1966.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Carta democrática interamericana**. Comissão Interamericana de Direitos Humanos: Québec, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Alma-ata 1978: Atención Primaria de Salud**. Genebra: OMS; 1978. Disponível em <https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)** - 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 18 maio 2014.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Representação do Brasil. **Consulta Cobertura Universal em Saúde Brasil**. Disponível em: http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/sistematizao%20brasil%20consulta%20publica_versao%20final_1.pdf?ua=1 Acesso em 14 de outubro de 2017.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Resolução CD53.R14. **Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud**. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27597&Itemid=270&lang=es

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Salud Internacional: un debate sur-sur**. Washington: Ops, 1992. 297 p.

ORGANIZACIÓN DAS NACIONES UNIDAS. **A/HRC/AC/9/4 Asamblea General: Consejo de Derechos Humanos**. Proyecto de documento final sobre los derechos humanos y la solidaridad internacional. 2012. 7 p.

ORGANIZACIÓN de Estados Iberoamericanos Para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Reunião de Presidentes da América do Sul. **Comunicado de Brasília**. Brasília: OEI, 2008.

OTTERSEN, O. P. *et al.* The political origins of health inequity: prospects for change. **The Lancet**, Oslo, v. 383, fev. 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/ugSGGn>>.

OXFORD DICTIONARIES. Disponível em: <<http://www.oxforddictionaries.com/us/>>. Acesso em: 20 nov. 2015. No original: “the action or process of working together to the same end”.

POGREBINSCHI, T.; SANTOS, F. Participação como representação: o impacto das conferências nacionais de políticas públicas no Congresso Nacional. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 03, p. 259-305, 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/auObjS>>. Acesso em: 20 set. 2016.

EINSTEIN; FREUD. **Por que a Guerra?:** indagações entre Einstein e Freud. [carta]. 1932 jul. 30. 10 f. Paris: Instituto Internacional para Cooperação Intelectual (Liga das

Nações). Disponível em: https://moodle.ufsc.br/pluginfile.php/1033690/mod_resource/content/1/Aula%2B026%2B-%2BFreud%2B%2BEinstein.pdf. Acesso em: 15 ago 2017.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. **Informe sobre Desarrollo Humano 2016**: desarrollo humano para todas las personas. Nova York: PNUD, 2017. Disponível em: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2016_report_spanish_web.pdf>. Acesso em: 04 ago 2017.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. **La democracia en América Latina**: hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos: contribuciones para el debate. Buenos Aires: Aguilar, Altea, Alfaguara, 2004.

REDESCOLA. **Rede brasileira de escolas de saúde pública** [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://rededeescolas.ensp.fiocruz.br/node/368>>.

RODRIGUES, W. C. V.; SOLER, O. Licença compulsória do efavirenz no Brasil em 2007: contextualização. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 26, n. 6, p. 553-559, 2009. Disponível em: <<https://goo.gl/OOggPX>>. Acesso em: 20 set. 2016.

ROLAND, M. I. F.; GIANINI, R. J. Geraldo Horacio de Paula Souza, a China e a medicina chinesa, 1928-1943. **História, Ciências, Saúde-manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 885-912, set. 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/v7Nmr6>>. Acesso em: 20 set. 2016.

ROSENBERG F, TOBAR S, BUSS P. El papel de los institutos nacionales de salud de UNASUR en la generación de evidencia sobre la determinación social de la salud. **Rev Panam Salud Pública**. 2015;38(2):152–6.

ROJAS ARAVENA, Francisco. “**América do Sul**: a caminho de uma coordenação estratégica?” [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, 2005. Disponível em: <http://www.fes-seguridadregional.org/images/stories/docs/0817-001_g.pdf>. Acesso em: 06 de abr. 2017.

SANTANA, J.P.; GARRAFA, V. Cooperação em saúde na perspectiva bioética. **Ciênc. saúde coletiva** [recurso eletrônico]. v.18, n.1, pp.129-137, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/14.pdf>>. [Acesso em 12 fev 2017.](#)

SANTANA, J.P. Um olhar sobre a Cooperação Sul-Sul em Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. 2011, vol.16, n.6, pp. 2993-3002. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600037&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600037>.

SILVA, J. A. da. **Curso de direito constitucional**. 21. ed. São Paulo: Malheiros, 2003.

SOUZA, André Mello e (Org). **Repensando a cooperação internacional para o desenvolvimento**. [Brasília]: Ipea, 2014. 286 p.

SOLÓN, P. Reflexiones a mano alzada sobre el Tratado de Unasur. **Revista de la Integración**. 2008; (2):12-18.

TABUTEAU D. **Démocratie sanitaire: Les nouveaux défis de la politique de santé**. Paris: Odile Jacob; 2013.

TRINDADE, Antônio Augusto Cançado. *Princípios do Direito Internacional Contemporâneo*. Brasília : Editora Universidade de Brasília, 1981, pp. 51-52.

UNIÃO DE NAÇÕES SUL-AMERICANAS. **Tratado Constitutivo da União de Nações Sul-Americanas** [recurso eletrônico]. Brasília: UNASUR,2008a. Disponível em:

<http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_integracao/docs_UNASUL/TRAT_CONS_T_PORT.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2017.

UNIÓN DE NACIONES SURAMERICANAS, Consejo de Salud Suramericano. **Plan Quinquenal 2010-2015** [recurso eletrônico]. Comité Coordinador al Consejo de Salud Suramericano; 2010. Disponível em: <[http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/1/bb\[67\]ling\[1\]anx\[145\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/1/bb[67]ling[1]anx[145].pdf)>. Acesso em: 23 nov 2017

UNIÓN DE NACIONES SURAMERICANAS. **Decisión para el establecimiento del Consejo de Salud Suramericano de la UNASUR**, de 2008 [internet]. Créase el Consejo de Salud Suramericano (UNASUR Salud) como una instancia permanente. [acceso em: 20 nov 2017]. Disponível em: http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_integracao/docs_UNASUL/DEC.2008.CSS.PDF

UNIÓN DE NACIONES SURAMERICANAS. **Red de gestion del riesgo de desastres en salud del consejo de salud suramericano- unasur salud: 2013-2021** [recurso eletrônico].2013. Disponível em:< <http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/1/bb%5b378%5dling%5b1%5danx%5b1211%5d.pdf>> . Acesso em: 25 set 2015.

UNIÓN DE NACIONES SURAMERICANAS. **Resolución nº 06, de 2012** [recurso eletrônico]. Se resuelve elevar para su aprobación por el Consejo de Jefas y Jefes de Estado y de Gobierno de UNASUR, la creación de la red de escuelas de salud pública (RESP), [acceso em 24 nov 2015] Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_integracao/docs_UNASUL/RES06.2012.pdf>

UNIÓN DE NACIONES SURAMERICANAS. **Resolución nº2, de 2011**. El Consejo de Salud resuelve aprobar el Estatuto del Instituto Suramericano de Gobierno em Salud (ISAGS). Brasília, 2008.

UNIÃO DE NAÇÕES SURAMERICANAS. **Resolução nº5, de 2009**. El Consejo de Salud resuelve crear el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS). Brasília, 2008.

UNIÃO DE NAÇÕES SURAMERICANAS. **Resolução nº 4, de 20 de abril de 2012** [recurso eletrônico]. El Consejo de Salud Sudamericano, resuelve establecer una Red de Gestión del Riesgo de Desastres. Disponível em: https://repo.unasursg.org/alfresco/service/unasursg/documents/content/RESOLUCION_04_2012> Acesso em 24 nov. 2015

UNITED NATIONS. General Assembly. **A/Res/25/2625**. Declaration on Principles of International Law concerning Friendly Relations and Cooperation among States in accordance with the Charter of the United Nations 1970. Disponível em: <http://www.un-documents.net/a25r2625.htm>. Acesso em: 13 mar. 2017.

VENTURA, D.; BARALDI, C. A UNASUL e a nova gramática da integração sul-americana. **Pontes** [recurso eletrônico]. Disponível em: <<https://www.ictsd.org/bridges-news/pontes/news/a-unasul-e-a-nova-gram%C3%A1tica-da-integra%C3%A7%C3%A3o-sul-americana>>. Acesso em: 12 ago. 2017.

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

VENTURA D. Saúde pública e política externa brasileira. *Sur - Revista Internacional de Direitos Humanos*. 2013, 10(19).

VICKERS, George. Un nuevo concepto de ciudadanía para la integración. In: **Comunicación para lá integración**. Lima: Comunidad Adina; Comisión Europea, 2006, 226 p.

VILLA, R. D.; TOSTES, A. P. B. Democracia Cosmopolita *Versus* Política Internacional. **Lua Nova**, São Paulo, v. 66, p. 69-107, 2006. Disponível em: <<https://goo.gl/z59EPg>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

WALTZ, Kenneth. **Teoria das Relações Internacionais**. Lisboa: Gradiva Publicações, 2002.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. EBSS/2/INF.DOC./11: Governance - Introductory remarks by the Director-General. SPECIAL SESSION ON WHO

_____. REFORM, 2011. Genova, **Anais...** Geneva: WHO, 2 nov. 2011.

_____. **WHO Director-General addresses NGO community**. Opening remarks at a consultation on WHO engagement with nongovernmental organizations, 18 October 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/lj7aTP>>. Acesso em 11 de junho de 2016.

YACH, D.; BETTCHER, D. A globalização da saúde pública: Ameaças e oportunidades. **Jornal Americano de Saúde Pública**, [s.v.], p.735-738, 1998.

7. APÊNDICE: Résumé de Thèse en langue Française (Art. 11, Convention de cotutelle internationale de thèse entre L'Université de Nantes et L'Université de São Paulo)

**La coopération internationale pour la consolidation
du droit à la santé : Les stratégies de l'Union des
nations sud-américaines (Unasur)
(Résumé de Thèse)**

**Directeur de thèse : Profa. Dra. Sueli Gandolfi
Dallari**

Co-directeur de thèse : Prof. Dr. Eric Mondielli

Roberta de Freitas Campos

2018

RÉSUMÉ

Cette thèse traite de la coopération internationale en santé en tant que mécanisme de consolidation du droit humain à la santé, plus particulièrement dans le bloc régional de l'Union des nations sud-américaines (Unasur).

Depuis 1945, quand l'Organisation des Nations unies (ONU) a été créée, la coopération internationale se justifie comme objectif et postulat juridique pour atteindre des droits humains (ONU, 1945)¹⁷⁷. Cependant, à la lumière de la Théorie des Relations Internationales (DE LOMBAERDE; VAN LANGENHOVE, 2013), les États peuvent entretenir des relations conflictuelles ou de coopération, les formes les plus extrêmes de ces deux possibilités étant la guerre et l'intégration.

Dans le cas de cette recherche, l'hypothèse mise en application se fonde sur l'affirmation selon laquelle la coopération internationale dans le domaine de la santé entre les pays de l'Unasur – bloc régional d'intégration politique – contribue à la consolidation du droit à la santé. Dans le cadre de cette thèse, nous comprenons que la consolidation est le résultat de l'adoption de mécanismes et de processus de garantie du droit à la santé, tels que la création d'organes et d'institutions spécialisés dans ce thème, l'adoption de résolutions, de recommandations et d'autres instruments juridiques qui reconnaissent la santé comme un droit, et qui orientent et appuient les pays dans la formulation de politiques publiques dans le domaine de la santé.

La consolidation du droit à la santé via la coopération, dans le contexte du bloc régional, se produira dans la mesure où (i) se développent les relations entre ces pays

¹⁷⁷ Article 1 — Les buts des Nations Unies sont les suivants : (...) 3. Réaliser la coopération internationale en résolvant les problèmes internationaux d'ordre économique, social, intellectuel ou humanitaire, en développant et en encourageant le respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales pour tous, sans distinction de race, de sexe, de langue ou de religion (...).

à travers l'échange d'expériences et la proposition d'objectifs et de stratégies communes pour affronter des problèmes de santé ; (ii) elle permet une compréhension et une reconnaissance commune de la santé comme droit humain ; et (iii) se mettent en place des organes et des institutions spécialisés dans ce thème.

MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude de cas sur la coopération internationale dans le domaine de la santé dans l'Unasur, en partant de la prémisse que la coopération internationale et la participation sociale sont les instruments de la consolidation du droit humain à la santé.

Une analyse descriptive-exploratrice a été réalisée avec une approche qualitative. La recherche a allié les méthodes de recherche bibliographique et documentaire. Ont ainsi été analysés :

- Des articles scientifiques et des livres publiés qui traitent du droit humain à la santé, de l'intégration régionale et de la coopération internationale dans le domaine de la santé ; qui abordent la santé dans l'Unasur et dans l'Union européenne, disponibles dans les fonds de la bibliothèque de la Faculté de Santé Publique de l'USP (Université de São Paulo), de la bibliothèque de l'Université de Nantes, de la bibliothèque de la Faculté de Santé Publique de l'UNB (Université de Brasília), de l'*US National Library of Medicine* (PubMed) ; sur le Réseau de bibliothèques virtuelles dans le domaine de la Santé (BVS/BREME/OPAS), particulièrement sur

la BVS thématique de la Bioéthique et Diplomatie dans le domaine de la Santé (BVS/BIREME/NETHIS);

- Traités internationaux de droits humains dans le cadre des Nations unies qui abordent la coopération internationale et le droit à la santé, disponibles dans la Bibliothèque du Centre d'information de l'Onu à Rio de Janeiro, sur le réseau mondial d'ordinateurs *internet*, principalement sur l'*Official Document System*, fonds de documents officiels des Nations unies ;
- Documents constitutifs et instrumentaux de l'Unasur (Traité constitutif, Plan d'action pour la Santé de l'Unasur, Résolutions du Conseil de Santé de l'Unasur) disponibles sur les pages web de l'Organisation et de l'Institut Sud-américain de Gouvernement pour la Santé (ISAGS) ;

Les données collectées ont été analysées sur la base de quelques points fondamentaux pour une meilleure compréhension du thème.

Le premier point a situé le contexte actuel de la gouvernance mondiale et ses implications pour le droit à la santé, ainsi que perspective de la participation démocratique dans la construction de ce droit dans le cadre international.

Le second point a vérifié les aspects conceptuels, politiques et juridiques de la coopération internationale et des blocs d'intégration régionale.

Le troisième point a été l'étude de la coopération internationale dans le domaine de la santé dans le cadre de blocs d'intégration régionale, principalement le cas de l'Unasur. L'objectif a été d'identifier la reconnaissance du droit à la santé, l'institutionnalité de la coopération internationale dans le domaine de la santé, les énoncés prévus et les mécanismes instaurés pour la démocratie et la participation

citoyenne et les compétences du bloc en matière de santé. En ce qui concerne cet aspect, l'analyse s'est appuyée sur l'exemple de l'Union européenne.

Nous avons voulu analyser, de manière dialogique, le contexte actuel et les mécanismes existants pour la construction du droit à la santé dans le bloc Unasur à partir de la thèse habermassienne (1996) qui propose qu'un contexte social est nécessaire à la démocratie se fondant sur les droits humains.

CONSIDÉRATIONS FINALES

Nous considérons que le thème santé est de plus en plus présent dans l'ordre du jour international, soit en tant qu'objet de politique extérieure des pays, soit par l'influence de questions internationales comme la sécurité, le commerce et le développement sur les problèmes de santé.

Il existe une variété d'acteurs et d'intérêts qui influencent la construction de normes et de politiques internationales de santé. Y compris des organisations internationales (des blocs régionaux ou du Système ONU) qui partagent une autorité législative sur la santé, et d'autres acteurs (institutions privées) qui influent sur le processus législatif international de la santé.

Le terme de santé mondiale est lié à (i) la participation d'acteurs, en plus des États, dans l'élaboration de normes internationales qui ont un impact sur la santé ; et (ii) la compréhension selon laquelle les problèmes de santé sont liés à des aspects sociaux, politiques et économiques.

Une plus grande participation de la société dans les discussions sur la santé pourrait contribuer à une action plus cohérente des États, leur donnant plus de force face aux lobbies et intérêts venant d'acteurs défavorables.

L'importance de la santé dans les relations internationales se manifeste également par l'assimilation du thème avec les aspects sociaux dans les programmes des blocs d'intégration régionale, et la mise en place d'institutions et de mécanismes pour le rendre opérationnel.

Les processus d'intégration régionale fonctionnent comme des mécanismes de coopération internationale qui peuvent améliorer la capacité des pays à résoudre des problèmes de santé communs. Pour que les politiques régionales fassent effet, doivent être considérés :

- (iii) L'ensemble des règles et des politiques présentes dans les Traités, Protocoles, Résolutions, Déclarations, etc. qui incluent la reconnaissance de la santé comme un droit, ainsi que la définition de compétences et d'institutions pour agir sur les thèmes de la santé dans ces blocs ;
- (iv) La participation citoyenne à la définition et au suivi de ces politiques.

En ce qui concerne l'Union des nations sud-américaines (Unasur), d'importants aspects ont été identifiés, configurant des potentialités pour la consolidation de ce droit. La reconnaissance et la réaffirmation de la santé comme un droit ont pu être vérifiées dans ses documents constitutifs et dans d'autres décisions et résolutions émises par les chefs de Gouvernement et d'États ou les ministres de la Santé du bloc.

L'Unasur est plutôt innovatrice lorsqu'elle adopte comme un de ses objectifs de coopération l'engagement de construire un espace d'intégration dans le domaine de la santé.

Ainsi, dans son architecture, des institutions, des dispositifs et des stratégies propres ont été définis pour la construction des politiques de santé de l'Unasur, tels que le Conseil de ministres de la Santé, les réseaux d'institutions de santé, et l'Institut Sud-américain de Gouvernement pour la Santé (ISAGS).

Quant à la possibilité de participation des citoyens des pays de l'Unasur dans la définition des politiques de santé, il a été vérifié que la démocratie sanitaire est prévue comme un principe qui doit servir à conduire l'adoption des politiques de santé dans ce bloc.

Malgré les potentialités de l'Unasur qui ont été identifiées en ce qui concerne la consolidation du droit à la santé dans la région, les mécanismes qui permettent la participation des principaux intéressés aux décisions prises dans ce bloc ont montré une certaine fragilité. L'Unasur, bien qu'elle soit considérée comme une expérience d'intégration innovatrice, puisqu'elle établit une communication entre les secteurs social, culturel, politique et environnemental qui va au-delà des préoccupations économiques et des bénéfices douaniers ; une expérience qui exalte la consolidation de la démocratie dans le Traité constitutif et présente comme fondement et objectifs général et spécifiques la promotion de la participation citoyenne, échoue en ne mettant pas en place de vastes espaces de manifestation populaire et en ne garantissant pas la représentation de la société civile organisée dans les Conseils permanents, Groupes de travail et organes officiels.

Il n'a pas encore été incorporé, dans les organes ou dans les Conseils permanents de l'Unasur, des mécanismes pour la manifestation de la société civile organisée, comme la participation de représentants de groupes liés aux matières des Conseils ou Groupes de travail respectifs ou encore l'utilisation de forums, ou d'autres espaces pour que le citoyen expose ses idées et propose des actions.

Aucune audience publique, ni forum pour débats, plébiscite, référendum ne sont prévus, ni aucun moyen de communication entre les organes de l'Unasur et les citoyens des pays membres de l'Unasur. L'objectif de constituer une citoyenneté sud-américaine (Art. 3, i, Traité constitutif) semble être loin de devenir réalité, étant donné que la population se maintient à la marge du processus décisionnel et du développement du bloc, ne pouvant contribuer à la transformation de la réalité sociale. Il n'existe pas d'espace pour la divulgation d'informations et d'idées, de discussions et de manifestations. Pendant ce temps, les États membres continuent de négocier et de prendre des décisions sans écouter ceux qui sont directement atteints par ces actes.

La participation citoyenne doit être garantie amplement, par le dialogue et l'interaction entre les différents acteurs sociaux. Il est dit que « cette relation avec les acteurs sociaux doit être démocratique, transparente, pluraliste et reconnaître l'indépendance des différentes instances de la société civile. »¹⁷⁸ (SOLÓN, 2008, p. 17, *traduction libre*).

Il est vrai que souligner la participation citoyenne au Traité constitutif de l'Unasur représente une avancée importante dans le processus d'intégration latino-américaine, mais un long chemin doit malgré tout être parcouru. La démocratie

¹⁷⁸ «esta relación con los actores sociales debe ser democrática, transparente, pluralista y reconocer la independencia de las diversas instancias de la sociedad civil.»

participative, dans ce sens, est essentielle dans toute discussion sur le développement social, étant impossible d'admettre le progrès au détriment du droit à la parole du citoyen.

La discussion sur de nouvelles formes de participation et sur la gouvernance de la santé mondiale ont gagné de l'élan avec la réforme de l'OMS en 2011, qui a intégré des objectifs élargis de réforme programmatique, de gouvernance et de gestion. Dans le domaine de la gouvernance, les principaux points concernent l'augmentation du niveau de collaboration avec d'autres acteurs qui influencent la politique de santé mondiale et la garantie que l'OMS exerce le rôle d'autorité de direction et de coordination de la santé mondiale, comprenant la définition et les termes d'une proposition d'un cadre de collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques. Cependant, ce processus a reçu des critiques sur la possible inclination de l'OMS à un processus de privatisation (DINIZ, 2016).

La proposition du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (Fensa) de l'OMS, approuvé en mai 2016, donne la définition des catégories d'acteurs non étatiques – organisations non gouvernementales, entités du secteur privé, fondations philanthropiques et institutions académiques — et les règles pour la collaboration avec chacun d'entre eux, et la création d'un système en ligne afin que l'acteur non étatique postule pour collaborer avec l'OMS de façon moins bureaucratique et plus transparente. Le cadre ne modifie pas les façons de participation dans les espaces décisionnels de l'OMS, n'altérant pas la responsabilité de l'État dans sa gouvernance.

Face à la préoccupation au sujet des intérêts privés dans la gouvernance de la santé mondiale, il faut repenser les formes et les possibilités de participation démocratique des citoyens dans la gouvernance mondiale. La gouvernance mondiale

diffère de la gouvernance nationale sur un aspect critique : il n'y a pas de gouvernement à niveau mondial. Les populations sont organisées en États souverains, mais il n'y a pas d'autorité politique hiérarchique ou de gouvernement mondial qui ait une juridiction sur ces États. Ainsi, les décisions dans les arènes internationales, à partir de consensus entre les États qui représentent leur population, se font de façon démocratique – démocratique si on considère que chaque État a le droit de vote et que, en règle générale, les votes des différents pays ont le même poids.¹⁷⁹ Cependant, nous nous interrogeons, à partir de la théorie de la démocratie participative, sur la légitimité de ces décisions à niveau international.

La théorie de Habermas contribue à la mise en place d'une gouvernance démocratique de la santé, pour la légitimation des normes légales et pour l'effective participation populaire en postulant la nécessité d'établir des espaces de délibération, selon nous, à niveau mondial.

La construction d'espaces mondiaux de débat et de prise de décisions entre les citoyens du monde à travers une démocratie cosmopolite (DAHL, 1994; HELD, 1999; ARCHIBUGI, 2008), peut être interprétée comme étant quelque chose d'utopique, vu l'existence amplifiée des inégalités entre les pays, dans les pays, et par conséquent entre les sujets individuels de leur population.

Les inégalités sont ici comprises comme les différences les plus variées entre les régimes politiques, systèmes politiques, systèmes économiques, sociaux, culturels, géographiques, expériences, cognitives, etc., qui n'excluent pas nécessairement ; la

¹⁷⁹ L'exception est le Conseil de sécurité de l'ONU, où le système de vote donne un poids plus important aux cinq membres permanents : Chine, États-Unis, Russie, France et Royaume-Uni. N'importe lequel d'entre eux peut bloquer une proposition par la présentation d'un vote négatif, même si les quatre autres membres permanents et les dix membres non permanents votent pour. C'est ce qu'on appelle le pouvoir de veto.

multiplicité culturelle, par exemple, est fondamentale pour la construction d'une véritable communauté mondiale.

Les critiques de cette proposition signalent que les inégalités empêcheraient l'effective participation de ces sujets ; et que la complexité du monde contemporain empêcherait la définition de consensus mondiaux par les propres citoyens. En ce sens, la participation transnationale à travers une société civile internationale qui coexisterait avec les États mérite notre attention sur « Qui sont ceux qui constituent la société civile internationale ? Comment leur intervention peut-elle être considérée comme légitime ? À qui renvoie leur représentation ? » (VILLA e TOSTES, 2006, p. 96), ou de façon plus incisive : « Où est le contrôle du gouvernement ? À qui les ONG rendent-elles des comptes ? Aux personnes et gouvernement du pays où elles servent ou aux personnes qui fournissent les fonds ? » (WHO, 2012, traduction personnelle).¹⁸⁰

La proposition de la commission *The Lancet* au sujet de la gouvernance mondiale pour la santé (OTTERSEN, 2014) de créer une plateforme mondiale pour débattre entre les acteurs de la santé mondiale maintient un degré de représentativité qui doit être dépassé, car il ne garantit pas la participation de la population en dehors des groupes représentés par les ONG, et intègre également à la participation les représentants d'intérêts qui peuvent entrer en conflit avec la santé publique, quand on évoque les mêmes questions déjà citées plus haut.

Il serait donc plus plausible d'inclure les questions de santé mondiale dans les espaces de participation et de délibération, c'est-à-dire dans les instruments de démocratie sanitaire déjà existants dans le contexte national, tels que les conseils, les

¹⁸⁰. "Where is government oversight? To whom are NGOs accountable? To the people and government in the country where they serve or to the people who provide the funds?"

conférences, les chambres techniques, etc. Il faudrait également une amplification et une amélioration de ces espaces de façon à garantir l'exercice de la démocratie participative par les citoyens de façon directe.

La consolidation de ces espaces demanderait aussi l'engagement de l'État en ce qui concerne les effets des décisions prises qui auraient des répercussions au-delà de la sphère nationale. Les délibérations dans ces espaces seraient liées aux actions de l'État dans le contexte international.

Une autre possibilité serait de développer régionalement de tels instituts, par exemple les espaces délibératifs qui existent, bien qu'il y en ait encore peu, dans l'Union européenne, où la population du bloc est appelée à participer et délibérer sur des processus et des questions liées à la santé, à l'exemple des consultations publiques de la Direction générale de la santé de la Commission européenne¹⁸¹, de l'Agence européenne du médicament (AEM)¹⁸², de l'Autorité européenne de sécurité des aliments (AESAs)¹⁸³. Des mécanismes initialement à caractère consultatif devraient être proposés à la population d'autres blocs régionaux.

Pour construire la gouvernance démocratique de la santé mondiale, il faut consolider et poser les bases de l'intervention de l'État dans la gouvernance mondiale de la santé à partir de nouveaux moyens formels de communication avec la société, comme une façon de rendre effective la démocratie participative des décisions dans les arènes internationales.

En ce sens, l'Unasur a la tâche de consolider la démocratie en cherchant à l'encourager en tant que régime commun pour garantir le processus d'intégration

¹⁸¹. Disponible sur : <<https://goo.gl/ER9k9G>>.

¹⁸². Disponible sur : <<https://goo.gl/r3gTO2>>.

¹⁸³. Disponible sur : <<https://goo.gl/p4qYbK>>.

complet et participatif. C'est seulement à travers la participation active de la société dans le processus démocratique et d'intégration qu'il sera possible de garantir et d'exercer les droits et les objectifs prévus.