A Diplomacia Brasileira e os Temas Sociais: o Caso da Saúde

COLEÇÃO CURSO DE ALTOS ESTUDOS
DO INSTITUTO RIO BRANCO

Ernesto Otto Rubarth

A Diplomacia Brasileira e os Temas Sociais: o Caso da Saúde

Instituto Rio Branco
Fundação Alexandre Gusmão
Centro de Estudos Estratégicos

Ernesto Otto Rubarth - Trigésimo Quinto Curso de Altos Estudos (1998), com Banca Examinadora integrada pelos Embaixador Jório Dauster Magalhães e Silva, Embaixador Alberto Vasconcelos da Costa e Silva, Ministro Marco Antonio Diniz Brandão e Professor Vilmar E. Faria.

©Fundação Alexandre Gusmão

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Rubarth, Ernensto Otto

A diplomacia brasileira e os temas sociais: o caso da saúde / Ernesto Otto Rubarth. — Brasília: Instituto Rio Branco; Fundação Alexandre Gusmão ; Centro de Estudos Estratégicos, 1999.

244 p.; 21 cm. (Coleção Curso de Altos Estudos do Instituto Rio Branco)

1. Relações Exteriores — Brasil. 2. Saúde. I. Título II. Série.

CDU 327:351.77 (81)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO, 7

PARTE I – Diplomacia e Temas Sociais

CAPÍTULO 1
O crescimento da importância das questões sociais na agenda internacional, 15

1.1. Origens do Processo, **15**
1.2. Fatores, **27**
1.3. Resultados, **33**
1.4. Conseqüências, **43**

CAPÍTULO 2
O Brasil e a agenda social da ONU, 45

2.1. As convocações das conferências – Antecedentes e posições brasileiras, **46**
2.2. As preparações das conferências – Negociações internacionais e internas, **67**
2.3. As deliberações das conferências – A participação do Brasil e as recomendações adotadas, **100**
2.4. Conclusões provisórias, **118**

PARTE II – Diplomacia e Saúde

CAPÍTULO 3
A presença da saúde na agenda internacional, 123

3.1. Os compromissos da comunidade internacional com a saúde, **123**
3.2. A cooperação dos principais atores internacionais em saúde, **126**
3.3. A ampliação dos interesses da saúde no plano mundial, **135**
3.4. Campos potenciais de integração entre a diplomacia e o setor da saúde, **140**

CAPÍTULO 4

OPORTUNIDADES E PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO COORDENADA DA DIPLOMACIA COM O SETOR DA SAÚDE E OS REFLEXOS SOBRE A POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA, **143**

4.1. Os documentos finais das conferências da agenda social, **143**
4.2. Os programas regulares de organismos, instituições e mecanismos multilaterais, **154**
4.3. Os foros regionais e sub-regionais, **173**
4.4. O âmbito bilateral, **191**

CAPÍTULO 5

NEGOCIAÇÕES INTERNACIONAIS CORRENTES EM MATÉRIA DE SAÚDE E SUAS REPERCUSSÕES DIPLOMÁTICAS, **201**

5.1. O comércio internacional de serviços de saúde, **202**
5.2. As questões de saúde pendentes no Mercosul, **210**
5.3. A cooperação internacional em saúde com "novos" parceiros, **217**

CONCLUSÕES, **225**

BIBLIOGRAFIA, **237**

INTRODUÇÃO

Um dos fenômenos marcantes do mundo pós-Guerra Fria é a relevância incomum que os temas sociais assumiram na agenda política internacional; antes tratados de forma isolada e secundária, em um contexto diplomático no qual predominavam as questões estratégico-militares, com o fim do confronto ideológico essas questões passaram a merecer uma abordagem abrangente e tornaram-se "temas globais", de interesse de toda a humanidade. A valorização dos temas sociais se traduz, na prática, em uma seqüência de conferências mundiais promovidas pela Organização das Nações Unidas sobre assuntos ligados diretamente ou associados à área social, no crescimento do interesse dos organismos internacionais e dos bancos multilaterais de desenvolvimento por esses temas, na inclusão de tópicos de natureza social em negociações de mecanismos regionais e sub-regionais de integração e na ampliação da oferta de apoio a programas e projetos sociais pelas agências governamentais bilaterais de cooperação.

Essa evolução faz parte de uma tendência mais geral de reformulação das concepções do desenvolvimento, que passaram a considerar a área social como um de seus elementos essenciais e a enfatizar que qualquer estratégia para promovê-lo deve colocar as pessoas no centro das preocupações.

Não obstante, os temas sociais têm ocupado posição apenas modesta e secundária na formulação das diretrizes que orientam a política externa brasileira, e, por conseguinte, na sua própria execução.

Tendo essas circunstâncias como referência, o trabalho tenciona comprovar que a reduzida importância tradicionalmente atribuída aos assuntos sociais pela Chancelaria constitui uma limitação a ser superada e procurará demonstrar a conveniência de o Itamaraty fortalecer o tratamento dos temas sociais em sua pauta de trabalho, utilizando-se de uma série de argumentos e evidências para sustentar a proposta.

A ativa participação brasileira no ciclo de conferências da ONU sobre temas sociais e o firme apoio expressado aos compromis-

sos e recomendações adotados naqueles encontros, assim como certas medidas tomadas recentemente pelo Itamaraty, – sobretudo a criação do Departamento de Direitos Humanos e Temas Sociais –, indicam uma tendência favorável nessa direção, apesar da timidez que ainda se observa no aproveitamento das valiosas oportunidades de cooperação disponíveis internacionalmente no campo social devido à nova importância que está sendo conferida a esses assuntos em diferentes foros.

O desenvolvimento do trabalho estará calcado na noção de que tanto a política externa quanto as políticas sociais são políticas públicas, e, como tal, naturalmente têm pontos de convergência que merecem ser explorados de forma integrada, de modo que as instituições responsáveis possam aperfeiçoar os seus desempenhos e potencializar os resultados que pretendem alcançar no cumprimento de suas atribuições.

A análise do tema ressaltará as interconexões entre as políticas externa e interna, admitindo-se que o diplomata busca uma linha de negociação que seja politicamente viável ao mesmo tempo nos planos internacional e doméstico e que sua atuação visa conseguir ganhos simultâneos em ambos os terrenos. Contempla, portanto, a possibilidade de o Governo brasileiro decidir empregar uma estratégia internacional para modificar situações internas, já que esta abordagem parece natural no caso dos temas sociais, na medida em que se observa, no Brasil, uma pressão de numerosos grupos para que o Governo busque soluções para a dramática situação social interna e, ao mesmo tempo, verifica-se a existência de possibilidades de cooperação no plano internacional que podem contribuir para que elas sejam encontradas e, assim, somarem-se aos esforços nacionais no sentido de dar respostas, pelo menos parciais, às demandas da sociedade.

Do conjunto dos temas sociais, o trabalho focalizará o setor da saúde, por ser considerado um elemento fundamental para promover o desenvolvimento, porque seu campo de atuação envolve cada vez mais uma estreita interação com a comunidade internacional e também pelas fortes interrelações que mantém com os demais setores que compõem a área social, ou seja, com a Educação, o Trabalho, a Habitação, a Alimentação, o Saneamento e a Previdência e Assistência Social.

Deixará de ser incluída uma análise das causas internas e

externas da atual situação social brasileira e do setor específico da saúde, pois ultrapassaria o escopo do trabalho; da mesma forma, o exame dos principais desafios e perspectivas do setor da saúde no País não será exaustivo, pois não se trata de matéria de negociação diplomática; limitando-se a destacar os aspectos dessas questões que mais se aproximam das atribuições e atividades da Chancelaria.

O trabalho visa reunir, de forma ordenada, subsídios e elementos de informação para que as instâncias decisórias do Itamaraty disponham dos dados necessários para considerar a incorporação sistemática dos temas sociais à sua agenda de trabalho. A fim de justificar a adoção dessa linha de ação, o trabalho tentará mostrar que os temas sociais podem servir para alargar o alcance do exercício diplomático e da projeção externa do País assim como podem contribuir para que o Itamaraty se una, com mais determinação, ao empenho nacional com vistas a resolver questões essenciais para a promoção do desenvolvimento.

O trabalho será desenvolvido em duas partes: a primeira, introdutória, será dedicada ao sub-tema "Diplomacia e Temas Sociais"; a segunda, expositiva e analítica, tratará da interação entre "Diplomacia e Saúde" e de suas implicações sobre a formulação e a execução da política externa.

A primeira parte abordará mais especificamente os motivos e os elementos determinantes da importância conferida hoje aos temas sociais pela comunidade internacional, de modo a traçar o contexto favorável em que se insere a proposta central e a realçar suas dimensões diplomáticas, enquanto que a segunda parte destacará os pontos em comum entre a diplomacia e a saúde, mostrando que atualmente eles são bem mais nítidos que antes, seja pela importância que as questões sanitárias adquiriram nas relações entre os Estados e destes com os organismos internacionais, seja pelas repercussões políticas e econômicas das decisões tomadas em foros mundiais e regionais sobre assuntos de saúde.

O capítulo primeiro analisará os aspectos diplomáticos dos temas sociais, focalizando as origens, os fatores e os resultados da ascensão desse campo de atividades nas deliberações dos foros internacionais. Abordará inicialmente as origens do processo, comentando a influência exercida por trabalhos precursores de diversas instâncias da

ONU na construção da "agenda social"; a seguir, examinará os fatores que contribuíram para que os países, de maneira generalizada, voltassem suas atenções para a busca de meios destinados a conter a exclusão social e suas conseqüências desagregadoras; na seqüência, apresentará uma avaliação dos resultados decorrentes dessa tendência, abrangendo uma interpretação do significado da "agenda social" e uma apreciação preliminar dos objetivos das conferências e de outras iniciativas paralelas, finalizando-se com algumas reflexões a respeito das conseqüências desse movimento em torno dos temas sociais sobre a conjuntura das relações internacionais, em particular para o Brasil.

O capítulo segundo buscará mostrar o contexto político-diplomático em que se inseriu cada uma das conferências e as posições assumidas pelo Brasil na fase preparatória e nas negociações levadas a cabo durante os encontros, concluindo-se com a apresentação de alguns argumentos para sustentar a conveniência de se desenvolverem iniciativas coordenadas no plano interno para aproveitar em pleno as oportunidades internacionais na área social.

O capítulo terceiro concentrar-se-á no tratamento internacional dos temas da saúde, a fim de evidenciar que as questões sanitárias estão presentes há bastante tempo em diferentes foros de negociação e que também estão contempladas em diferentes instrumentos internacionais de peso; mostrará, ainda, que o campo de interesse da saúde tem se expandido, à medida que se vêm desenvolvendo novas percepções a respeito do seu significado e de suas crescentes imbricações com outras áreas; encerra-se com a indicação de algumas áreas que têm potencial para o desenvolvimento de um trabalho integrado entre diplomatas e especialistas em saúde.

O capítulo quarto apresentará as oportunidades de cooperação em matéria de saúde oferecidas por instituições multilaterais, regionais e bilaterais, salientando os temas que contêm maior número de possibilidades para a realização de um trabalho coordenado entre a Chancelaria e a área sanitária, bem como procurará demonstrar de que maneira o Governo brasileiro tem respondido a essas situações; analisará, por fim, as perspectivas para atuação no futuro, tendo em conta os possíveis reflexos que poderão resultar para a política externa.

O capítulo quinto descreverá algumas situações correntes de negociações que envolvem a área de saúde no âmbito internacional

e que merecem acompanhamento sistemático do Itamaraty, quer pelas suas repercussões no terreno diplomático propriamente dito, quer pela influência que têm ou poderão ter sobre o setor da saúde no Brasil. Serão selecionados três casos para exemplificar, na prática, a variedade de situações que podem ser encontradas, a afinidade que têm com assuntos mais amplos que são tratados usualmente pelo Itamaraty e os novos desafios que representam.

Nas conclusões, serão apresentadas as razões para fundamentar a proposta central do trabalho, extraídas dos fatos descritos e dos argumentos expostos ao longo do seu desenvolvimento, assim como os pré-requisitos a serem cumpridos para a adoção do enfoque sugerido, juntamente com as repercussões que esse direcionamento poderá acarretar para a formulação e a execução da política externa, mostrando-se sumariamente a experiência bem-sucedida, mas ainda incipiente, desta sistemática de trabalho aplicada ao campo da saúde.

PARTE I

Diplomacia e Temas Sociais

CAPÍTULO 1

O crescimento da importância das questões sociais na agenda internacional

1.1. Origens do Processo

O fim da Guerra Fria constitui o principal acontecimento, do ponto de vista diplomático, a impulsionar o crescimento da importância assumida pelos temas sociais na agenda internacional nos últimos anos. Isto se deve primordialmente ao fato de que as disputas ideológicas, predominantes no chamado "mundo bipolar", inibiam, em grande medida, a discussão das questões sociais no âmbito internacional, seja porque os debates e as negociações se concentravam em temas de segurança e de desarmamento, seja pela falta de abertura dos foros internacionais à participação de atores diretamente envolvidos com a temática social.

Em conseqüência, a consideração das questões sociais estava adormecida: ainda que os órgãos e programas do sistema das Nações Unidas se dedicassem à tarefa de promover a melhoria da qualidade de vida dos grupos sociais carentes, de modo a cumprir o mandato que lhes fora atribuído pela Carta da ONU, dispensavam aos temas sociais um tratamento segmentado e quase mecânico, insuficiente para atrair o interesse político dos países. Estes, por sua vez, reagiam com uma atitude distante e cética em relação às deliberações e resoluções das Nações Unidas, pois estavam conscientes de que seriam mínimas as chances de as propostas apresentadas virem a ganhar a projeção e o respaldo necessários para viabilizar sua implementação, diante da prioridade conferida a outros temas de natureza estratégica ou econômica.

Nem os países nem os organismos internacionais desconheciam, porém, a profundidade e a abrangência dos desafios que se avolumavam e que precisavam enfrentar na área social; apenas duvidavam de que as possíveis correções poderiam prosperar em um contexto marcadamente confrontacionista. A magnitude dos problemas identificados na área social requeria, em suma, soluções corajosas, a exigir compromisso firme do conjunto da comunidade internacional e esta era uma possibilidade irrealista em um mundo dividido entre dois blocos opostos.

Ao reduzir as tensões e desbloquear a agenda dominante, o fim da Guerra Fria abriu o caminho para a progressiva valorização dos temas sociais como componentes intrínsecos das estratégias de desenvolvimento. Estas passaram a receber abordagem inovadora, apoiada em um amplo consenso segundo o qual o aumento das desigualdades de renda intra e entre países, a persistência e até a ampliação dos elevados níveis de pobreza, os impactos sociais negativos decorrentes da precariedade do emprego e a falta de acesso de numerosos grupos populacionais aos serviços básicos de educação e de saúde constituíam desafios e temas a exigir a atenção da comunidade internacional como um todo, na medida em que afetam toda a humanidade, inclusive os países desenvolvidos.

A flexibilização da hierarquia temática que era imposta pela própria dinâmica da confrontação bipolar propiciou, enfim, o surgimento de espaços e oportunidades para a discussão dos temas sociais sem as limitações ideológicas anteriores. Tais temas passaram a aflorar agora com mais desenvoltura e algumas propostas novas, inspiradas em estudos e documentos que vinham sendo elaborados basicamente por órgãos do sistema da ONU, passaram a ter maiores perspectivas de serem testadas na prática.

A principal novidade das proposições residia na incorporação do componente social às concepções e estratégias de desenvolvimento, que foram reavaliadas e que passaram a reconhecer a impossibilidade de "separar" a vertente econômica-social da dimensão política, como antes era habitual, daí generalizando-se a aceitação da noção de que era preciso considerar concomitantemente as diferentes dimensões do desenvolvimento com uma visão integrada. As idéias que iam aparecendo para corrigir as distorções e iniquidades que afetam parti-

cularmente o campo social seguiam a evolução dessas teorias renovadas sobre o processo de desenvolvimento, que passaram a refutar o entendimento tradicional de que os efeitos do crescimento acabariam por se propagar e beneficiar a toda a sociedade.

Em última análise, o fim da Guerra Fria abriu frentes para a valorização dos temas sociais dentro de uma tendência mais ampla, que compreende o aparecimento e a consolidação de concepções inovadoras de desenvolvimento, cuja tese principal é a de que as pessoas devem ser o objetivo último e o centro de qualquer estratégia. Este enfoque na verdade vinha sendo elaborado desde muito antes, através de documentos e estudos desenvolvidos no âmbito da ONU e representa uma contribuição importante para a construção da agenda social que virá depois. Para que se tenha uma compreensão mais completa do trabalho que vinha sendo realizado e que pôde avançar com mais rapidez e obter maior visibilidade graças ao final da Guerra Fria, vale a pena recapitular suas principais etapas.

Desde o seu início, as Nações Unidas vinham procurando atuar na esfera social, por determinação da própria Carta de São Francisco. A criação do Conselho Econômico e Social (Ecosoc) como um de seus órgãos principais confirma que à época de sua fundação já havia o propósito de atribuir competência, responsabilidade e funções à Organização nesta área. O conceito de "desenvolvimento social", porém, não havia sido contemplado na Carta e só iria se firmar na década de 60, quando o tema do desenvolvimento passou a ganhar projeção internacional, no bojo do processo de descolonização. Mesmo assim, o alcance de seu significado ainda não era preciso.

A abordagem adotada pelo Ecosoc para examinar a temática social era fragmentada, ocupando-se separadamente de tópicos relacionados com a educação, a saúde, o trabalho, a habitação, a previdência social e os serviços básicos à população desassistida. Alguns desses setores, inclusive, já eram tratados em agências especializadas do sistema (a Organização Mundial de Saúde, a Organização Internacional do Trabalho e a Organização para a Educação, a Ciência e à Cultura), restando ao Ecosoc um papel secundário nas deliberações sobre o vasto universo das questões sociais. Note-se, ademais, que o conjunto dos assuntos sociais estava marcadamente subor-

dinado às tendências e políticas econômicas, refletindo o pensamento predominante naquele período em matéria de desenvolvimento.[1] A própria Comissão para o Desenvolvimento Social, constituída em 1966 para auxiliar o Ecosoc no encaminhamento dos temas que lhe eram afetos, desde seu começo contou com um número reduzido de países membros e suas resoluções e recomendações eram analisadas com certa negligência pelos órgãos superiores.

Essas circunstâncias comprometiam seriamente o rendimento das atividades desenvolvidas pelo Ecosoc na área social e evidenciavam que o mandato que lhe fora delegado inicialmente era bem mais formal do que efetivo.

Dadas as limitações e a falta de apoio político dos órgãos da ONU que, pela estrutura institucional da organização, deveriam suscitar, coordenar e conduzir as discussões sobre a temática social, suas atividades no período da Guerra Fria não chegaram a constituir uma referência relevante para a estrutura da "agenda social" que irá despontar posteriormente. Em paralelo a elas, outras instâncias das Nações Unidas vinham se dedicando à área social com mais vigor, profundidade e originalidade, produzindo documentos conceituais e propositivos que podem ser qualificados como precursores do movimento que ganhará força no início da década de 90.

O Unicef destacou-se neste trabalho, ao encomendar a vários especialistas, em 1985, um estudo extenso e profundo sobre as conseqüências sociais das políticas de ajuste econômico que se praticava em muitos países, intitulado "Ajuste com rosto humano". Sua finalidade era demonstrar aos Governos e às instituições internacionais diretamente envolvidas a necessidade de tomarem em conta a dimensão humana como parte integral daquelas políticas.[2]

O estudo se centrava nas ações que deveriam ser levadas a cabo tanto para evitar os retrocessos nas condições de vida das populações como para restabelecer o crescimento econômico e o desenvolvimento, através de um modelo que conferia prioridade à satisfação

[1] Documento das Nações Unidas. "Social Policy and Social Progress" – Special Issue on the Social Summit, Nova York, 1996, pp. 5-6.

[2] UNICEF. "Ajuste con rostro humano", Giovanni Andrea Cornia, Richard Jolly e Frances Steward, (compiladores) Siglo XXI de España Editores, 1987.

das necessidades humanas básicas, particularmente aquelas dos grupos mais vulneráveis. Apresentava, em síntese, três razões principais para não haver descuido com as dimensões humanas nas estratégias de desenvolvimento: em primeiro lugar, o fato de que as necessidades básicas de saúde, nutrição e educação são imediatas e, não sendo atendidas, comprometem toda a geração futura de um país; em segundo, a idéia de que as medidas de apoio a segmentos carentes constituem investimentos em capital humano e, consequentemente, reforçam a capacidade produtiva de um país; por último, argumentava que se admitirmos como objetivos últimos de toda política de desenvolvimento o progresso social e o bem-estar, seria uma incoerência pensar que eles poderiam ser alcançados a longo prazo sem uma ênfase nos aspectos humanos a curto prazo.

A proposta elaborada para atender essas preocupações continha seis elementos principais, a saber:

1. adoção de políticas macro-econômicas pelo menos em parte expansionistas, destinadas a manter os níveis de produção, de investimento e de atendimento das necessidades humanas durante o período de ajuste;
2. utilização de políticas para reestruturar e priorizar recursos e atividades econômicas em favor dos pobres e de proteção aos grupos vulneráveis;
3. emprego de programas setoriais para reforçar as atividades geradoras de emprego e renda e para elevar a produtividade das atividades econômicas de pequena escala;
4. uso de políticas destinadas a melhorar a eqüidade e a eficiência do setor social, redirecionando o gasto público de áreas dispendiosas para serviços básicos de baixo custo;
5. criação de programas compensatórios de duração limitada para promover e proteger a saúde básica e os níveis de nutrição dos segmentos sociais carentes durante o ajuste, até que a retomada do crescimento lhes permitisse satisfazer de maneira independente suas necessidades mínimas;
6. acompanhamento dos níveis de qualidade de vida das camadas mais pobres, a fim de que a eficácia dos programas pudesse ser avaliada e as medidas ajustadas.

O estudo identificava, ainda, a necessidade de mudanças

no sistema econômico internacional, através de três tipos de políticas a serem seguidas pelos países desenvolvidos. As primeiras seriam orientadas para revitalizar os baixos níveis da demanda mundial, permitir aos países em desenvolvimento maior acesso aos mercados dos países industrializados, reduzir as taxas de juros praticadas no mercado mundial e incrementar o fluxo líquido de recursos para os países em desenvolvimento; as segundas residiriam na adoção de mecanismos de compensação para os países de renda baixa e as terceiras consistiriam em apoio especial àqueles países que seguissem políticas de "ajuste com rosto humano", estimulando a participação dos ministérios e das organizações internacionais que se ocupassem de temas sociais na formulação de políticas macro-econômicas.

Sem deixar de ter um corte tradicional no campo econômico, as proposições acrescentavam alguns elementos inovadores, ao estimularem a integração e a complementaridade dos setores econômicos e sociais e sugerirem tratamento diferenciado àqueles governos que se mostrassem sensíveis ao atendimento das necessidades básicas da população.

Este enfoque alternativo tinha como linha mestra de suas recomendações, em síntese, o reforço do papel redistributivo do Estado, por meio do aumento da oferta de seus serviços básicos para os pobres e apoiava-se na noção de que o desenho das políticas sociais não deveria ser considerado como um apêndice e sim parte integrante da formulação da política econômica. O estudo propunha, concretamente, um conjunto de políticas nos níveis macro, intermediário, setorial e micro voltado para as áreas chaves do emprego, da educação, da saúde e da nutrição.

As idéias apresentadas receberam, inicialmente, firme apoio de vários países membros do Conselho Executivo do Unicef, a começar pelo Canadá, pela Holanda e pela Suécia, ampliando-se depois a vários outros. A pedido do FMI e do Banco Mundial, o Unicef começou um diálogo com as duas instituições para a definição das diretrizes que ambas poderiam assumir e sobre as formas de colaboração com outras agências e organismos internacionais, inclusive não-governamentais, envolvidas diretamente com os aspectos humanos do desenvolvimento. As questões levantadas também foram debatidas com ênfase especial nas sessões das Assembléias-Gerais da ONU de 1985 e de 1986, ao mesmo tempo em que muitos governos de países em

desenvolvimento expressavam, em diferentes foros, a necessidade de abordagens alternativas para o ajuste.

As repercussões do "ajuste com rosto humano" foram bastante amplas, porque o seu conteúdo diferenciava-se significativamente das concepções anteriores do desenvolvimento. Como se sabe, as propostas iniciais de desenvolvimento, na década de 50, concentravam-se em fórmulas para "maximizar" o crescimento, pois entendia-se que os seus benefícios acabariam difundindo-se por toda a sociedade, chegando até a sua base.

Nas duas décadas seguintes, a experiência mostrou que a transferência dos resultados do crescimento para a sociedade em geral tinha limites e que a elevação da pobreza muitas vezes acompanhava o crescimento, seja pelas distorções na distribuição da renda, seja pelos altos níveis de desemprego, ou, ainda, pelo aumento das desigualdades sociais causado por fatores estruturais em certos países. As estratégias de desenvolvimento passaram, então, a enfatizar medidas voltadas para a erradicação da pobreza, para a garantia de níveis adequados de emprego e para a distribuição da renda, incorporando, a seguir, programas para ampliar a oferta de serviços básicos e, assim, cobrir as necessidades primárias da população. Esta abordagem predominava nos anos 70 entre agências internacionais de cooperação para o desenvolvimento, com o apoio dos países doadores e de organismos multilaterais, fundamentalmente a Organização Internacional do Trabalho (Oit) e o Banco Mundial.

A crise financeira iniciada naquela mesma década e, em menor medida, as alterações políticas em alguns dos países doadores, porém, produziram nova reviravolta desta abordagem pelos principais organismos internacionais. Praticamente todas as recomendações oriundas desses organismos passaram, então, a preconizar simplesmente o "ajuste", descuidando do atendimento das necessidades básicas, das questões da pobreza e de renda e dos serviços básicos para os segmentos mais vulneráveis. O modelo de "ajuste com rosto humano", do final da década de 80, veio, portanto, contrabalançar essa tendência, por conceber que uma estratégia para proteger os grupos vulneráveis não só melhoraria o bem-estar, mas seria também economicamente eficiente. Sua premissa era que o investimento em capital humano é tão essencial e produz rendimentos tão altos para o crescimento econômi-

co quanto as inversões em capital físico, e, para confirmar sua validade, utilizava-se de exemplos de países da Ásia Oriental.

Em síntese, o enfoque do Unicef representa um avanço na construção de novos paradigmas de desenvolvimento, ao defender a interação dos aspectos econômicos e sociais e enfatizar que a melhoria dos padrões de vida das pessoas é o objetivo central das estratégias.

Além deste, outro principal trabalho a repercutir na "agenda social", pela originalidade dos conceitos e propostas, foi o Relatório sobre Desenvolvimento Humano, documento preparado em 1990 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) com a contribuição de várias agências e organizações do sistema da ONU, dentre as quais a Fao, a Oit, a Unesco, a Oms, o Unicef, o Fnuap e a Unido, juntamente com o Banco Mundial.[3]

A mensagem principal do Relatório é a de que as pessoas devem estar no centro de qualquer estratégia de desenvolvimento e não podem ser reduzidas a simples criaturas econômicas. Ao fazer o diagnóstico da situação sócio-econômica dos países em desenvolvimento, o documento destaca alguns pontos significativos, reproduzidos a seguir. A primeira constatação é a de que os países em desenvolvimento têm obtido progressos expressivos na promoção do desenvolvimento humano, mas os desafios a vencer ainda são inúmeros, pelas próprias dimensões dos problemas existentes e das privações a serem superadas. Além disso, reconhece que vários países em desenvolvimento com altos índices de crescimento estão verificando que apesar das taxas elevadas de aumento do Produto Interno Bruto (Pib), não têm conseguido reduzir as carências sócio-econômicas de numerosos segmentos de suas populações.

Apoiado nessas evidências, o documento procura demonstrar que é possível levar o mundo em desenvolvimento a padrões aceitáveis de desenvolvimento humano em um prazo razoável e com um custo modesto, desde que os esforços nacionais e a cooperação internacional estejam adequadamente direcionados nesse sentido. Segundo o Relatório, é também possível alcançar níveis razoáveis de desenvolvimento humano mesmo que os países disponham de níveis modestos de renda, como seriam os casos do Chile, da Costa Rica, da Jamaica, da

[3] UNDP. "Human Development Report". New York, Oxford University Press, 1990.

Tailândia e do Sri Lanka, entre outros países.

Diante destes exemplos, a conclusão do trabalho é a de que mesmo sem taxas satisfatórias de crescimento econômico ou de distribuição de renda, os países podem alcançar melhorias significativas nos seus níveis de desenvolvimento humano, por meio de gastos públicos bem estruturados. As experiências em diferentes países demonstrariam, enfim, vários casos de altas taxas de desenvolvimento humano com índices modestos de renda e taxas medíocres de desenvolvimento humano com níveis relativamente altos de renda. O documento acrescenta, ainda, que os subsídios sociais são absolutamente necessários para os grupos de menor renda e idealmente podem chegar a se tornar instrumentos efetivos para a redistribuição de renda.

As análises levadas a cabo convenceram os autores, ademais, de que os países em desenvolvimento são capazes economicamente de pagar pelo desenvolvimento humano e, simultaneamente, administrar a promoção do crescimento. Na avaliação do documento, a noção de que o desenvolvimento humano só pode ser promovido às expensas do crescimento econômico é falsa e subestima o retorno dos investimentos em saúde e educação, que podem ser bem altos. Outra questão suscitada pelo Relatório é a de que um ambiente externo favorável é crucial para apoiar as estratégias voltadas para o desenvolvimento humano e que a cooperação internacional precisa ser revista para poder ajudar mais efetivamente a sua construção nos países em desenvolvimento.

O trabalho já incluía entre suas proposições centrais o conceito de desenvolvimento sustentável, antes dele ser consagrado pela Rio 92, ao estabelecer que a promoção do desenvolvimento deve estar orientada para atender as demandas da geração atual sem comprometer a capacidade das futuras gerações de responderem às suas próprias necessidades. O enunciado básico do Relatório é de que o desenvolvimento humano é um processo de ampliação da capacidade de escolha das pessoas e, dentro deste conjunto de opções, as mais essenciais são uma vida longa e saudável, a educação e a renda necessárias para disporem de um padrão de vida decente. Em outras palavras, recomenda que o objetivo último do desenvolvimento seja o bem-estar e que o foco central do planejamento recaia sobre a maneira de relacionar os meios para a obtenção desta finalidade.

Dentro desta perspectiva, o desenvolvimento humano é medido não apenas pelos indicadores de renda mas também por meio de um índice mais abrangente e complexo, que inclui variáveis como expectativa de vida ao nascer, níveis de alfabetização e acesso aos recursos indispensáveis para que o indivíduo tenha um padrão de vida aceitável, que acabou sendo interpretado e aceito como um parâmetro mais completo para mensurar o progresso sócio-econômico dos países.

Em última análise, o crescimento é visto nesta concepção como um elemento absolutamente indispensável para que as necessidades humanas essenciais sejam atendidas, mas o importante é examinar de que maneira este crescimento se traduz – ou não – em desenvolvimento humano, pois inexiste relação automática entre elevação da renda e progresso humano. Isto equivale a dizer que o crescimento do Pib é considerado necessário mas não suficiente para promover o desenvolvimento humano e que os múltiplos problemas em um bom número de países industrializados comprovam que altos níveis de renda por si só não garantem avanços na direção do progresso humano.

A perspectiva do Relatório quanto às possibilidades de implementação de suas propostas é muito positiva, pois avalia que raras vezes terá havido um consenso tão amplo sobre os objetivos reais das estratégias de desenvolvimento como agora. A avaliação expressa no documento é a de que qualquer estratégia de desenvolvimento concebida para a década atual inclui metas relacionadas com a aceleração do crescimento econômico, com a redução da pobreza absoluta e com a prevenção da deterioração continuada do ambiente. O elemento mais inovador proposto pelo conceito de desenvolvimento humano residiria, então, na aglutinação destes esforços em torno da finalidade principal de expandir as opções da população, valorizando a dimensão humana.

As medidas políticas recomendadas pelo Relatório para que os países alcancem os objetivos indicados compreendem a promoção do crescimento com eqüidade, o atendimento das necessidades básicas, a redução das disparidades e o estímulo à participação da iniciativa privada como parceira na promoção do desenvolvimento. Antecipando-se às recomendações dos documentos resultantes do ciclo de conferências mundiais sobre temas globais, que estipulam metas sociais a serem alcançadas pelo conjunto da comunidade internacional, o Relatório chama atenção para a importância de os governos assumi-

rem compromissos em conferências e foros internacionais com objetivos universais na área social, pois servem como referência para suas atuações neste campo e contêm indicadores-chaves para o acompanhamento dos avanços obtidos no caminho do desenvolvimento humano.

Ao se ocupar mais precisamente do cenário internacional, o Relatório mostra-se bastante afinado com as principais preocupações conjunturais do final dos anos 80 e do início da década atual, propondo soluções para a crise da dívida, – que era uma dificuldade de quase todos os países em desenvolvimento – e para a diminuição das práticas comerciais protecionistas dos países desenvolvidos – antigo pleito dos primeiros. Faz ainda um chamamento aos países doadores para revitalizarem as várias modalidades de cooperação para o desenvolvimento e manifesta, por fim, certa inquietação com o processo de integração econômica regional e sub-regional, que ganhava força, pelos riscos que poderia apresentar para os países que ficassem fora desses arranjos.

O terceiro trabalho selecionado no presente estudo como precursor das mudanças na concepção de desenvolvimento e que contribuiu para impulsionar a "agenda social" da ONU é de caráter regional. Foi escolhido deliberadamente por se referir à área geográfica onde está situado o Brasil e, portanto, basear-se em uma situação sócio-econômica que nos é conhecida e próxima. Trata-se de um documento elaborado em 1990 pela Comissão Econômica das Nações Unidas para a América Latina (Cepal), intitulado "Transformação Produtiva com Eqüidade".[4] Tomando em consideração as lições deixadas pela crise econômica da região na década de oitenta, o trabalho traça os contornos da tarefa entendida como primordial e comum a todos os países da América Latina nos anos 90 no campo sócio-econômico: promover a transformação das estruturas econômicas tendo como referência a obtenção progressiva de maior eqüidade social.

Faz um diagnóstico da situação regional com uma perspectiva marcadamente econômica, bastante semelhante a outras análises disponíveis e aponta uma série de problemas estruturais na econo-

[4] CEPAL. "Transformación productiva con equidad: la tarea prioritaria del desarollo de America Latina y el Caribe en los años noventa", Santiago, 1990.

mia da região em relação a outras áreas geográficas, reconhecendo alguns avanços de natureza político-institucional tanto intra como entre os países e chamando atenção para o elevado custo social das políticas de ajuste aplicadas na década passada. Em função da acelerada deterioração nas condições de eqüidade nos anos 80, desenvolve a idéia de que em termos históricos a última década tornou-se um ponto de inflexão entre o antigo padrão de desenvolvimento na América Latina e uma nova fase, ainda não definida em sua totalidade, mas calcada seguramente na noção de que é inadiável o aprimoramento dos níveis de eqüidade social na região.

O documento afirma que a consecução dos objetivos de crescimento e de eqüidade deve ser objeto tanto das políticas econômicas quanto das políticas sociais, pois ambas influem nos efeitos distributivos do desenvolvimento. Em outras palavras, o enfoque integrado proposto pela Cepal destaca a importância de políticas econômicas que favoreçam não apenas o crescimento mas também a eqüidade e, simultaneamente, as políticas sociais, tanto pelos seus impactos sobre a eqüidade quanto sobre os níveis de produtividade. Ressalta ainda a importância do cenário internacional para o sucesso dos esforços nacionais na promoção do desenvolvimento, ao propor como um elemento essencial das estratégias o aumento da competitividade internacional dos países da região. Dentro desta abordagem, sublinha a prioridade da cooperação econômica internacional para dinamizar a capacidade produtiva dos países latino-americanos.

O trabalho considera como um dos fatores chaves para que os países possam aumentar suas capacidades de competir internacionalmente a incorporação sistemática do progresso técnico ao processo produtivo, juntamente com a adoção de políticas e medidas para redistribuir a renda. Entre essas medidas, o documento sugere programas abrangentes de capacitação da força de trabalho e o aperfeiçoamento dos serviços sociais, de modo a atender com maior eficácia as necessidades básicas da população, inclusive com a utilização de políticas fiscais e com a reorientação do gasto público para financiar projetos de conteúdo social. A tônica da proposta reside no enfoque integrado das políticas econômicas e sociais, assinalando os seus efeitos positivos para a promoção do desenvolvimento.

O conjunto de abordagens não-tradicionais do desenvolvi-

mento que acaba de ser descrito indica, em suma, novas tendências e propõe estratégias diferentes para lidar com questões antigas, que têm assumido novas feições e dimensões nos últimos anos, passando a exigir soluções inovadoras. Apesar de algumas diferenças em seus enunciados, o elemento comum a todas essas propostas é, sem dúvida, a importância que dispensam aos temas sociais e à sua integração às estratégias econômicas, mostrando a estreita ligação dessa abordagem com a tônica que irá predominar nas discussões e decisões das conferências que compõem a agenda social da ONU.

Esse esforço para encaminhar as questões do desenvolvimento em novas bases foi fortemente influenciado na década atual por alguns fatores, como a crise dos preceitos e metas do *welfare state*, a aceleração do processo de globalização em suas múltiplas vertentes e a expansão dos mecanismos da integração regional ou subregional, que serão comentados a seguir.

1.2. Fatores

Vários estudos recentes demonstram que a capacidade do Estado de promover sozinho o desenvolvimento social através dos mecanismos próprios do w*elfare state* está em crise no mundo inteiro. Em resumo, a fase de crescimento destes sistemas de proteção social, que havia durado décadas, foi interrompida nos últimos anos.

Alguns analistas[5] chegam a afirmar que nas economias abertas e globalmente integradas de hoje, muitas da premissas que guiaram a construção dos *welfare state* não são mais vigentes. Na opinião de Sônia Draibe[6], os sistemas de proteção social concebidos na forma de w*elfare state* não foram desenhados nem estão capacitados para enfrentar a situação atual de redução do trabalho e, portanto, sua própria natureza se vê afetada, acusando perda gradativa de poder para corrigir ou atenuar as iniqüidades sociais.

[5] Gösta Esping – Andersen. "O Futuro do Welfare State na nova ordem mundial", em Revista Lua Nova, nº 35, editada pelo Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (CEDEC), São Paulo, 1995, pp. 73-109.

[6] Draibe, Sonia. "Proteção Social e Desenvolvimento Humano na América Latina: as políticas sociais de nova geração", texto preparado para o PNUD, s/d.

O fato é que no grupo de países que dispõem de sistemas avançados de bem-estar social ocorreram mudanças econômicas, políticas, sociais e demográficas na década atual que vêm tornando cada vez menos adequadas as políticas de proteção social que eram efetivas no pós-guerra.

As mudanças econômicas que têm influenciado esta situação, particularmente nos países desenvolvidos, incluem o crescimento mais lento e a "desindustrialização", os níveis altos e crescentes de desemprego, o aumento exponencial dos custos da assistência à saúde e o crescimento da força de trabalho feminina. Paralelamente, os recursos disponíveis para financiar o *welfare state* têm se reduzido, pela diminuição das taxas de crescimento econômico e conseqüente encolhimento das bases tributárias, pela queda sistemática do gasto social e pela tendência à diminuição dos encargos sociais dos empregadores, de modo a estimular a criação de emprego e evitar a perda da competitividade no mercado internacional.

No âmbito político, os compromissos de corte dos gastos públicos para diminuir os déficits orçamentários têm tido repercussões sobre o *welfare state*, uma vez que as medidas abrangem a redução do público-alvo do apoio, cada vez mais limitado aos grupos vulneráveis. Do ponto de vista demográfico, o envelhecimento populacional afeta significativamente a crise, ao estabelecer níveis de dependência onerosos entre ativos e inativos, cargas fiscais severas, aumento dos gastos com pensões e aposentadorias e com assistência à saúde, sobrecarregando ainda mais o sistema que já está desequilibrado. A redução dos benefícios sociais e a depreciação dos níveis salariais nos países da Europa Ocidental, durante a década de 80, se somaram ao aumento sem precedentes da pobreza na região, elevando, em conseqüência, as demandas ao sistema de proteção social e ameaçando a viabilidade futura dos compromissos típicos do *welfare state*.[7]

Embora o processo que acaba de ser descrito tenha ocorrido primordialmente na Europa, onde a implantação do *welfare state* é mais tradicional e seu alcance mais amplo, a crise também se propagou às outras regiões do mundo, por causas razoavelmente semelhantes.

[7] Banco Inter-Americano de Desenvolvimento. "Social Protection Reform in Europe: Dismantling the Welfare State?" Economic Report nº 17, Paris , maio de 1996.

No antigo leste europeu, as reformas pós-democracia desmantelaram o regime de bem-estar bastante avançado que havia anteriormente. A privatização (ou colapso) das empresas públicas, o desemprego em massa e a desmontagem dos programas de preservação da renda levaram a um crescimento alarmante da pobreza e dos índices de mortalidade e de morbidade. Nos Estados Unidos, um dos pressupostos básicos do *welfare state* sempre foi o de que os planos de apoio das empresas complementariam adequadamente a rede básica de proteção pública. Ambas se reduziram acentuadamente na década de oitenta, sobretudo pelo corte dos encargos trabalhistas fixos. O resultado desta tendência é que houve um declínio contínuo da parcela de trabalhadores cobertos pela previdência e pelos planos de saúde, afetando especialmente a população economicamente ativa, jovem e de baixa renda.

Na América Latina, os incipientes sistemas de proteção social também passaram por alterações profundas nos últimos anos, por razões parecidas àquelas que ocorreram na Europa Ocidental, mas naturalmente em menor grau. Em vista da crise, vários países da região passaram a adotar políticas de privatização do bem-estar social, o que significa um retorno aos benefícios seletivos ao invés de universais e à aceitação de uma maior diferenciação nos ganhos, que já eram muito desiguais por razões históricas conhecidas.[8] Os países emergentes da Ásia Oriental, cuja prosperidade é recentíssima, foram menos abalados pelas circunstâncias apontadas, seja porque seus sistemas de proteção social ainda estão se formando, seja porque seus modelos de desenvolvimento apóiam-se fortemente em uma força de trabalho instruída e sã, de modo a assegurar altos níveis de produtividade e de competitividade. O modelo de proteção social em formação naquela região incluiu, enfim, altos investimentos, principalmente em educação, saúde e serviços sociais.

O que se nota, em geral, é que as alterações tentadas para aprimorar os graus de eficiência e de efetividade dos programas sociais têm produzido resultados modestos e que o perfil de endividamento da grande maioria dos países em desenvolvimento oferece pouca flexibili-

[8] Draibe, Sonia. "Brasil: o sistema de proteção social e suas transformações recentes" em Revista da Cepal, série Reformas de Política Pública nº 14, Santiago do Chile, 1993.

dade aos governos para dar prioridade às despesas sociais e revigorar a função social do Estado. Além disso, parece inegável que o maior impacto sobre o modelo do *welfare state* provém das transformações na esfera do trabalho, uma vez que o desemprego estrutural, o subemprego , o emprego precário e de baixa qualidade e a flexibilização das relações trabalhistas acarretam o aumento das demandas ao sistema de bem-estar, que vem perdendo progressivamente seu equilíbrio e sustentabilidade, como já foi mencionado.

Diante deste quadro de crise, a maior parte dos países iniciou nos últimos anos programas abrangentes de reforma, que se caracterizam fundamentalmente pela redução dos gastos sociais, pelo corte dos benefícios, pela diminuição da abrangência da cobertura oferecida, por medidas de flexibilização e de desregulamentação trabalhista e pela redução das fontes de financiamento de programas e projetos sociais.

O resultado observado é que aqueles países que vêm seguindo uma estratégia de liberalização mais profunda nas relações de trabalho estão sendo melhor sucedidos em termos de preservação de empregos, mas pagam alto preço em desigualdade e pobreza; ao contrário, aqueles países que resistem à mudanças pagam o preço do desemprego alto. De um modo geral, as conseqüências têm sido a ampliação das desigualdades e a divisão das sociedades entre aqueles que trabalham e são protegidos e os que são desempregados ou têm empregos precários e contam com baixa ou nenhuma proteção social. O aumento da demanda por programas sociais – que é uma decorrência natural desta dinâmica – tem gerado, em um primeiro momento, a perda da eficácia da proteção social, que é agravada pela diminuição das receitas tributárias e fiscais e pode chegar a provocar a ruptura do *welfare state*.

A constatação generalizada é a de que os sistemas de *welfare state* que vinham sendo seguidos para assegurar a integração social dos diferentes grupos populacionais, principalmente pelos países do primeiro mundo, passaram a perder capacidade para cumprir suas funções e têm contribuído para reforçar o interesse dos países desenvolvidos em buscar outras soluções. Nessas circunstâncias, este países começaram a apoiar com maior determinação as discussões em torno dos temas sociais e participaram ativamente dos debates e consultas

que culminaram com a convocação das conferências sobre temas globais, até porque os governos daqueles países não ignoram o caráter universal de certos problemas na área social.

Outro fator que contribuiu para a revitalização das políticas sociais e sua ascensão como tema a merecer importância na agenda internacional foi a aceleração, nos últimos anos, do processo de globalização em suas múltiplas vertentes. Em termos muito simplificados, o padrão produtivo cada vez mais intensivo em tecnologia e a acelerada competição em dimensões mundiais exigem uma mão-de-obra qualificada e para obtê-la é essencial a preservação dos investimentos em serviços básicos como educação e saúde, assim como uma política de distribuição de renda que promova o crescimento da produtividade dos grupos sócio-econômicos menos favorecidos. A eficácia da ação pública na promoção do crescimento econômico requer, enfim, a provisão de programas e serviços de conteúdo social por exigência do mercado globalizado, uma vez que as experiências recentes de alguns países revelam que, não sendo complementares as decisões econômicas e os investimentos em capital humano, a inserção internacional do país – comercial, econômica, financeira – é bem mais difícil e lenta, ao mesmo tempo em que aumentam os riscos internos de uma segmentação irreparável da sociedade, com a conseqüente instabilidade político-institucional que se instala e a redução do potencial nacional para atrair parcerias externas.

Também em resposta às novas exigências da globalização econômica, propagou-se nos últimos anos o conceito de capital humano e sua extensa disseminação representou um reforço para fundamentar políticas voltadas para a melhoria dos sistemas educacionais, de saúde e de infra-estrutura social nos países em desenvolvimento, contrabalançando as teses que vinham sendo aceitas no mundo inteiro, praticamente sem questionamentos, preconizando a diminuição do papel do Estado na área social. A concepção de "capital humano" responderia, em suma, às novas demandas que recaem sobre a força de trabalho, decorrentes das inovações técnicas e organizacionais do sistema produtivo, que se tem propagado a partir das economias avançadas e que em termos mais gerais constitui uma adaptação do sistema produtivo aos altos níveis de competitividade cobrados pela dinâmica veloz da

globalização.

O fenômeno da globalização acelerada evidencia, ainda, as vantagens econômicas da implantação de padrões produtivos tão homogêneos quanto possível em países diferentes, na medida em que ampliam as possibilidades de incorporação de tecnologias mais competitivas e contribuem para a melhor inserção internacional de cada um deles. Nesta perspectiva, a falta de acesso de numerosos grupos da população a bens e serviços básicos e as desigualdades sociais pronunciadas entre países que se poderiam complementar economicamente passaram a ser entraves para a modernização dos setores produtivos e para uma assimilação rápida de tecnologias sofisticadas.

Vários estudos indicam, enfim, que crescimento econômico e eqüidade devem ser variáveis complementares de uma mesma estratégia de integração competitiva no mercado globalizado e que a redução da pobreza é elemento chave, não só por razões de justiça social, mas também porque a pobreza aumenta os riscos ambientais e sociais dos países, debilitando suas capacidades de competir nos mercados internacionais e regionais. Consolida-se, em última análise, a noção de que as políticas econômicas precisam ser aliadas das políticas sociais, por serem inseparáveis e porque dessa integração dependerá, a médio e longo prazo, a própria continuidade do processo de reformas econômicas para acompanhar a globalização.

Uma outra tendência que pode ser entendida como um fator incidente na crescente importância internacional dos temas sociais é o aumento do número de mecanismos de integração regional e sub-regional que se foram estabelecendo recentemente. Afinal, mesmo os casos de processos de integração com finalidade estritamente econômica e comercial provocam conseqüências sobre a área social, ainda que indiretas, e essas ganham dimensão internacional. Na verdade, as tentativas de promover o estreitamento das relações entre grupos de países incluem a proposta de estimular a harmonização de legislações que abrangem a área social, pois seria inviável aproximar economicamente parceiros que possuam arcabouços legais muito díspares para esta área.

Vistas as origens do processo que progressivamente foi criando as condições para a transformação das questões sociais em "temas globais" e apresentados alguns dos fatores que contribuíram

para consolidá-lo e para reunir em torno das suas propostas principais o apoio político-diplomático da grande maioria da comunidade internacional, serão comentados, a seguir, os resultados mais concretos desta tendência, que formam a chamada "agenda social" da ONU.

1.3. Resultados

A agenda social da ONU é uma denominação surgida no período pós-Guerra Fria e designa "o esforço normativo nos diversos campos da esfera social realizado pelo conjunto de conferências mundiais sobre temas globais da década de 90[9]". Extrapola, portanto, o trabalho regular dos órgãos que, pela estrutura institucional da Organização das Nações Unidas, tratam de temas sociais, como o Conselho Econômico e Social e sua Comissão sobre Desenvolvimento Social, abordados antes.

O trabalho diplomático preparatório e as complexas negociações levadas a cabo durante a seqüência inédita de conferências, que serão comentados mais adiante, representam, no fundo, um empenho conjunto da comunidade internacional no sentido de estabelecer, consensualmente, um elenco de diretrizes, de estratégias e de ações de alcance universal para contrabalançar os efeitos da atual dinâmica da economia globalizada, que, pelo menos em um primeiro momento, vem aprofundando os desequilíbrios sociais no mundo inteiro, ao aumentar significativamente as desigualdades, acentuar a concentração de renda e acelerar a propagação da pobreza.

O envolvimento da comunidade internacional nos preparativos e deliberações das conferências traduz a preocupação generalizada dos países com as conseqüências desagregadoras, no campo social, das novas características da economia internacional, principalmente por agudizarem as tensões e conflitos internos, comprometerem a governabilidade e provocarem instabilidades que podem expandir-se para o âmbito internacional.

As seis conferências sobre temas globais constituem, de fato, estágios consecutivos de um mesmo ciclo, em que cada uma for-

[9] Lindgren Alves, J. A. "A Agenda Social da ONU contra a desrazão pós-moderna", em Revista Brasileira de Ciências Sociais, Ano 11, nº 30, fevereiro de 1996.

nece *inputs* às posteriores e estas, por sua vez, "retroalimentam" as decisões das precedentes, diferenciando-se, assim, dos encontros sobre estes mesmos temas que lhes antecederam e que foram independentes entre si. Formam, portanto, um conjunto quase sistêmico, que aborda as questões de maneira abrangente e integrada, como temas que envolvem toda a humanidade[10].

Os compromissos, recomendações e programas resultantes do conjunto das conferências contêm, por outro lado, um enfoque inovador, abrangente e integrado dos temas sociais e uma reavaliação das propostas de desenvolvimento, na tentativa de imprimir-lhes um sentido humanístico e, assim, oferecer uma resposta e uma alternativa à supremacia dos ditames puramente econômicos, cujas tendências globalizantes têm piorado sensivelmente os padrões de eqüidade social pré-existentes, particularmente em termos de acesso aos serviços sociais básicos e de distribuição da riqueza.

Em sentido mais pragmático, a série de conferências pode ser entendida como um movimento compartilhado pela grande maioria dos países para expressar suas sérias preocupações com as questões sociais em todo o mundo, cabendo à ONU a tarefa de conduzir as reflexões e de conceber coletivamente propostas alternativas de desenvolvimento que levem em conta os aspectos sociais, justamente para procurar reduzir a gravidade dos problemas existentes. Sem dúvida, as discussões ampliaram o debate sobre os objetivos últimos do desenvolvimento e serviram para que a ONU, na qualidade de condutora deste processo, recuperasse parte de sua credibilidade, bastante contestada como instituição mundial organizadora das relações entre os Estados.

Na avaliação de Ignacy Sachs, a agenda social constitui uma recusa implícita de teorias economicistas que fazem do crescimento o objetivo central, senão único, das estratégias de desenvolvimento, assim como assinala o fim da crença na difusão quase automática dos resultados do crescimento econômico para o conjunto da sociedade.[11] Ainda segundo Sachs, as conferências fazem parte da busca por novos paradigmas de desenvolvimento, que seriam construídos a

[10] Lindgren Alves, J. A. idem

[11] Sachs Ignacy. "Em busca de novas estratégias de desenvolvimento" em Revista de Estudos Avançados da USP, nº 25, setembro/dezembro 1995, pp. 29-61.

partir da reavaliação de temas que foram objeto de exame e de negociações durante os encontros, tais como: a superação do economicismo; as relações entre o econômico, o ecológico e o social; a redefinição do papel do Estado; e as novas formas de parcerias do sistema internacional. Em seu entender, o termo "desenvolvimento" seria reservado para designar as estratégias que contemplam as dimensões econômica, social e ecológica, em oposição às diversas formas de "mau desenvolvimento"ou de desenvolvimento desequilibrado.

Em artigo recente, o ex-Secretário-Geral da ONU, Boutros Boutros-Ghali referiu-se às conferências como um meio para aumentar a conscientização, no mundo inteiro, dos problemas decorrentes da elevação dos níveis de pobreza e um instrumento para enfatizar a necessidade de os países adotarem políticas e programas abrangentes na área social, assim como um esforço da comunidade internacional para estabelecer marcos de referência para a ação internacional destinada a corrigir ou atenuar as dificuldades dos grupos afetados negativamente pelas tendências globalizantes.[12]

As opiniões a respeito do conteúdo e do significado das conferências convergem no sentido de reconhecer o papel fundamental que representaram para a consolidação do crescimento da importância dos temas sociais na agenda internacional. Seria oportuno, pois, apresentar um panorama de todo o ciclo e destacar os principais avanços obtidos em cada encontro, a fim de mostrar, em linhas muito gerais, como foi sendo estruturada a agenda social, sem deixar de esclarecer que o próximo capítulo do trabalho procurará analisar com mais profundidade cada uma das conferências.

O primeiro evento foi a Conferência sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada no Rio de Janeiro em 1992. A rigor, o tema central do encontro não tem caráter social e as suas recomendações dizem respeito sobretudo à esfera econômica, mas o enfoque adotado e o tratamento dispensado a vários dos sub-temas justificam considerá-la como iniciadora da agenda social da ONU. De fato, a Rio-92 consagrou o conceito de desenvolvimento sustentável, que abrange elementos de conteúdo social, adotou o princípio de que as estratégias

[12]Boutros Boutros-Ghali. "Global leadership after the Cold War", em Foreign Affairs, March/ April 1996- pp. 86-98.

de desenvolvimento devem ter como preocupação central os seres humanos, reafirmou o direito ao desenvolvimento, estabeleceu explicitamente o compromisso dos países com a erradicação da pobreza e tratou, ainda, de várias questões sociais que seriam objeto de considerações específicas nas conferências seguintes, como a dinâmica demográfica e a sustentabilidade do desenvolvimento, o papel da mulher no desenvolvimento, as medidas contra a pobreza e os assentamentos humanos. O conjunto de princípios, compromissos e recomendações resultantes da Conferência contribuiu, enfim, para delinear os contornos da agenda social que começava a se formar.

A Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993, foi a etapa seguinte da seqüência de encontros. A Declaração aprovada estabelece que todos os direitos humanos (civis, políticos, econômicos, sociais e culturais) são universais, indivisíveis, interdependentes e interrelacionados e que os Estados têm o dever de promovê-los e protegê-los, independentemente das particularidades históricas, culturais e religiosas e dos seus sistemas políticos e econômicos. Assim, ao determinar a observância dos direitos sociais, contribuiu a Conferência de Viena para consolidar a noção de que a comunidade internacional está comprometida a procurar soluções para as questões sociais.

A Conferência sobre Direitos Humanos reafirmou também o direito ao desenvolvimento e definiu que as pessoas são o ponto central deste processo, reiterando o que havia sido aceito no Rio e fortalecendo a tônica que predominaria em todas as conferências subseqüentes. Confirmou, ainda, o entendimento de que os direitos humanos extrapolam o domínio reservado aos Estados, invalidando o recurso abusivo de alguns Governos ao conceito de soberania para encobrir violações a esses direitos. Acima de tudo, adotou em seus trabalhos abordagem que reconhece a interdependência entre desenvolvimento e direitos humanos, o que constituiu inovação importante.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento ocorreu no Cairo, em 1994, e claramente tratou as questões populacionais em suas interligações com o processo de desenvolvimento, abrindo novas perspectivas para o encaminhamento de políticas e ações nessa área. Uma inovação considerável trazida ao tema foi a decisão de transferir para os indivíduos a prerrogativa de resolver so-

bre o número e o espaçamento entre os filhos, em contraste com os enfoques anteriores, pelos quais os assuntos populacionais eram situados em contextos estratégicos e geo-políticos, atribuindo aos Estados o poder de decidir, segundo seus interesses, sobre políticas de incentivo ou não ao crescimento das respectivas populações. A Conferência do Cairo reconheceu, pela primeira vez, os direitos reprodutivos como parte dos direitos humanos e reconfirmou, novamente, o direito ao desenvolvimento, tendo a pessoa como seu sujeito central.

A Cúpula Mundial para o Desenvolvimento Social, realizada em Copenhague em 1995, foi o evento que alçou as questões sociais à condição de tema prioritário das atenções internacionais, refletindo o consenso praticamente universal de que os países devem buscar, em conjunto, formas e meios para solucionar ou atenuar as causas estruturais e as conseqüências negativas dos problemas sociais, a fim de viabilizarem a promoção do desenvolvimento com eqüidade. Os temas centrais da Cúpula foram a pobreza, o emprego e a integração social e os documentos adotados contêm um compromisso renovado dos países em relação à promoção do desenvolvimento social, calcado na integração das preocupações com a exclusão social às concepções e políticas de promoção do crescimento econômico.

A Conferência Mundial sobre a Mulher, que teve lugar em Pequim, em 1995, consolidou e ampliou conquistas anteriores das mulheres em termos de igualdade de direitos em relação aos homens e definiu as áreas críticas de preocupação. A Plataforma de Ação aprovada constitui uma referência detalhada para ações a serem desenvolvidas por Estados, agências internacionais e organizações não-governamentais para a supressão das discriminações de gênero.

A Conferência Mundial sobre os Assentamentos Humanos, transcorrida em Istambul em 1996, foi o último evento da agenda social e manteve a abordagem humanista de toda a seqüência de encontros, ao reafirmar que as pessoas são o centro das preocupações na promoção do desenvolvimento sustentável. Seu objetivo principal foi recomendar políticas e programas para melhorar o ambiente em que vivem as pessoas, conferindo especial atenção às demandas dos grupos sociais mais pobres, cuja qualidade de vida e participação no desenvolvimento têm sido prejudicadas pelas desigualdades e pela exclusão social. O tema central foi a degradação generalizada dos assenta-

mentos humanos, incluindo-se os seus aspectos sócio-econômicos, e procurou estimular e promover a formação de parcerias entre atores governamentais e não-governamentais – nacionais e internacionais – com o propósito de procurarem maneiras para superar os problemas conhecidos.

Em síntese, as conferências ofereceram direcionamentos políticos para os esforços internacionais em prol do desenvolvimento social e forneceram, ao mesmo tempo, referências para a atuação dos Estados na área social.

Como o núcleo central da agenda social da ONU é formado pela série de conferências, o capítulo seguinte descreverá a trajetória seguida pelo Brasil ao longo de todos os processos preparatórios e das negociações desenvolvidas no decorrer dos próprios eventos, a fim de mostrar que a diplomacia brasileira destacou-se pela consistência das posições assumidas e conquistou respeitável capacidade de articulação na área específica dos temas sociais, formando uma base de conhecimento e de experiências que fortalece a disposição já existente na Chancelaria de valorizar o componente social nas ações externas e credenciando o Itamaraty a atuar mais incisivamente nessa área.

Paralelamente à sucessão de conferências mundiais que configuram a "agenda social" da ONU, os países membros das Nações Unidas tomaram uma decisão que não pode deixar de ser mencionada, embora não tenha conseguido a repercussão esperada inicialmente. Pela resolução 47/181, de 22 de dezembro de 1992, a Assembléia-Geral da ONU solicitou ao Secretário-Geral a preparação de um relatório sobre uma agenda para o desenvolvimento[13]. O resultado foi apresentado à Assembléia-Geral em 1994 e contou com a colaboração de todos os países interessados, assim como das agências e programas do sistema da ONU.

Demonstrando sintonia com o teor dos documentos aprovados pelas Conferências realizadas até aquele momento, o documento se inicia com a afirmação de que o desenvolvimento é um direito humano fundamental. Sem deixar de admitir que as conquistas conseguidas ao longo de várias décadas de promoção do desenvolvimento significam realizações expressivas deste século, o Relatório adverte, logo a

[13] "An Agenda for Development", Documento da ONU A/48/935 – 1994.

seguir, que o assunto, tal como concebido originalmente, está em crise. Esta avaliação se apóia na constatação de que os países mais pobres foram deixados para trás, as economias em transição enfrentam imensas dificuldades e as nações prósperas se vêem em meio a problemas graves nos setores econômico, social e ambiental. Nessas condições, o Relatório chama atenção para os riscos de se perder boa parte dos progressos obtidos nos últimos cinqüenta anos e anuncia o propósito da ONU de buscar revitalizar as concepções de desenvolvimento e estimular a discussão de todos os seus aspectos.

Examina, na seqüência, as diferentes dimensões do desenvolvimento. Assinala inicialmente que as abordagens tradicionais da questão pressupõem que o processo em direção ao desenvolvimento se desenrola em um ambiente de paz, quando, de fato, na maioria dos casos a busca do desenvolvimento tem como pano de fundo a ameaça ou a presença de um conflito que desloca boa parte dos recursos que poderiam ser alocados para projetos em saúde, educação, moradia e outros da área social para o equipamento das forças armadas. Ressalta, portanto, o compromisso dos Governos com a paz como a primeira dimensão e um fator básico para impulsionar as estratégias de desenvolvimento.

A segunda dimensão apresentada é econômica, já que sem crescimento é impossível chegar ao desenvolvimento, qualquer que seja o modelo distributivo de renda adotado. Neste sentido, o Relatório assinala que a melhoria dos níveis educacionais, da assistência à saúde e do acesso à moradia constitui elemento essencial para os países poderem contar com uma força de trabalho produtiva que contribua para o crescimento econômico.

O meio ambiente é indicado como outro componente crucial do desenvolvimento e razão para a procura de um modelo que seja sustentável. Ainda de acordo com o Relatório, a quarta dimensão do desenvolvimento diz respeito ao compromisso com uma sociedade "justa", ou seja, a importância de que o desenvolvimento esteja voltado para as pessoas, incorporando a noção de desenvolvimento humano. Nesta mesma linha de argumentos, destaca a relevância da integração social, fator indispensável e prioritário para conduzir o processo. O documento apresenta a democracia como a quinta dimensão do desenvolvimento e refere-se às interrelações entre desenvolvimento, sistema

democrático e respeito aos direitos humanos, tal como foram estabelecidos na Conferência de Viena. Assinala, ainda, que a governabilidade é uma condição essencial para o sucesso de qualquer estratégia para o desenvolvimento.

Ao fazer um balanço da situação, demonstra o Relatório que a alocação de recursos entre as várias dimensões do desenvolvimento tem sido desequilibrada e que o resultado disso é que o componente social está carente de recursos, a exigir correções e tratamento prioritário. O documento destaca ainda o papel da cooperação internacional para complementar os esforços nacionais de desenvolvimento e revela que se trata de uma empreitada verdadeiramente global, que envolve anualmente quase 80 bilhões de dólares, sendo 62 bilhões provenientes da cooperação bilateral e o restante do conjunto das agências do sistema da ONU. Acrescenta, por fim, que a cooperação para o desenvolvimento fornecida por mecanismos e organizações regionais, por seu turno, não é desprezível, pois movimenta cerca de 5,5 bilhões de dólares anualmente e compreende atividades bastante diversificadas, podendo servir como instrumento complementar às iniciativas globais da ONU.

É pertinente lembrar, a respeito, que o papel das instituições de Bretton Woods está passando por mudanças, pois vem se flexibilizando a tradicional divisão pela qual caberiam ao Banco Mundial e ao FMI primordialmente funções relacionadas com a estabilidade macro-econômica e o crescimento, ao passo que os aspectos sociais do desenvolvimento, de longo prazo, seriam da alçada dos demais organismos do sistema da ONU. Percebe-se, hoje, que os primeiros têm se envolvido cada vez mais com temas sociais do desenvolvimento.

O Relatório finaliza com a afirmação de que a ONU tem sido protagonista, na década atual, na mobilização do interesse internacional sobre todos os aspectos relacionados com o desenvolvimento, através das conferências sobre temas globais. É de se notar que o Relatório é coerente com as outras iniciativas das Nações Unidas e incorpora as decisões que iam sendo tomadas nas conferências, reforçando a tendência observada de reavaliar as estratégias de desenvolvimento, com ênfase na valorização dos seus componentes sociais. Contribuiu, portanto, para a ascenção dos temas sociais na agenda

intenacional.

Uma outra iniciativa que merece registro e que interessa de perto aos países da América Latina foi o foro organizado em conjunto pelo Bid e Pnud, em 1993, para debater o tema da reforma social[14]. Com quatrocentos participantes, entre ministros das áreas econômica e social, altos funcionários governamentais, representantes de agências internacionais e da sociedade civil (sindicalistas, acadêmicos, dirigentes de ONGs), o evento serviu para uma ampla consulta a diferentes atores – públicos e privados, nacionais e internacionais – responsáveis pela formulação e execução de estratégias, programas e políticas dirigidas ao desenvolvimento da região.

A realização do Foro se deveu à constatação de que a problemática social aparece como o tema central da agenda de desenvolvimento dos países da região nos próximos anos e de que apesar da melhoria observada nos indicadores macro-econômicos no início da década atual, persiste a situação de pobreza e a deterioração das condições sociais da população na América Latina. Seu objetivo, em resumo, foi o de definir as bases e os elementos de uma chamada "agenda social" específica para a região, a partir da verificação de que a sustentabilidade econômica e política dos modelos aplicados para restabelecer os equilíbrios macroeconômicos e para retomar o crescimento passa a ser questionada se os países não conseguem reverter, a curto ou médio prazo, situações históricas regressivas na distribuição dos benefícios do crescimento.

A reforma social pretendida e discutida no foro foi definida como um processo que contribui para o desenvolvimento humano, mediante a integração de políticas e mecanismos destinados a incorporar com eficiência todos os membros da sociedade ao processo de crescimento, em um contexto de aumento geral e crescente de bem-estar. Procurou suscitar alternativas para superar as falhas básicas das políticas sociais aplicadas durante várias décadas, concebidas como se fossem para enfrentar um problema setorial ou se tivessem sido formuladas com caráter assistencial, sem integrá-las suficientemente em uma política geral de desenvolvimento.

[14] Documento do Banco Inter-Americano de Desenvolvimento e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, "Reforma Social y Pobreza – Hacia una agenda integrada de desarollo", Washington, 1993.

A reforma social nos termos apresentados significaria pensar nos temas sociais no mesmo marco estratégico da reforma econômica, de modo que as mudanças sociais e econômicas se complementem e se reforcem reciprocamente em uma mesma lógica de eficiência e de eqüidade, superando-se a limitação convencional de considerar os temas sociais como objeto de políticas meramente setoriais, que foi uma das inconsistências do padrão antigo de desenvolvimento e que gerou o crescimento sem a eliminação da pobreza. Entre as linhas de ação propostas para a reforma social na região, incluem-se o restabelecimento da capacidade do gasto público social, a fim de priorizar as atividades destinadas a promover o desenvolvimento humano e a reorganização das formas de prestação dos serviços de saúde, de moradia e de saneamento.

Em sua intervenção durante o foro, o Secretário-Geral da Oea, Embaixador João Clemente Baena Soares, traduziu com propriedade o pensamento predominante, ao afirmar que "los ajustes estructurales en que se ha venido insistiendo tienen que producir resultados sociales y humanos, pues no es posible seguir viviendo de expectativas, siendo necessario rescatar el sentido humano de la politica de desarollo".[15]

O conjunto dos estudos que propõem mudanças nas concepções de desenvolvimento para salientar suas dimensões sociais, assim como a influência dos fatores apontados sobre a situação social no mundo e as decisões das conferências comentadas preliminarmente neste capítulo constituem, de fato, um movimento vigoroso que denota a preocupação de toda a comunidade internacional com os temas sociais e o reconhecimento de que as possíveis soluções para essas questões exigem compromissos compartilhados por todos os países para serem efetivas.

Os efeitos concretos dessa tendência, que se expressa fundamentalmente na agenda social da ONU mas não se esgota nela, ainda são limitados, embora suas repercussões sobre o trabalho diplomático não possam ser ignoradas, pelos motivos que serão apresentados na seção seguinte.

[15] idem.

1.4. Conseqüências

Ao elevar a importância política e a visibilidade pública de certos tópicos com claro conteúdo social, os documentos finais das conferências sobre temas globais, assim como as outras iniciativas referidas, foram capazes de aglutinar os interesses dos países em torno desses temas. Da mesma forma, ao criarem um marco de referência para a abordagem e o encaminhamento de determinados problemas, contribuíram para fortalecer a coordenação de ações dirigidas à área social e definiram certo grau de coerência para a atuação nacional e internacional. Em outras palavras, ao estabelecerem parâmetros comuns e regras básicas para orientar os Governos, as recomendações resultantes das conferências passaram a facilitar a interação e os intercâmbios entre os países, assim como forneceram uma base firme para fins de monitoramento e avaliação dos esforços em prol de teses aprovadas pela grande maioria dos membros da comunidade internacional na área social.

Como mecanismos práticos para a construção de consensos e para a busca de soluções, as conferências constituíram, enfim, elementos importantes para estimular ações internacionais expressivas e consistentes de apoio ao desenvolvimento social. Significam, portanto, uma contribuição valiosa para a cooperação voltada para os objetivos estabelecidos.

Não é de esperar, contudo, que os documentos da "agenda social" se traduzam em efeitos imediatos. Suas conseqüências limitam-se, inicialmente, ao aumento da mobilização das consciências e podem-se transformar, posteriormente, em atos a serem explorados com propriedade pelos países afetados por situações sociais que exigem correções. Note-se, a propósito, que os tratados, convenções e padrões adotados em conexão com a Rio-92 ilustram o impacto significativo que o processo internacional de construção de consensos pode gerar, embora não se desconheçam as dificuldades para a implementação plena desses instrumentos. Acrescente-se que os documentos de cada conferência foram adotados sob a observação atenta de foros paralelos não-governamentais, que contaram com a participação ativa de entidades do mundo inteiro, e podem se tornar, desta perspectiva, instrumentos válidos de cobrança não só entre governos mas sobretudo dos

governados junto aos governantes.

Mesmo se descontarmos os eventuais excessos da linguagem grandiloqüente própria de documentos elaborados em eventos da envergadura das conferências da agenda social e as limitações decorrentes das injunções do jogo de poder internacional, parece inegável que há um ambiente internacional promissor, com oportunidades reais e latentes para cooperação na área social. O destaque obtido pelos temas sociais nos foros internacionais tem repercutido, por outro lado, na atuação dos bancos multilaterais de desenvolvimento e na política externa de vários países, sobretudo dos mais desenvolvidos, a começar por alguns europeus e pelo Japão, que têm ampliado as possibilidades de intercâmbio dirigido à área social em suas ofertas tradicionais de cooperação, como se pode exemplificar pela intensificação de entendimentos recentes com o Brasil no setor da saúde, objeto de exame mais aprofundado no capítulo 4 deste trabalho.

No caso do Brasil, o envolvimento dos vários setores governamentais e não-governamentais nos processos preparatórios das conferências, a participação ativa das delegações nas negociações durante a realização de cada evento, o apoio determinado às principais recomendações e os compromissos assumidos, além do quadro reconhecidamente difícil da situação social no País e a alta prioridade que, internamente, o Governo atual afirma conferir à área social, demonstram uma boa disposição no sentido de se fortalecer cada vez mais o componente social nas ações externas conduzidas pelo Ministério das Relações Exteriores e um potencial a ser explorado para suplantar a posição modesta e secundária que tem sido reservada aos temas sociais na formulação e execução da política externa. Nesse sentido, o capítulo seguinte procura registrar como se deu este processo.

CAPÍTULO 2

O Brasil e a agenda social da ONU

Este capítulo procurará apresentar o contexto em que se insere cada uma das Conferências que compõem a agenda social da ONU e as posições assumidas pelo Brasil em relação às propostas de convocação e aos seus principais temas, examinando, em conjunto, as sucessivas etapas dos respectivos processos negociadores, de forma a realçar a linha de coerência das posturas brasileiras quanto aos princípios e questões centrais que eram comuns ou afins em todas elas, em razão da complementariedade dos temas entre si.

Os comentários sobre a atuação brasileira serão divididos em três etapas, a saber: o período de convocação; o processo preparatório internacional e interno; e a participação durante as conferências.

O estudo focalizará primordialmente as posições estratégicas e de princípio defendidas pelo Brasil em relação aos tópicos mais vinculados aos temas sociais. Outras questões, de conteúdo específico, que também foram objeto de deliberações, serão apenas mencionadas ou examinadas superficialmente, mesmo que a participação do Brasil nas suas discussões tenha sido importante, pois a análise das negociações em torno de cada ítem das agendas seria impraticável e ultrapassaria os propósitos deste trabalho.

A primeira seção fará breve referência aos encontros internacionais sobre os mesmos temas anteriores a cada Conferência (exceto a Cúpula Social que não teve precedente), descreverá resumidamente a evolução observada no tratamento internacional desses temas, mostrará os objetivos e as motivações das propostas de convocação de cada um dos eventos e apresentará os posicionamentos do Brasil.

A segunda seção tentará apresentar sucintamente os principais tópicos em discussão ao longo do processo preparatório internacional de cada Conferência, indicando as convergências e as contro-

vérsias, bem como comentará as posições defendidas pelo Brasil, focalizando a permanente atitude das delegações brasileiras de destacar as implicações sócio-econômicas das decisões que seriam adotadas. Descreverá também a interação estabelecida entre o Governo e a sociedade durante os preparativos internos.

A terceira seção comentará o desenrolar de cada Conferência, destacando os pontos mais importantes e os elementos constantes que marcaram as posições brasileiras.

2.1. As convocações das conferências – Antecedentes e posições brasileiras.

A) Conferência sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento – Rio/92

Desde a Conferência de Estocolmo, em 1972, que antecedeu a Rio-92, o movimento ecológico crescera significativamente em todo o mundo, com a adesão dos partidos políticos à causa e o respaldo da comunidade científica internacional às teses ambientalistas, validando as evidências dos danos quase irreversíveis causados ao planeta e tornando o assunto da Conferência um tema global, a merecer a consideração de todos os países. Simultaneamente, foi ficando evidente, durante a década de oitenta, que o ambientalismo não poderia universalizar-se sem estar acompanhado de compromissos éticos e sociais e que o desenvolvimento tampouco poderia realizar-se plenamente se continuasse insensível à conservação da natureza e à preservação dos recursos naturais.

Em termos simplificados, a idéia da Rio-92 nasceu da percepção de que era necessário os países industrializados compreenderem que sem desenvolvimento não poderia haver muito cuidado com o meio ambiente, da mesma forma que os países em desenvolvimento precisavam entender que sem se disporem a atender as questões ambientais não poderiam contar com a cooperação e os recursos dos países industrializados para suas legítimas aspirações de avanço econômico, científico e tecnológico. O próprio título da Conferência já unia

estas duas grandes idéias-força.[1] A preparação e a realização da Conferência do Rio significam, pois, o esforço de conciliar essas duas vertentes, de modo que os conceitos de proteção ao meio ambiente e de promoção ao desenvolvimento pudessem sair reforçados do encontro e ambos tivessem aceitação universal.

Em 1985, a Assembléia Geral das Nações Unidas atribuiu ao seu Programa para o Meio Ambiente (Pnuma) a tarefa de elaborar estratégias ambientais para o ano 2000 e mais além, delegando à Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento a incumbência de subsidiar o Pnuma e preparar um relatório sobre o meio ambiente global. O Relatório da Comissão, publicado em 1987, apresentou a idéia de "desenvolvimento sustentável", conceito que hoje preside as negociações internacionais sobre meio ambiente e que significa, essencialmente, incluir considerações de ordem ambiental no processo de tomada de decisões sobre desenvolvimento.[2]

A princípio, os países em desenvolvimento viram a expressão com desconfiança, pois poderia trazer uma limitação ao conceito de "desenvolvimento" e representar possíveis condicionalidades nas relações com os países desenvolvidos. Esta apreensão justificava-se até certo ponto, uma vez que a divulgação do conceito coincidia com o momento em que faziam-se sentir com mais peso as condicionalidades que as instituições internacionais de crédito impunham aos países beneficiários, sob o pretexto de cuidados ambientais.

[1]Cfe. correspondência oficial do Ministério das Relações Exteriores.

[2]Ata da XV Sessão do Conselho de Administração do PNUMA estabelece que: "O Conselho de Administração acredita ser sustentável o desenvolvimento que atende as necessidades do presente sem comprometer a capacidade de as gerações futuras atenderem as suas próprias necessidades. Desenvolvimento sustentável não implica transgressão alguma ao princípio da soberania. O Conselho de Administração considera que a consecução do desenvolvimento sustentável envolve cooperação dentro das fronteiras nacionais e através daquelas. Implica progresso na direção da eqüidade nacional e internacional, inclusive assistência aos países em desenvolvimento de acordo com seus planos de desenvolvimento, prioridades e objetivos nacionais. Implica também a existência de meio econômico internacional propício, que resulte no crescimento e no desenvolvimento. Estes são elementos da maior relevância para o manejo sadio do meio ambiente. Desenvolvimento sustentável implica ainda a manutenção, o uso racional e a valorização da base de recursos naturais que sustenta a recuperação dos ecosistemas e o crescimento econômico. Desenvolvimento sustentável implica, por fim, a incorporação de critérios e considerações ambientais na definição de políticas e de planejamento de desenvolvimento e não representa uma nova forma de condicionalidade na ajuda ou no financiamento para o desenvolvimento".

Essas eram, em resumo, as circunstâncias predominantes quando a Assembléia-Geral da ONU aprovou, em 1988, a Resolução 43/196, pela qual decidia realizar, até 1992, uma conferência sobre temas ambientais e estabelecia um Comitê Preparatório para conduzir os trabalhos que lhe antecederiam.

Demonstrando seu grande interesse pelo tema, o Brasil apoiou o projeto de resolução e tomou a iniciativa de oferecer-se para sediar o encontro, mobilizando, de imediato, a diplomacia em várias frentes. Inicialmente, sediou a IV Reunião Ministerial sobre Meio Ambiente da América Latina e do Caribe, em março de 1989, cuja Declaração final registrava que todos os países participantes reconheciam a necessidade de se encontrar um bom equilíbrio entre o desenvolvimento sócio-econômico e a proteção e a conservação do meio ambiente. Em maio do mesmo ano, realizou-se, em Manaus, a Primeira Reunião dos Presidentes dos Países Amazônicos, e a Declaração adotada, além de ter sido fortemente inspirada pela noção de "desenvolvimento sustentável", afirmava, ainda, que a proteção e a conservação do meio ambiente da região não poderiam ser alcançadas sem a melhoria das condições sociais e econômicas dos países.

A ativa participação brasileira nos debates revelava o compromisso do país em aprofundar as discussões sobre as questões ambientais e também a concordância e o apoio às idéias de relacionar essas considerações com estratégias e programas voltados para o desenvolvimento, inclusive os temas sociais.

O temário da Conferência voltou a ser discutido durante a reunião anual do Ecosoc, realizada em Genebra, no mês de julho de 1989, ocasião que o Brasil aproveitou para indicar que na hipótese de a Conferência adotar padrões internacionais de proteção ao meio ambiente, eles precisariam ser estabelecidos com a plena participação de países desenvolvidos e dos países em desenvolvimento, por ser inadmissível sua imposição unilateral pelos mais poderosos. Assinalaram também os representantes brasileiros que a importância e a complexidade das questões relacionadas com a proteção do meio ambiente exigiriam esforços ampliados de cooperação por parte da comunidade internacional, de modo a poder chegar-se ao desenvolvimento sustentável em todos os países, além de acrescentar que esta colaboração compartilhada deveria ser implementada de acordo com os diferentes níveis de

responsabilidade dos países em relação à degradação ambiental. Manifestou ainda o Brasil sua preocupação com o acesso dos países em desenvolvimento a tecnologias não-predatórias do ambiente e expressou o entendimento de que o desenvolvimento sustentável não poderia representar nova forma de condicionalidade ao financiamento da cooperação para o desenvolvimento.[3]

Durante a Assembléia-Geral das Nações Unidas de 1989, foi aprovada a resolução 44/228, convocando a Conferência, aceitando o oferecimento brasileiro para sediá-la, enumerando suas áreas temáticas e definindo seus objetivos. Ao longo do processo negociador desta resolução, o Brasil defendeu algumas posições substantivas que comprovam, uma vez mais, o entendimento de que os assuntos ambientais exigem atenção imediata, mas que seu tratamento não pode estar dissociado das preocupações com o componente sócio-econômico, de modo a assegurar uma abordagem integrada e efetiva do processo de desenvolvimento.

Nos debates que se seguiram à apresentação do relatório do Secretário-Geral da ONU sobre os objetivos, conteúdo, alcance e preparativos para a Conferência, foram se delineando as diferenças nas posições dos países em desenvolvimento e dos desenvolvidos. Enquanto os primeiros (inclusive o Brasil) enfatizavam o princípio da responsabilidade maior dos segundos pela degradação do meio ambiente e a conseqüente necessidade de revisarem seus padrões de produção e consumo, os desenvolvidos revelavam grande interesse nas discussões sobre questões institucionais, indicando o empenho em supranacionalizar a discussão e o encaminhamento de soluções para a questão ambiental.

O Brasil assinalou a necessidade do texto da Resolução mencionar o paralelismo entre os vários aspectos envolvidos no tema: as ações para a preservação do meio ambiente, as medidas de estímulo a uma ordem econômica internacional mais favorável aos países em desenvolvimento, a garantia de acesso a tecnologias ambientalmente adequadas para os países em desenvolvimento e a provisão de recursos financeiros adicionais com vistas à implementação das recomendações da Conferência. O Brasil também posicionou-se a favor da dis-

[3] Cfc. comunicação recebida pela Secretaria de Estado da Delegação do Brasil junto à ONU, em Genebra, 1989.

cussão dos temas ambientais no contexto mais amplo da problemática do desenvolvimento – juntando-se às propostas do Grupo dos 77, dos países nórdicos e do Canadá –, em oposição aos países que privilegiavam a concentração dos trabalhos nos aspectos científicos e jurídicos da questão ambiental.[4]

Essas posições centrais do Brasil foram em boa medida acolhidas no texto final da Resolução aprovada, como se pode comprovar com a citação de algumas de suas passagens. O parágrafo 12 da parte preambular contém a idéia – cara ao Brasil – de que a pobreza e a degradação ambiental estão interrelacionadas intimamente e que, diante desta constatação, a proteção do meio ambiente nos países em desenvolvimento deve ser vista como uma parte integral do processo de desenvolvimento, não podendo ser considerada separadamente desse processo. O parágrafo 15, por sua vez, estabelece que a responsabilidade pela contenção, diminuição e eliminação dos danos ambientais globais deve ser assumida pelos países que causam o dano e estar relacionada à proporção do estrago gerado, assim como às respectivas capacidades dos causadores e dos geradores dos problemas. O artigo 20 também condiz com as teses brasileiras, ao reconhecer a necessidade de recursos financeiros novos e adicionais serem transferidos para os países em desenvolvimento, de modo que eles possam participar plenamente dos esforços globais em favor da proteção do meio ambiente.

Em sua seção operativa, a Resolução afirma, no parágrafo 3, que a Conferência deveria elaborar estratégias e medidas com vistas a deter e reverter os efeitos da degradação ambiental no quadro de um fortalecimento dos esforços nacionais e internacionais para a promoção de um desenvolvimento sustentável em todos os países. O parágrafo seguinte afirma que a proteção e a preservação ambientais são temas que afetam o bem-estar das populações e o desenvolvimento em todo o mundo. O parágrafo 9 admite, por fim, que os países desenvolvidos são os maiores responsáveis pelo combate à poluição, por serem seus principais geradores.

Ao definir as áreas temáticas da Conferência, o parágrafo 12 se refere expressamente às questões da melhoria dos ambientes de moradia e de trabalho dos pobres, por meio da implementação de

[4] Cfe. correspondência oficial do Ministério das Relações Exteriores.

programas integrados de desenvolvimento nas áreas urbana e rural e de outras medidas apropriadas, assim como menciona o tema da proteção da saúde humana e da melhoria da qualidade de vida da população, que eram aspectos de interesse do Brasil. O parágrafo 13 dispõe sobre os objetivos da Conferência, incluindo alguns que correspondem às posições defendidas pelo Brasil. Dentre eles, a alínea "b" se refere ao propósito de a Conferência identificar estratégias a serem coordenadas nos planos regional ou global para a implementação de ações dirigidas integradamente aos problemas ambientais e às dificuldades sócio-econômicas do desenvolvimento de todos os países e a alínea seguinte estabelece que incumbe à Conferência recomendar medidas para a proteção ambiental dando especial ênfase aos aspectos sociais e econômicos do processo de desenvolvimento. A alínea "i", a seguir, confere à Conferência a atribuição de analisar e propor estratégias de ação para a promoção de um desenvolvimento ambientalmente sólido que ao mesmo tempo combata a pobreza e melhore os níveis de qualidade de vida da população.

Percebe-se, em síntese, um bom grau de sintonia entre algumas propostas brasileiras expressas ao longo das negociações e o texto da Resolução que convocava a Conferência.

B) A II Conferência Mundial sobre Direitos Humanos

A Conferência de Viena foi antecedida pela Conferência de Teerã, realizada em 1968, ao se completar o vigésimo aniversário da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Dentre as resoluções adotadas naquela ocasião, merecem destaque aquelas que estão associadas mais de perto às preocupações centrais deste trabalho e que tocam em pontos que voltariam a ser considerados na II Conferência, em 1993. Desse ponto de vista, as mais importantes foram as resoluções XVII, sobre as relações entre direitos humanos e desenvolvimento; a XXI, a respeito da realização dos direitos econômicos, sociais e culturais; a XXII, referente à adesão universal dos Estados aos instrumentos internacionais de direitos humanos; e a IX, que se ocupava, já naquela época, dos direitos da mulher. Todas essas resoluções referem-se à promoção da observância universal dos direitos humanos e tomam os direitos civis e políticos e os direitos econômicos, sociais e

culturais em seu conjunto, demonstrando um enfoque essencialmente globalista da matéria, reconhecido hoje como a grande contribuição daquela Conferência.[5]

Esta visão do tema está expressa, com muita propriedade, na Proclamação de Teerã, adotada no final do mesmo evento, que advertia, em seu parágrafo 12, que a crescente defasagem sócio-econômica entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento constituía fator impeditivo para a realização dos direitos humanos no mundo.[6] Reconhecia, assim, as repercussões do processo de desenvolvimento sobre a observância dos direitos humanos e a estreita ligação entre o tratamento dispensado aos temas sociais e a aplicação, na prática, da proteção dos direitos humanos. A Proclamação tornou-se um marco relevante na evolução doutrinária da proteção internacional dos direitos humanos; o seu caráter inovador, que abriu caminho para a consagração posterior da tese da interrelação dos direitos humanos, está expresso na afirmação de que "uma vez que os direitos humanos são indivisíveis, a realização plena dos direitos civis e políticos sem o gozo dos direitos econômicos, sociais e culturais é impossível.[7]

Passadas pouco mais de duas décadas da adoção da Proclamação de Teerã, a Organização das Nações Unidas voltou a sentir a necessidade de proceder a uma avaliação global da matéria, a fim de considerar os avanços alcançados e identificar os caminhos a percorrer, neste fim de século, de modo a assegurar o aperfeiçoamento e o fortalecimento da proteção internacional dos direitos humanos. A idéia de convocação de uma Conferência Mundial de Direitos Humanos tomou forma em 1989, por meio da Resolução 44/156 da Assembléia Geral das Nações Unidas, que atribuiu ao Secretariado a realização de consultas a Governos, órgãos da ONU e organizações não-governamentais para conhecer a receptividade à proposta.

Recorde-se que com o fim da Guerra Fria formava-se um cenário internacional propício à construção de um novo consenso mun-

[5] Cançado Trindade, Antônio Augusto. "O processo preparatório da Conferência Mundial de Direitos Humanos, Viena 1993," em Revista Brasileira de Política Internacional, Ano 36, nº 1993, Brasília, Instituto Brasileiro de Relações Internacionais, pp. 37.

[6] Idem pp. 38.

[7] Documento das Nações Unidas, "Final Act of the International Conference on Human Rights", New York: U.N., 1968, doc. A/Conf. 32/41, pp. 3-5.

dial fundamentado nos valores dos direitos humanos, da democracia e do desenvolvimento humano, com boas possibilidades para um papel mais ativo das Nações Unidas nas relações internacionais, em prol da manutenção da paz, da sustentabilidade do desenvolvimento, da defesa da democracia e da observância dos direitos humanos.[8] Quando , em 1990, a Assembléia Geral das Nações Unidas convocou a Conferência Mundial para 1993, através da Resolução 45/155, o triunfalismo ocidental mostrava-se ainda mais fortalecido, entre outras razões devido à dissolução do Partido Comunista da ex-União Soviética, embora esse sentimento não durasse muito, como se sabe.

Ao comentar o contexto em que se inscrevia a Conferência e a sua própria realização, a Delegação do Brasil junto à ONU em Genebra qualificava o evento como de grande importância e significado no quadro das relações internacionais contemporâneas e entendia que sua realização, pouco depois da Rio-92, era uma oportunidade valiosa para a consideração de dois dos temas mais prioritários da presente agenda internacional em um curto espaço de tempo. Considerava também que o ambiente político internacional era favorável à discussão do tema, em função do crescente abandono da confrontação leste-oeste e a conseqüente abertura para a consolidação do respeito aos direitos humanos como um padrão de conduta a ser observado por todos os países.

A Delegação do Brasil em Genebra chamava atenção, ainda, para dois fatos importantes: neste novo quadro, reduzia-se a tolerância internacional em relação a Estados que abusassem sistematicamente dos direitos humanos de seus cidadãos e tornava-se cada vez menos aceitável o argumento, ainda invocado por alguns países, de que a observância dos direitos humanos era assunto de exclusiva competência doméstica de cada Estado. Constatava, em suma, tendência à consolidação e ao reforço da competência internacional em matéria de direitos humanos, apesar das resistências de alguns poucos países, como o Iraque e a China, para citar os exemplos mais evidentes.[9]

[8] Cançado Trindade, Antônio Augusto, obra citada, pp. 39.

[9] Cfe. telegrama da Delegação do Brasil junto à ONU, em Genebra, para a Secretaria de Estado.

Em termos gerais, a expectativa da maioria dos países era de que a Conferência viesse a servir, por um lado, para uma avaliação dos progressos realizados na implementação dos princípios e normas contidos nos instrumentos jurídicos internacionais sobre direitos humanos e, por outro, para fortalecer e expandir a competência internacional existente na matéria, através de um aperfeiçoamento institucional dos mecanismos em vigor destinados a zelar pelo cumprimento desses direitos. A Conferência era encarada, enfim, como uma ocasião propícia para os países em desenvolvimento demonstrarem, com exemplos concretos, as dificuldades enfrentadas na área de direitos humanos devido ao subdesenvolvimento e tratarem de mobilizar a comunidade internacional para ajudar a resolvê-las, dentro de um novo princípio de co-responsabilidade internacional em relação ao fortalecimento da democracia e do Estado de Direito.

Nessas circunstâncias, a aprovação da Resolução que convocava a Conferência e definia seus objetivos foi relativamente tranqüila, pois as finalidades estabelecidas para o encontro não discrepavam das aspirações de boa parte da comunidade internacional. Os propósitos acordados para a Conferência abrangiam a avaliação dos progressos alcançados no campo dos direitos humanos desde a adoção da Declaração Universal, em 1948, a identificação dos obstáculos e dos meios para superá-los, de modo a facilitar a obtenção de avanços na matéria, o exame das relações entre as condições de desenvolvimento e o acesso dos indivíduos ao conjunto dos direitos econômicos, sociais culturais, civis e políticos, a avaliação da efetividade dos métodos e mecanismos utilizados pela ONU nessa área, a formulação de recomendações concretas para aprimorá-los e, por fim, a adoção de decisões para assegurar os recursos – financeiros e outros – necessários à execução das atividades das Nações Unidas de promoção e proteção dos direitos humanos.

O Brasil não teve dificuldades para apoiar a Resolução, pois inexistia divergência entre o seu conteúdo e os interesses do país na matéria.

C) Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

A Conferência realizada no Cairo, em setembro de 1994, inscreve-se no amplo conjunto de iniciativas das Nações Unidas no

campo social, cujo objetivo principal era atualizar as regras de convívio internacional para o próximo século, focalizando os temas considerados de interesse de toda a humanidade. Embora não fosse o primeiro encontro de alcance mundial para tratar do tema, foi inovador em vários sentidos, a começar pelo próprio título, que denota o propósito de integrar nas discussões as questões populacionais e as de desenvolvimento. Na verdade, foi precedido por duas conferências de caráter técnico-científico (Roma, 1954 e Belgrado, 1965) e por outras duas de natureza político-diplomático (Bucareste, 1974 e México, 1984).

Simplificadamente, a Conferência de Bucareste foi marcada pela oposição entre "controlistas" – que preconizavam a drástica redução das taxas de fecundidade no mundo – e "natalistas", contrários à imposição de medidas para o controle populacional. Os primeiros eram representados pelos países asiáticos e pelos ocidentais desenvolvidos, – dentre os quais os Estados Unidos era o mais radical –, profundamente preocupados com as profecias neomalthusianas sobre o futuro da humanidade. Os segundos tinham como adeptos os países socialistas, que entendiam ser a população um "fator neutro", que não incidia sobre os problemas sociais, e a maioria dos países latino-americanos e africanos, por motivos culturais e religiosos.

Do embate entre essas duas principais forças antagônicas resultou um Plano de Ação pouco taxativo, que apenas sugeria aos países a conveniência de adotarem políticas populacionais, tendo como referência as circunstâncias e a dinâmica do desenvolvimento sócio-econômico de cada um e recomendava o apoio da cooperação internacional para iniciativas com essa finalidade.

Dez anos depois, realizou-se a Conferência do México, quando muitos países já haviam adotado políticas de apoio ao planejamento familiar ou programas de controle populacional. A China seria o exemplo mais ilustrativo dessa tendência, mas também a Nigéria havia anunciado sua intenção de promover o planejamento populacional, de forma a evitar que a taxa de crescimento de sua população impusesse, a longo prazo, carga excessiva sobre as condições sócio-econômicas do país.

Os Estados Unidos, agora sob a Administração Reagan, inverteram totalmente sua posição em relação à conferência anterior e

passaram a defender a neutralidade do fator populacional, postura assimilável à tradicional abordagem do leste europeu. O Brasil afirmou que o controle da natalidade era uma decisão do núcleo familiar e que cabia ao Estado assegurar as informações e os meios para a tomada de decisão, sem nela interferir. Um avanço significativo no documento adotado no México foi a atenção dedicada à situação e ao papel das mulheres, ao admitir que a capacidade de controlarem sua própria fecundidade constituía base importante para o gozo de outros direitos. Vale notar que tanto em Bucareste quanto na cidade do México a Santa Sé discordou das conclusões do processo negociador e dissociou-se do consenso que aprovou os respectivos documentos finais.

Com o fim do bloco socialista e o conseqüente esvaziamento das teses por ele preconizadas, o conceito de "neutralidade" do fator populacional perdeu seu substrato ideológico e seus defensores históricos. Com a eleição do candidato democrata à presidência dos Estados Unidos, por outro lado, este país assumiu posições menos comprometidas com o moralismo que caracterizara os governos republicanos. Não foi difícil, portanto, superar as antigas dicotomias entre "controlismo" e "natalismo", "planejamento populacional" e "desenvolvimento econômico" ao longo do processo preparatório para a Conferência do Cairo. Tanto é assim que desde o lançamento da proposta de convocação da Conferência ficou decidido que o enfoque das discussões seria diferenciado dos anteriores e que desta vez as negociações compreenderiam, em igualdade de condições, a vertente populacional e a de desenvolvimento, de modo a evidenciar a estreita interligação entre elas.

O fator que acabou por provocar as principais controvérsias em relação à Conferência, na esfera internacional, foi o crescimento do fundamentalismo religioso, sobretudo islâmico. Talvez alertados pelas objeções do Vaticano a certos trechos dos documentos em preparação para a Conferência, líderes religiosos de todos os credos, em particular muçulmanos, passaram a encarar a Conferência, nas etapas finais dos preparativos, como um exercício amoral e anti-religioso, gerando uma oposição entre secularismo e religião.[10] Eram considera-

[10] Lindgren Alves, J.A. "A Conferência do Cairo sobre população e desenvolvimento e o paradigma de Huntington", em Revista Margem nº4, dezembro de 1995, São Paulo, Faculdade de Ciências Sociais da PUC-SP, 1995, pp. 40.

das provocativas às leis e tradições islâmicas tanto as propostas relativas à sexualidade quanto as recomendações referentes à igualdade de direitos entre os gêneros, visto que a *shari'a* estipula claras distinções no tratamento e nos direitos de homens e mulheres no direito penal e na esfera civil.[11]

No momento em que a Conferência foi convocada, pela Resolução 1989/91 do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, essas divergências, contudo, ainda não haviam aflorado. A possibilidade de convocação foi apresentada inicialmente em reunião da Comissão de População do Ecosoc, em fevereiro de 1989, e o documento que fundamentava a proposta[12] já sugeria os temas que poderiam ser objeto de deliberações na Conferência. Dentre eles, sobressaíam as relações entre população e desenvolvimento sustentável, os movimentos migratórios internos e internacionais, o planejamento familiar, as modalidades de implementação de políticas populacionais, o papel dos governos em relação ao desenvolvimento e o provável impacto demográfico da Aids.[13]

A maioria dos países que integravam a Comissão de População à época manifestaram-se favoráveis à realização da Conferência, embora alguns de peso considerável, como os Estados Unidos, a União Soviética, o Reino Unido, o Canadá e a Suécia tivessem se expressado contra a idéia. Todos os países em desenvolvimento apoiaram a proposta e o Brasil não foi exceção.[14] A delegação brasileira afirmou que considerava a Conferência uma excelente oportunidade para atualizar as recomendações da Conferência do México, para debater os temas populacionais à luz das novas concepções e características do processo de desenvolvimento surgidas ao longo da década e, finalmente, para mobilizar as atenções mundiais para as questões demográficas e seu papel nas estratégias de promoção do desenvolvimento.[15]

---

[11] Idem, pp. 41.

[12] Cfe. documento E/CN. 9/1989/3, da Comissão de População das Nações Unidas.

[13] Cfe. telegrama enviado pela Delegação do Brasil junto à ONU, em Nova York, para a Secretaria de Estado.

[14] Cfe. correspondência oficial do Ministério das Relações Exteriores.

[15] Cfe. correspondência oficial do Ministério das Relações Exteriores.

Não eram outros, aliás, os objetivos definidos para a Conferência no texto da resolução aprovada. Esta estabelecia como metas do evento a avaliação dos progressos logrados e a identificação dos obstáculos encontrados para a concretização das recomendações contidas no Plano de Ação Mundial aprovado em Bucareste e revisto no México, a fixação de medidas adaptadas às novas demandas, o estabelecimento de diretrizes para orientar o encaminhamento de soluções para a temática populacional na próxima década, a adoção de um conjunto atualizado de recomendações e o fortalecimento do nível de mobilização em torno da matéria nos foros internacionais. Havia, portanto, um elevado grau de simetria entre o que o Brasil pretendia da Conferência e os termos da resolução adotada no âmbito da Comissão, que depois foi submetida e aprovada pelo Ecosoc, em 26 de julho de 1989.

O apoio brasileiro à proposta era coerente inclusive com as posições assumidas pelo país desde a Conferência de Bucareste, na medida em que o Brasil invariavelmente se mostrara disposto, nos foros internacionais, a discutir abertamente o assunto, e, internamente, vinha se esforçando para equacionar a questão populacional. No plano nacional, caberia destacar a decisão de integrar o planejamento familiar ao quadro geral da assistência sanitária à população, por meio do Programa de Assitência Integral à Saúde da Mulher (Paism) e a criação de dois órgãos colegiados para se ocupar do tema, com a participação do Itamaraty: a Comissão Interministerial para Estudar a Implementação de uma Política Familiar e a Comissão de Estudos dos Direitos da Reprodução Humana.

D) A Cúpula Mundial para o Desenvolvimento Social

A Cúpula Mundial realizada em Copenhague de 6 a 12 de março de 1995 coincidiu com um momento em que as tensões sociais no mundo inteiro cresciam significativamente e as preocupações com esta situação também aumentavam na mesma proporção. Os fatos justificavam as apreensões, pois as estimativas indicavam que havia 120 milhões de pessoas desempregadas, 700 milhões de sub-empregados,

mais de um bilhão de indivíduos vivendo na pobreza e, ainda, um aumento da distância entre ricos e pobres. A relação entre os 20% mais ricos e os 20% mais pobres, que em 1960 era de 1/30, em 1995 chegava a 1/65, com os 20% mais ricos detendo 82% das receitas mundiais e os 20% mais pobres apenas 1,5%.[16] Outro elemento importante desse contexto era o fato de que um elevado número de países estava implementando programas de reformas estruturais, que, se davam certo no sentido de estimular o crescimento econômico, de abrir as economias e de possibilitar-lhes uma melhor inserção no mercado mundial, significavam também volumosos cortes nos orçamentos sociais, agravando o quadro sócio-econômico geral.

A Conferência de Copenhague foi a única da seqüência de grandes conferências mundiais convocadas pela ONU na década de 90 que não teve precedentes, demonstrando, assim, que as questões sociais nos últimos anos haviam se tornado verdadeiramente temas globais, merecendo um evento exclusivo para debater os seus múltiplos aspectos. A proposta de convocação da Cúpula Social foi lançada pelo Presidente do Comitê Social do Ecosoc na sessão regular de maio de 1991, sustentada na idéia de que o encontro proporcionaria oportunidade para que os Governos definissem linhas de ação e de cooperação internacional em matéria social e que também serviria para a mobilização da comunidade internacional, nos planos governamental e não-governamental, em torno da necessidade de promover a melhoria das condições de vida de boa parte da população mundial. O Ecosoc decidiu, então, solicitar ao Secretário-Geral da ONU a realização de consultas para conhecer as reações à idéia, durante as quais foram apresentados os argumentos reproduzidos a seguir para fundamentar a realização da Conferência.[17] O Brasil concordou com a aprovação do projeto de resolução nesse sentido, mas decidiu não co-patrociná-lo.[18]

As profundas e recentes transformações internacionais nas áreas política e de segurança, inclusive os avanços em termos de respeito aos direitos humanos e de prática democrática, assim como a

[16] Dados da Fundação Konrad Adenauer-Stiftung.

[17] Decisão do ECOSOC 1991/230, de 30/05/1991.

[18] Cfe. correspondência oficial do Ministério das Relações Exteriores..

eliminação do confronto ideológico, estariam contribuindo para diminuir sensivelmente os riscos de conflitos globais, mas não estariam sendo acompanhadas, com o mesmo grau de apoio político, por mudanças na área social, cuja situação piorava acentuadamente e afetava os países em desenvolvimento e os países desenvolvidos, gerando inseguranças e tensões que passam a ser fontes permanentes de instabilidade, com sérios impactos sobre as relações entre os diferentes segmentos de uma sociedade e entre os países. O raciocínio prosseguia salientando que embora os problemas não fossem novos, os riscos deles se situarem entre os principais focos de conflitos internos e até internacionais estariam aumentando, daí a necessidade de uma Cúpula para debater os ítens mais cruciais das questões sociais, e, assim, contribuir politicamente para elevar os níveis de estabilidade internacional.

Tendo em conta o ambiente internacional favorável à discussão dos temas sociais (descrito no capítulo 1) e a atitude mais cooperativa que se firmava entre os países nas deliberações sobre assuntos que preocupavam a todos, a Cúpula poderia ensejar a construção de um respaldo político global com vistas à busca de soluções para os problemas, juntamente com um compromisso mundial para fazer avançar a tese de colocar as pessoas como beneficiárias centrais das estratégias de desenvolvimento. A cooperação internacional com esta finalidade poderia passar a figurar entre os componentes principais da ordem internacional emergente e a Conferência poderia servir também para a obtenção de consensos a respeito de políticas, metas e ações prioritárias a serem seguidas nos âmbitos doméstico e internacional a fim de solucionar problemas complexos compartilhados globalmente.

Por fim, os países poderiam aproveitar o processo preparatório para a Cúpula e construir consensos internos, aprofundando o comprometimento nacional com a busca de soluções para as questões sociais mais agudas, já que o evento facilitaria a aproximação entre as instâncias governamentais encarregadas dessa temática e a sociedade, através das organizações não-governamentais, da comunidade acadêmica, dos sindicatos, do setor privado e das entidades civis envolvidas com a matéria.

Durante as consultas, foram sugeridos temas bastante diversificados para compor a agenda da Cúpula; entre eles, as questões relacionadas com o suprimento adequado de alimentos e de moradia, o

aperfeiçoamento dos sistemas públicos de saúde e de educação, a promoção da igualdade das mulheres, a melhoria da atenção às crianças e aos idosos, a incorporação das políticas populacionais às estratégias de desenvolvimento, as conseqüências dos movimentos migratórios e a propagação da Aids. Acabaram por se consolidar, porém, três grandes áreas temáticas, que refletem a síntese dos interesses mais urgentes expressos por países em desenvolvimento e desenvolvidos: eliminação da pobreza, geração de empregos produtivos e fortalecimento da integração social. As consultas deixaram claro também que os temas sociais deveriam ser objeto de considerações continuadas pela comunidade internacional e que seria desejável que a Cúpula não se esgotasse com a sua própria realização, passando a ser vista como um processo, que teria seguimento através de iniciativas de "follow-up" que lhe seriam subseqüentes.

Foi boa a receptividade à proposta e às idéias apresentadas, seja em contatos bilaterais, seja em reuniões multilaterais, como nos debates da Terceira Comissão da 46ª Assembléia-Geral, em 1991, nas reuniões ministeriais do Grupo dos 77 e dos Países Não-Alinhados no mesmo ano e, sobretudo, na Reunião de Cúpula do Conselho de Segurança, em janeiro de 1992, quando um número expressivo de Chefes de Estado e de Governo manifestaram apoio à realização da Cúpula Social.[19]

Até meados de 1991, o Governo brasileiro limitou-se a acompanhar a decisão consensual do Ecosoc sem se comprometer com o conteúdo da proposta, atendendo às ponderações da Delegação junto à ONU em Nova York, segundo as quais a proposta de uma Cúpula Social tinha méritos evidentes, mas poderia ter conseqüências negativas quanto à definição, no futuro, da Agenda para o Desenvolvimento. Acrescentava a Delegação que a pretendida Cúpula poderia ter o inconveniente de ocupar o exíguo espaço disponível para a realização de um evento de alcance mundial exclusivamente sobre o desenvolvimento econômico, como era a intenção brasileira, de vez que já estavam previstas quatro grandes conferências para o período de 1992 a 1995, e, assim, a Cúpula poderia deslocar na agenda internacional os temas macro-econômicos ligados à questão do crescimento econômico (moe-

[19] Cfe. documento da ONU E/1992/80, de 1º de julho de 1992.

da, finanças e comércio) e incidir negativamente sobre a tentativa de relançar as negociações a respeito da cooperação nesta área, com o risco de que temas como dívida externa, transferência de recursos, comércio internacional e tecnologia ficassem excluídos das deliberações[20]. Diante dessa situação, Delbrasonu sugeria que a posição brasileira poderia consistir em privilegiar a idéia lançada pouco tempo antes pelo Secretário-Geral da ONU de se realizar uma Conferência sobre o Financiamento do Desenvolvimento e manifestar simpatia, em princípio, pela proposta de realização da Cúpula Social.

A primeira reação brasileira foi, portanto, reticente, mas a evolução das tendências fez com que o Brasil acabasse por co-patrocinar o projeto de resolução que convocou a Cúpula, aprovada pela Assembléia-Geral da ONU em 16 de dezembro de 1992.[21] No preâmbulo, a resolução declara que a Assembléia-Geral está convencida da necessidade de aprimoramento do componente social do desenvolvimento sustentável para que se alcance o crescimento econômico com justiça social, reconhece a importância de um enfoque integrado por parte dos órgãos integrantes do sistema das Nações Unidas para tratar das questões do desenvolvimento social e econômico e afirma que a Cúpula contribuirá para promover políticas contra a pobreza e o desemprego em todos os países. Este enunciado, portanto, era condizente com a visão brasileira dos temas sociais, justificando a decisão de co-patrocinar o projeto de resolução.

E) A IV Conferência Mundial sobre a Mulher

Realizada em Pequim, em setembro de 1995, a IV[a] Conferência Mundial sobre a Mulher teve como antecedentes as Conferências realizadas no México, em Copenhague e em Nairóbi ao longo de vinte anos em que foram significativas as mudanças no tratamento do tema. Essa seqüência de encontros começou com uma agenda bastante modesta no México, em 1975, limitada ao exame das questões de

[20] Cfc. comunicação da Delegação do Brasil junto à ONU, em Nova York, para a Secretaria de Estado.

[21] Resolução 47/92, publicada em "Resolutions adopted on the reports of the Third Committee", pp. 298-301.

trabalho, da educação e da saúde, passou por Copenhague, em 1980, e chegou a Nairóbi, em 1985, com um temário bem mais abrangente, compreendendo tópicos como as conseqüências da violência, dos ajustes econômicos, da participação social e dos sistemas de promoção e de proteção dos direitos humanos para as mulheres. Os avanços prosseguiram em Pequim, com a afirmação do entendimento de que o fortalecimento ("empowerment") das mulheres é bem mais que uma questão de justiça e democracia, é condição "sine qua non" do progresso para todas as nações".[22]

Nos debates realizados no México, a questão central era a integração das mulheres no processo de desenvolvimento e seu ponto principal era a idéia de que as mulheres não poderiam ser discriminadas na distribuição dos seus benefícios. Dez anos depois, em Nairóbi, ampliou-se o alcance das preocupações, ao se voltarem as deliberações para aspectos relacionados com o papel das mulheres na sociedade em geral e as formas de garantir-lhes maior participação em decisões que afetam seus interesses, cujo resultado mais concreto e imediato foi a aprovação das "Estratégias para o Avanço das Mulheres". O campo das negociações continuou expandindo-se progressivamente até chegar à discussão, em Pequim, de temas como a proteção dos direitos humanos das mulheres, a redução dos níveis crescentes de pobreza entre as mulheres, sua plena participação em decisões políticas em todos os níveis, a eliminação da violência contra as mulheres, o acesso eqüitativo à educação e aos serviços de saúde e sua contribuição para a implementação de estratégias de desenvolvimento sustentável.

O tratamento do tema em Pequim incorporava, em resumo, os avanços acumulados nas Conferências do Rio, de Viena, do Cairo e de Copenhague, pois a primeira reconhecera a perspectiva de gênero no encaminhamento das questões ambientais; a segunda impulsionara a aceitação universal dos direitos da mulher, inspirando inclusive a criação, pela Comissão dos Direitos Humanos das Nações Unidas, de uma Relatora Especial para monitorar os casos de violência contra as mulheres no mundo inteiro; o Cairo fortalecera o direito das mulheres de controlar sua fecundidade, reconhecendo-o como fator

[22] Oliveira, Rosiska Darcy de. Apresentação do livro "Conferência Mundial sobre a Mulher", Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1996, pp.12.

importante das políticas populacionais; e Copenhague aprovara o compromisso de promover a igualdade e a eqüidade entre homens e mulheres, através do aumento da participação e da liderança da mulher na vida política, civil, econômica, social e cultural.

Em princípio, portanto, o contexto político-diplomático em que se inscrevia a Conferência de Pequim reuniria todas as condições para que o encontro transcorresse sem grandes dificuldades; antecipava-se, mesmo, que seria uma ocasião propícia não só para sacramentar as conquistas anteriores, mas também para fazer avançar a causa da mulher na agenda social da ONU. Os fatos, porém, desmentiram essa aparência de tranqüilidade.

O crescimento do fundamentalismo islâmico, evidenciado em uma série de ações violentas em várias regiões do mundo, a inflexibilidade dogmática de alguns setores do cristianismo, que condenavam radicalmente a contracepção e o aborto em qualquer circunstância, e a superficialidade dos compromissos dos países desenvolvidos em relação a medidas concretas para atenuar a crise social, gerando reações de desconfiança entre países em desenvolvimento de culturas não-ocidentais, tumultuaram os preparativos e dificultaram os trabalhos do Comitê Preparatório.[23]

A convocação da Conferência, porém, foi anterior a esses acontecimentos. A proposta foi aprovada inicialmente pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas através da resolução 1990/12[24] e depois endossada pela Assembléia-Geral em suas resoluções 45/129,[25] de 14 de dezembro de 1990 e 46/98, de 16 de dezembro do ano seguinte.[26] Esta última assinalava, na parte preambular, a determinação dos países de incentivar a plena participação das mulheres nos assuntos políticos, civis, econômicos, sociais e culturais e enfatizava a importância de ser promovida a integração completa das mulheres nos

[23] Lindgren Alves, J. A. "A Conferência de Beijing e os Fundamentalismos", em Revista Brasileira de Ciências Criminais, julho/setembro 1996, pp. 104-124.

[24] Documento das Nações Unidas "Resolutions and Decisions of the Economic and Social Council", official records, supplement nº1, New York, 1991, pp. 13.

[25] Documento das Nações Unidas "Resolutions and Decisions adopted by the General Assembly during its Forty-Fifth Session", official records, Supplement nº49 A (A/45/49) New York, 1991, pp. 232-233.

[26] Documento das Nações Unidas "Resolutions adopted by the General Assembly on the reports of the third Committee, (A/46/653), official records, New York, 1991, pp. 286-289.

processos de desenvolvimento. Chamava atenção, ainda, para os elevados custos sociais que a falta de implementação das estratégias definidas em Nairóbi poderia provocar, pelo seu impacto negativo sobre o ritmo do desenvolvimento sócio-econômico dos países.

A idéia da convocação da Conferência foi recebida com naturalidade e sem surpresas pelas delegações que participavam das sessões do Ecosoc e da Assembléia-Geral que a aprovaram. Não chegou a despertar debates polêmicos, pois desde 1987 estava prevista a realização de um evento mundial com a finalidade de proceder a um balanço dos progressos alcançados e dos obstáculos encontrados na implementação das Estratégias acordadas em Nairobi. Na ausência de objeções de fundo, os países passaram a se concentrar nas tarefas de definir o conteúdo temático da Conferência e de negociar, durante o processo preparatório, os documentos que seriam adotados em Pequim.

O Brasil apoiou a iniciativa, sem assumir posição ativista na promoção da idéia. Durante a etapa preparatória, envolveu-se mais intensamente com o tema, fruto inclusive da influência exercida pelo contato próximo do Itamaraty com os Conselhos Estaduais e Municipais de Mulheres e outras organizações nacionais de mulheres, que se empenharam em apresentar suas opiniões e em destacar a importância das questões que seriam examinadas.

F) A II Conferência Mundial sobre Assentamentos Humanos – Habitat-II

A última Conferência da agenda social das Nações Unidas na atual década foi realizada em Istambul, em junho de 1996, com a finalidade de conter, a longo prazo, a deterioração dos assentamentos humanos no mundo inteiro e de criar as condições para melhorar, em bases sustentáveis, o ambiente em que vivem todas as pessoas, conferindo especial atenção às necessidades de grupos sociais vulneráveis, cuja qualidade de vida e participação no desenvolvimento têm sido prejudicadas pela exclusão e desigualdade. Suas atribuições incluíam a adoção de uma Declaração geral de princípios e compromissos e a formulação de um Plano de Ação correlato, capaz de orientar os esforços nacionais e internacionais nesse sentido nas duas primeiras déca-

das do próximo século.[27]

A Resolução da Assembléia-Geral das Nações Unidas que convocou a Conferência, no final de 1992, considerava oportuna a realização de um encontro de alto nível e de alcance mundial para deliberar sobre o planejamento, desenvolvimento e gestão dos assentamentos humanos, apoiando-se na avaliação compartilhada por toda a comunidade internacional de que os conhecidos problemas das cidades – onde vive quase a metade da população mundial – são de tal dimensão que transcendem, hoje, as fronteiras tanto de países em desenvolvimento quanto de países desenvolvidos, justificando o tratamento global do tema. Outra razão para um exame de alcance universal das questões ligadas aos assentamentos humanos era, na opinião do Subsecretário Geral da Habitat-II – o brasileiro Jorge Wilheim –, o fato de que muitas cidades, por iniciativa própria, organizam-se em redes, negociam os financiamentos que precisam, elaboram formas inovadoras de gestão e estabelecem parcerias que vão esboçando uma espécie de transnacionalismo urbano.

A percepção de que a degradação generalizada dos centros urbanos é de natureza global de fato não é tão recente assim, pois em 1976 a ONU já havia convocado uma Conferência dedicada especificamente à melhoria da qualidade de vida nas cidades. Os resultados desse encontro realizado em Vancouver, porém, mostraram-se bastante limitados, pelo irrealismo das suas propostas – que desconheceram a iminência da crise econômica mundial que se instalaria pouco depois e das suas extensas conseqüências, incluindo-se a redução das fontes de financiamento habitacional –, pela excessiva influência recebida de teorias catastrofistas que estavam em voga na época – como os estudos do Clube de Roma –, e por sua abordagem "estatizante", própria de um período em que a participação da sociedade nas decisões governamentais era restrita e que o Estado arvorava-se a ser auto-suficiente.

Contrastando com esse enfoque anterior, a Conferência de Istambul, na opinião de Lindgren Alves, deixou clara a importância conferida à idéia de "participação e parceria" no equacionamento dos problemas, seja pelo conteúdo das recomendações do seu documento

[27] Resolução 47/180 da Assembléia-Geral das Nações Unidas, de 22 de dezembro de 1992.

final, seja pela quantidade e variedade de eventos que se realizaram paralelamente à Habitat-II.[28] O próprio teor da Agenda Habitat, documento programático adotado pela Conferência, reafirma a tendência de abertura das Nações Unidas para a participação de atores não estatais, -nacionais e internacionais – no encaminhamento dos temas sociais.

Dada a gravidade dos problemas existentes nas cidades brasileiras, particularmente nas zonas periféricas das metrópoles, o Brasil não poderia deixar de respaldar, como fez desde o início, a idéia de convocação da Conferência, tendo participado construtivamente do processo prepratório que a antecedeu, como se verá na seção 2 deste capítulo.

Pelos comentários apresentados até aqui, é possível afirmar que o Brasil apoiou praticamente todas as propostas de convocação das conferências desde as suas origens, embora com níveis de convicção e de intensidade diferenciados, assim como participou construtivamente das tratativas diplomáticas que culminaram com a aprovação das respectivas resoluções convocatórias, procurando mostrar com clareza seus pontos de vista e influenciar legitimamente no conteúdo dos textos aprovados.

2.2. As preparações das conferências – Negociações internacionais e internas.

A preparação da participação brasileira nas diversas conferências foi bastante similar, embora tenha variado em intensidade e abrangência. O Brasil participou ativamente dos processos preparatórios internacionais, que seguiram a praxe das grandes conferências temáticas das Nações Unidas e desenvolveram-se através de sessões dos Comitês Preparatórios criados especialmente para coordenar este trabalho. Também tomou parte nas consultas formais e informais durante as sessões do Ecosoc e da própria Assembléia-Geral que antece-

[28] Lindgren Alves, J.A. "A Habitat-II e as encruzilhadas de Istambul", em Revista Contexto Internacional, volume 19, nº 1, Rio de Janeiro, janeiro/julho 1997, pp. 41-70.

deram cada Conferência, complementando as atividades dos Comitês Preparatórios. Cada grupo regional realizou uma conferência em sua respectiva área geográfica, com a finalidade de concertar as posições dos países e apresentar os resultados deste exercício como subsídio para a elaboração dos documentos de referência e para os debates de cada uma das Conferências e o Brasil esteve presente em todas aquelas realizadas na América Latina.

Internamente, foram constituídas comissões interministeriais de trabalho que, sob a coordenação do Itamaraty, realizaram ampla consulta à sociedade sobre os temas da agenda de cada conferência, através de seminários reunindo representantes dos órgãos governamentais responsáveis pelos assuntos, meio acadêmico e organizações não-governamentais interessadas nas matérias. Cada uma dessas comissões produziu relatório nacional contendo diagnóstico da situação no Brasil sobre os tópicos em discussão (exceto para a Conferência Mundial sobre Direitos Humanos), procurando refletir os pontos de vista das diferentes correntes de opinião existentes no país. Estes documentos foram entregues ao Secretariado de cada conferência como contribuição brasileira, ao mesmo tempo em que serviram de base importante para as instruções que orientaram os trabalhos das delegações que representaram o Brasil nas conferências, assegurando a consistência das suas posições.

A) Conferência sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento

O Comitê Preparatório da Rio-92, criado pela Resolução que a convocou, realizou uma sessão organizacional e quatro sessões substantivas. A primeira sessão substantiva ocorreu em Nairobi, em agosto de 1990, e, como era previsível, produziu avanços apenas limitados, em decorrência do caráter preliminar dos documentos apresentados pelo Secretariado e da relutância dos países desenvolvidos em debater propostas com enfoque integrado entre meio ambiente e desenvolvimento. Questões chaves para os países em desenvolvimento, como a da transferência de tecnologia, não progrediram. Nas discussões iniciais sobre o alcance das negociações – se deveriam limitar-se às cha-

madas tecnologias limpas ou se abrangeriam também tecnologias para a prevenção de danos ao meio ambiente –, os países desenvolvidos favoreciam uma concepção restrita, compreendendo somente aquelas tecnologias substitutas de outras mais poluentes, ao passo que os países em desenvolvimento – inclusive o Brasil – favoreciam uma conceituação ampla, apoiados no argumento de que uma reorientação do processo de desenvolvimento nesses países implicaria tanto adaptações nas instalações industriais existentes como o emprego de tecnologias menos poluentes.

Outra questão debatida foi a dos direitos de propriedade intelectual, tendo o Brasil apoiado a tese de garantir aos países em desenvolvimento o acesso a todas as tecnologias, através de um regime especial, diferente das negociações que estavam em curso na rodada Uruguai do Gatt. O objetivo dos países em desenvolvimento era o de estabelecer um regime internacional obrigatório para a transferência de tecnologias ambientalmente saudáveis, que lhes permitisse comprar e/ou desenvolver os meios técnicos mais avançados através de acesso desimpedido a equipamentos especializados e "know-how", incluindo treinamento e assistência técnica, com vistas à promoção do desenvolvimento juntamente com a proteção ambiental.[29] Aparentemente técnica, a discussão deste ponto envolve aspectos políticos sensíveis, não só porque tem conseqüências sobre o sistema produtivo e o modelo de desenvolvimento a ser seguido, mas também pelas suas repercussões sobre aspectos nitidamente sociais, tais como taxas de emprego, capacitação de mão-de-obra e salários, e o Brasil manifestou com clareza seu interesse nesses aspectos.

Na segunda sessão do Comitê Preparatório, realizada em Genebra, no final de março e início de abril de 1991, o Brasil apresentou suas posições sobre recursos financeiros e florestas. Com relação ao primeiro tema, o chefe da delegação brasileira declarou que "é imperativo ampliar em favor dos países em desenvolvimento os fluxos de crédito para financiamento de iniciativas ambientais sem desviar recursos destinados a programas de desenvolvimento".[30] A respeito do segundo, a delegação brasileira afirmou que era preciso considerar a floresta

[29] Cfe. correspondência oficial do Ministério das Relações Exteriores.

[30] Cfe. documento oficial do Ministério das Relações Exteriores.

como habitat de comunidades indígenas e transplantadas, além do seu papel relacionado com mudanças climáticas e como local de máxima concentração da diversidade biológica. Essa posição serve para ilustrar a percepção dos representantes brasileiros de que um assunto que seria, em princípio, eminentemente técnico-científico, pode abranger também aspectos sócio-econômicos.

Na terceira sessão do Comitê Preparatório, que teve lugar em Genebra, de 12 de agosto a 4 de setembro de 1991, os documentos que seriam adotados no Rio de Janeiro começaram efetivamente a ser negociados. O Brasil participou ativamente de todas as negociações e apresentou proposta, co-patrocinada pela Argentina, no sentido de ser criado um Fundo para a Promoção do Desenvolvimento Sustentável, que se revelou bastante útil para as negociações posteriores sobre recursos financeiros.

O Brasil assinalou também a importância que atribuía às questões de desenvolvimento urbano em conexão com políticas ambientais, posição esta que havia sido contemplada no documento resultante da reunião regional de autoridades de alto nível, que fez parte dos preparativos para a Conferência e que foi promovida pela Comissão Econômica das Nações Unidas para a América Latina e o Caribe (Cepal). O Brasil reconhecia que a habitação, as condições sanitárias (abastecimento de água e saneamento) e a eliminação de resíduos sólidos são setores prioritários para a aplicação de recursos financeiros e chegou a sugerir que a Conferência recomendasse às agências de cooperação internacional concentrar esforços na busca de soluções para esses setores, de claro conteúdo social, em vista dos seus impactos sobre a qualidade de vida da população. Propôs, ainda, que a Conferência estimulasse a apresentação de propostas específicas de ações internacionais destinadas a melhorar o desenvolvimento dos centro urbanos, em um esforço para elevar os índices de desenvolvimento humano dos países do Sul.[31]

O Brasil ponderou, por fim, que a transferência de tecnologia com vistas à proteção do meio ambiente não deveria ficar restrita aos mecanismos tradicionais de cooperação para o desenvolvi-

[31] Cfe. correspondência oficial do Ministério das Relações Exteriores.

mento, que se têm mostrado limitados tanto para promover o acesso efetivo dos países em desenvolvimento aos avanços tecnológicos quanto para que eles criem capacidades próprias de gerar tecnologias que imprimam nova dinâmica ao processo produtivo. Na visão brasileira, caberia chegar a um acordo na Conferência para que percentagem crescente dos orçamentos das agências multilaterais e bilaterais de cooperação passasse a ser alocada para este fim, abrangendo possibilidades de treinamento de recursos humanos, criação, aprimoramento e manutenção de escolas técnicas e universidades, assim como montagem e manutenção de laboratórios nos países em desenvolvimento. Esta iniciativa mostra, uma vez mais, a preocupação do Brasil em acoplar às discussões ambientais aspectos de desenvolvimento e de natureza sócio-econômica.[32]

Na avaliação de Delbrasgen, definiu-se claramente nessa sessão do PrepCom o "trade-off" essencial da Conferência do Rio: a aprovação, pelos países em desenvolvimento, de convenções e acordos, bem como a aceitação das obrigações da Agenda 21 e da Declaração do Rio apenas poderiam ocorrer caso houvesse disposição dos desenvolvidos de negociar a substância dos temas trans-setoriais (pobreza, saúde, educação, mulheres, juventude, assentamentos humanos, comunidades locais, recursos financeiros e de transferência de tecnologia) em especial os dois últimos.[33]

A quarta e última sessão do Comitê Preparatório aconteceu em Nova York, em março e abril de 1992 e delineou as características da Conferência e o perfil de seus resultados. As posturas negociadoras de delegações como a do Brasil e a do Paquistão, que presidia o Grupo dos 77, contribuíram para a elaboração de fórmulas de composição amplamente satisfatórias, a ponto de ter sido acordado cerca de oitenta por cento da substância da Agenda 21. Procurando dar o tom das deliberações, o Presidente do Grupo dos 77 declarou enfaticamente que o desenvolvimento e a pobreza constituem pré-requisitos para a ação coletiva em matéria de meio ambiente e não podem ser considerados isoladamente[34] e apresentou a idéia de que o sistema das Na-

[32] Cfe. correspondência oficial do Ministério das Relações Exteriores.

[33] Cfe. comunicação da Delegação do Brasil junto à ONU, em Genebra, para a Secretaria de Estado.

[34] Cfe. correspondência oficial do Ministério das Relações Exteriores.

ções Unidas deveria atribuir a mais alta prioridade às ações dirigidas à erradicação da pobreza,[35] com apoio do Brasil. Nas deliberações sobre a Declaração do Rio, por sua vez, o G-77 tomou a iniciativa das negociações, ao apresentar proposta em que eram acentuados os aspectos de desenvolvimento, sem descuidar da dimensão ambiental. Os desenvolvidos, por seu lado, insistiam em um documento que sublinharia apenas ou fundamentalmente a questão ambiental.[36]

O Brasil participou ativamente dessas negociações, enfatizando os princípios de que todos têm direito ao desenvolvimento sustentável, de que deve se estabelecer uma harmonia entre preocupações com o desenvolvimento e com a proteção ao meio ambiente, que a proteção ambiental deve ser acompanhada de justiça social e de que é preciso uma cooperação internacional em novos moldes para o encaminhamento dos problemas globais.[37] Defendeu, ainda, a inclusão do conceito de que as questões ecológicas não podem ser tratadas exclusivamente de um ângulo técnico, pois envolvem concepções fundamentais sobre as relações sociais, assim como a noção de que não pode haver um planeta ambientalmente sadio num mundo socialmente injusto.[38]

O Brasil integrou o grupo informal e restrito que aprovou, no final dessa sessão, o projeto de texto que viria a ser a Declaração do Rio e que reflete, de forma equilibrada, teses ambientalistas e propostas voltadas para o desenvolvimento. Essas últimas estão expressas, primordialmente, no princípio que declara que as pessoas são o centro das preocupações ambientais e de desenvolvimento, também no princípio que admite, pela primeira vez em um documento internacional consensual, o Direito ao Desenvolvimento e, por fim, no princípio que contém o compromisso com a erradicação da pobreza.

O Brasil manteve a atitude de incorporar em suas posições o interesse pelos aspectos sócio-econômicos também nas negociações sobre o conteúdo da Agenda 21, mesmo quando o assunto em

[35] Cfe. documento oficial do Ministério das Relações Exteriores.

[36] Cfe. telegrama recebido pela Secretaria de Estado da Delegação do Brasil junto à ONU, em Nova York.

[37] Cfe. correspondência oficial do Ministério das Relações Exteriores.

[38] Cfe. correspondência oficial do Ministério das Relações Exteriores.

discussão era eminentemente técnico. Tanto é assim que, ao tratar das questões relativas ao combate à desertificação e à seca, considerou relevante que constassem dos programas iniciativas para erradicar a pobreza e para promover a qualidade de vida em áreas sujeitas a desertificação.[39] Ao discutir as questões relacionadas com resíduos tóxicos e perigosos, por outro lado, uma das posições brasileiras consistia em procurar estabelecer uma conexão entre o tratamento dos resíduos e as ações dirigidas à proteção e promoção da saúde dos trabalhadores.

Nas discussões sobre recursos hídricos, o Brasil sustentou que a gestão ambientalmente sustentável desses recursos é um elemento fundamental para a conservação dos ecossistemas e para a promoção da saúde e do bem-estar humano e que o planejamento para sua utilização deve ser compatível com as políticas sociais, econômicas e ambientais.[40] Em relação ao capítulo dos assentamentos humanos, o Brasil expressou-se a favor de que a cooperação internacional voltada para o meio ambiente e o desenvolvimento deveria levar em conta a necessidade de medidas para melhorar as condições sociais, econômicas e ambientais como um todo nos assentamentos humanos rurais e urbanos, conferindo ênfase especial à situação crítica das populações mais pobres dos países em desenvolvimento.

Verifica-se, portanto, que foi uma constante nas posições assumidas pelo Brasil, até mesmo em relação a temas técnico-científicos, realçar as implicações e os possíveis efeitos das decisões adotadas sobre a área sócio-econômica.

No plano interno, o Governo brasileiro constituiu formalmente a Comissão Interministerial para a Preparação da Conferência (Cima) e o Grupo de Trabalho Nacional, sendo a primeira encarregada da substância da Conferência e a segunda responsável pela sua preparação logística.

A Cima, integrada por todos os órgãos do Governo Federal diretamente envolvidos no evento e por representantes das Confederações Nacionais do Comércio, da Indústria e da Agricultura e de organizações não-governamentais, recebeu a atribuição de acompa-

[39] Idem

[40] Idem

nhar a evolução das negociações internacionais e de formular as posições nacionais para a quarta sessão do Comitê Preparatório. Coube também à Comissão a tarefa de elaborar o Relatório Nacional para apresentar à Conferência, contendo um diagnóstico abrangente e atualizado da situação ambiental no Brasil, que foi produzido com ampla participação de vários setores interessados da sociedade.

Ao resumir o contexto em que iria ocorrer a Conferência, o Relatório assinala, logo em seu início, que a melhor descrição para este final de século é o esgotamento de um estilo de desenvolvimento que se mostrou ecologicamente predatório, socialmente perverso e politicamente injusto. Mais adiante, o Relatório enfatiza que os problemas de meio ambiente e a implementação do modelo de desenvolvimento sustentável estão diretamente relacionados com a diminuição dos níveis de pobreza e com a satisfação das necessidades básicas da maioria das populações.[41]

Ao focalizar o caso brasileiro, o Relatório expressa categoricamente que o desafio maior do País é o de acelerar o desenvolvimento material com justiça social e qualidade ambiental, realçando a urgência de se integrarem as medidas dirigidas aos três componentes. Ao tratar dos elementos que deveriam fazer parte de uma estratégia de desenvolvimento sustentável no Brasil, o Relatório assinala que não há como imaginar um estilo de desenvolvimento que possa ser ambientalmente sustentável se não contiver uma solução para os graves desequilíbrios provocados pelas situações de pobreza extrema e de iniqüidade sócio-econômica que caracterizam a sociedade brasileira neste fim de século.[42]

O Relatório apresenta também algumas considerações sobre o tipo de crescimento econômico a ser promovido, sugerindo a priorização de políticas macro-econômicas que permitam a satisfação das necessidades básicas dos setores mais pobres, o desenvolvimento de políticas sociais integradas que tenham impacto além do combate imediato à pobreza, a destinação de uma parcela mais significativa do produto nacional para os setores sociais, a redistribuição do gasto público e o redirecionamento dos programas sociais para os grupos

[41] Relatório Brasileiro para a Conferência sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento pp. 13.
[42] Idem pp. 151.

populacionais mais vulneráveis.[43] Com muita clareza, enfim, o Relatório expressa que o desenvolvimento econômico não deve ser apenas sustentável, deve ser capaz também de resolver os grandes problemas sociais e de utilizar os recursos de meio ambiente de tal forma que eles possam ser usufruídos pelas gerações futuras.

Em resumo, as posições brasileiras apresentadas ao longo do processo preparatório para a Rio-92 têm como elemento constante o entendimento da inter-setorialidade das questões ambientais e suas implicações sobre a área sócio-econômica.

B) A Conferência Mundial sobre Direitos Humanos

Os preparativos para o segundo grande conclave mundial do período pós-Guerra Fria compreenderam quatro sessões do seu Comitê Preparatório, debates sobre o tema durante as sessões da Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas e da Assembléia-Geral da ONU no período que vai da convocação à sua realização, reuniões regionais da América Latina e Caribe, Ásia e África e inúmeros encontros formais e informais para discussões dos pontos mais controvertidos.

Ao longo do período preparatório da Conferência, a situação internacional, longe de confirmar o otimismo generalizado da fase imediatamente posterior ao final da Guerra Fria, deteriorou-se amplamente e as tensões refletiram-se sobre os trabalhos de preparação, que se caracterizaram muito mais pelos desentendimentos do que pelas convergências. Como é bastante conhecido, a Guerra do Golfo não trouxe a estabilidade esperada à região, o fim da União Soviética estimulou movimentos nacionalistas e separatistas, os conflitos internos se expandiram, o fundamentalismo religioso recebeu novos adeptos e a crise econômica internacional agravou-se, especialmente para os países em desenvolvimento.[44] A profunda recessão econômica experimentada nesse período acentuou as disparidades entre países industrializados e

[43] Idem pp. 154.

[44] Lindgren Alves, J. A., "Os Direitos Humanos como Tema Global", São Paulo: Editora Perspectiva, série Estudos, Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 1994.

países em desenvolvimento e entre diferentes setores de uma mesma sociedade, a tal ponto que os avanços obtidos em relação aos direitos civis e políticos, graças à democratização vivida por vários países, viam-se ameaçados por retrocessos na área sócio-econômica.

Ante este quadro de múltiplas dificuldades, as propostas liberalizantes ocidentais eram recebidas com desconfiança sobretudo pelos afro-asiáticos, que as interpretavam como manifestações do alegado "direito de ingerência" e as proposições dos países em desenvolvimento, visando mais à coletividade do que ao indivíduo, eram encaradas pelos desenvolvidos como uma tentativa de rechaço aos direitos individuais, em favor de regimes autoritários. Acrescente-se, ainda, como fatores que influenciaram as posturas das delegações, as transposições para a esfera dos direitos humanos das controvérsias políticas bilaterais e regionais, assim como das situações nacionais marcadas pela presença de movimentos insurrecionais e pela atuação de grupos terroristas.[45]

Em síntese, as diferenças na fase de negociações eram de tal ordem que a agenda da Conferência não pôde ser elaborada pelo Comitê Preparatório, tornando-se necessário que a Assembléia-Geral da ONU, no fim de 1992, assumisse tal tarefa.

Na primeira sessão do PrepCom, realizada em Genebra, em setembro de 1991, o Brasil atuou no sentido de preservar ao máximo os objetivos fixados para a Conferência na Resolução 45/155 da Assembléia-Geral, conferindo ênfase particular à importância de um exame aprofundado das relações entre o desenvolvimento e os direitos humanos.[46] Evidenciava, assim, coerência em relação ao apoio conferido ao texto aprovado e à posição que a diplomacia brasileira invariavelmente tem ressaltado nos foros internacionais, ao sublinhar que o respeito aos direitos humanos, embora não dependente do desenvolvimento, está vinculado estreitamente a ele. O Brasil expressou também que favorecia como eixo central das deliberações a questão das interrelações entre Direitos Humanos, Desenvolvimento e Democracia e seu interesse de que este enfoque se mantivesse em todas as etapas dos trabalhos.

[45] Idem pp. 26

[46] Cfe. telegrama oficial do Ministério das Relações Exteriores.

Na segunda sessão do Comitê Preparatório, que teve lugar em Genebra em abril de 1992, a agenda provisória da Conferência foi objeto de prolongadas consultas informais, sem conseguir aprovação. A Presidência do PrepCom sublinhou a necessidade de que as discussões focalizassem a questão dos obstáculos econômicos e sociais que incidem sobre a realização dos direitos humanos,[47] revelando seu propósito de valorizar, assim como o Brasil, uma abordagem abrangente do tema e de dar um sentido pragmático às negociações, de modo a evitar que os debates tendessem a se transformar em um exercício retórico de boas intenções e pouco produtivo. Da documentação preparada pelo Secretariado, já sobressaíam alguns temas como prioritários: a relação entre os direitos humanos, a democracia e o desenvolvimento, abrangendo a implementação prática do direito ao desenvolvimento como um direito fundamental; o impacto da pobreza no gozo dos direitos humanos e o fortalecimento das instituições democráticas; a questão da discriminação contra grupos vulneráveis, incluindo os segmentos mais pobres; os direitos da criança e das mulheres frente às disparidades econômicas; e a administração da Justiça e o Estado de Direito.[48]

Em reunião prévia do Grupo Latino-Americano e do Caribe (Grulac), o Brasil apresentou proposta – aprovada – de que a região sugerisse ao PrepCom a inclusão, entre os temas para estudos, de uma análise acerca da incidência da pobreza, da marginalidade e da violência sobre a plena realização dos direitos humanos,[49] reafirmando, desta forma, o interesse em abordar a questão dos direitos humanos de uma perspectiva do desenvolvimento, em particular de seus aspectos sociais.

A segunda sessão do PrepCom, na avaliação de Delbrasgen, evidenciou claramente as diferentes posturas de grupos e países em relação aos direitos humanos, decorrentes de concepções filosóficas divergentes quanto à sua proteção e promoção e ao papel reservado à cooperação internacional nesse campo. Registrou aquela missão diplomática a percepção de que as posições oscilaram entre a

[47] Cfe. telegrama oficial do Ministério das Relações Exteriores.

[48] Cfe. correspondência oficial do Ministério das Relações Exteriores.

[49] Cfe. comunicação oficial do Ministério das Relações Exteriores.

visão abrangente dos países ocidentais, que desejavam o tratamento amplo das questões vinculadas à temática dos direitos humanos e o enfoque "direcionado" – principalmente dos asiáticos –, que defendiam a incorporação, na agenda da Conferência, de temas referentes às agressões, ocupações estrangeiras e ao colonialismo e tentavam restringir a universalidade dos direitos humanos, condicionando-o às particularidades étnicas, culturais e religiosas. Nessas circunstâncias, a segunda sessão do PrepCom terminou em um clima de desentendimento e frustração, com pouquíssimos avanços e sem decisões definitivas sobre os principais ítens da tarefa que lhe havia sido atribuída, gerando pessimismo na maioria das delegações quanto à evolução dos preparativos e às perspectivas de realização da própria conferência.[50]

O avanço mais significativo produzido pela terceira sessão do PrepCom, realizada em Genebra em setembro de 1992, foi a aprovação dos procedimentos a respeito da participação das organizações não-governamentais na Conferência, pondo fim a um tópico polêmico sobre o qual as negociações vinham sendo longas e difíceis. Diante da falta de consenso sobre a agenda da Conferência ainda nesta etapa, o assunto foi apresentado à própria Assembléia Geral das Nações Unidas, que acabou por resolver essa questão através da resolução 47/122, de 18 de dezembro de 1992.

Durante os debates que precederam a aprovação da resolução, o Brasil declarou sua preferência por uma agenda flexível e genérica, de modo a não limitar nem prejulgar os resultados da Conferência e permitir que todos os países aproveitassem o evento para suscitar temas de seus próprios interesses na área dos direitos humanos.[51] Tendo em vista que a redação do texto evoluiu nessa direção, o Brasil acabou por co-patrocinar o projeto de resolução sobre a agenda, juntando-se a mais de 130 países; finalizava-se, assim, o longo processo de debates e negociações sobre este aspecto fundamental para o êxito da Conferência.

Antecipando-se à possibilidade de que os países desenvolvidos viessem a apresentar, na Conferência, propostas de aprofundamento ou intensificação dos mecanismos de monitoramento

[50] Cfe. idem.

[51] Cfe. ibidem.

das Nações Unidas na área de direitos humanos, o Brasil manifestou-se a favor de que este eventual "acréscimo" fosse necessariamente acompanhado de decisões inovadoras e expressivas a respeito das relações entre direitos humanos e desenvolvimento, reiterando sua visão integrada do tema.

A quarta e última sessão do Comitê Preparatório, ocorrida em Genebra em abril e maio de 1993, adotou um texto para servir de base às discussões da própria Conferência que, em linhas gerais, dividia-se em três partes: a primeira continha referências aos princípios básicos em matéria de direitos humanos e ao incremento da cooperação internacional nessa área; a segunda identificava os atuais obstáculos à plena realização dos direitos humanos, dispunha sobre o direito ao desenvolvimento e sobre a necessidade de promoção de progressos significativos nos direitos econômicos, sociais e culturais, conclamando inclusive a comunidade internacional a um esforço coordenado e prioritário para a erradicação da pobreza extrema e a redução da exclusão social. A ênfase da terceira parte recaía na implementação e nos métodos de monitoramento, assim como na necessidade de haver melhor coordenação entre os mecanismos de proteção dos direitos humanos. Esta parte aludia também ao estabelecimento do cargo de Alto Comissário para os Direitos Humanos no âmbito das Nações Unidas e continha dispositivos sobre o seguimento da Conferência.

Cumpre mencionar, por fim, a ativa participação do Brasil na Reunião Regional Latino-Americana e Caribenha, realizada em San José, Costa Rica, em janeiro de 1993. A Declaração que resultou do encontro salientava a trilogia direitos humanos/democracia/desenvolvimento (preâmbulo e parágrafos 2, 4, 5 e 7), referia-se aos grupos vulneráveis (parágrafos 16 e 27), salientando a necessidade de ações urgentes voltadas para os direitos das crianças, das mulheres, dos indígenas, dos portadores de deficiência, dos idosos e dos enfermos (parágrafos 13-15 e 17-20) e reafirmava a interdependência de todos os direitos humanos (parágrafo 3), concedendo especial atenção àqueles relacionados com a área econômica e social (parágrafos 26-27).[52] Como se vê, a abordagem acordada entre os participantes foi bastante condizente com a concepção brasileira a respeito da temática e do significado

[52] Cançado Trindade, Antônio Augusto, obra citada, pp. 48.

da Conferência, na medida em que realçava a influência das condições sociais para o cumprimento da proteção dos direitos humanos.

A preparação interna do Brasil para a Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, por sua vez, não chegou a ser tão extensa quanto o trabalho desenvolvido para a Rio-92 ou para as conferência que se seguiram ao encontro de Viena. A ausência de preparativos sistematizados e de longa duração, porém, não se deveu à falta de reconhecimento da importância do tema da Conferência ou à omissão das autoridades governamentais. Explica-se principalmente pelas circunstâncias que caracterizaram o processo preparatório internacional e pelo próprio conteúdo da resolução que convocou a conferência. De fato, as divergências e impasses que marcaram os preparativos internacionais, como já foi descrito, não permitiram a definição de uma agenda temática para a Conferência até as vésperas de sua realização, o que impediu, naturalmente, a promoção de debates entre instituições governamentais e destas com a sociedade para a definição de posições. Diferentemente das demais conferências deste ciclo, por outro lado, o próprio texto da resolução que convocara a Conferência não solicitava aos países a elaboração de relatórios nacionais.

Mesmo assim, o Governo brasileiro tomou a iniciativa de promover, em abril de 1993, com a coordenação do Itamaraty (Ipri/Funag e Dnu), seminário sobre "Democracia, Desenvolvimento e Direitos Humanos", com as presenças do Ministro de Estado das Relações Exteriores e do Ministro da Justiça, assim como a participação de representantes dos órgãos encarregados do tema, do meio acadêmico e de organizações não-governamentais interessadas no assunto. A escolha do tema confirmava, uma vez mais, a abordagem política que havia sido definida pelo Brasil desde o início dos preparativos e que havia sido reiterada várias vezes pelas delegações que participaram das reuniões preparatórias internacionais em suas várias instâncias. O Seminário reconfirmou a validade desse entendimento, sintetizada na afirmação do então Chanceler Fernando Henrique Cardoso, na abertura do evento, de que "se não existem mais, no mundo de hoje, possibilidades de condicionar-se a observância dos direitos civis e políticos à obtenção prévia de plenas condições de desenvolvimento, tampouco é plausível imaginar que os direitos humanos possam ser desvinculados

da situação sócio-econômica das populações envolvidas".[53]

C) A IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

Comparada com as negociações que antecederam as conferências sobre meio ambiente e desenvolvimento e sobre direitos humanos, a preparação para a Conferência do Cairo foi tranqüila, pois sua agenda foi estabelecida sem maiores dificuldades e o projeto do documento final que seria adotado continha poucas passagens sem consenso ao se iniciar o encontro. Os preparativos compreenderam três sessões do Comitê Preparatório, seis Reuniões de Especialistas convocadas pelo Ecosoc, cinco reuniões regionais, três reuniões de consultas informais e debates nas sessões da II[a] Comissão da Assembléia-Geral da ONU.

Na primeira sessão do PrepCom, realizada em Nova York em março de 1991, as deliberações concentraram-se no formato, objetivos e temas a serem tratados pela Conferência, tendo como marco principal de referência para as discussões substantivas o Plano de Ação Mundial de Bucareste e suas revisões. Os países europeus propuseram que o foco central da Conferência fosse o relacionamento entre população e desenvolvimento sustentável nos países em desenvolvimento e os Estados Unidos, além de coincidir com essa abordagem, acrescentaram que o encontro deveria servir fundamentalmente para a definição de estratégias conservacionistas com vistas a garantir o desenvolvimento sustentável, dentre as quais a ampliação dos esforços para estabilizar o crescimento populacional. O Grupo dos 77, por sua vez, defendeu a idéia de que a Conferência deveria concentrar-se no tratamento do tema população e desenvolvimento, enfatizando a influência do fator populacional sobre as estratégias econômicas e sociais dos países. Propôs, ainda, incorporar aos objetivos da Conferência a captação de recursos financeiros para os países em desenvolvimento poderem implementar as decisões que viessem a ser adotadas.

Nessa ocasião também foram definidos os temas da agenda, a saber: crescimento populacional e mudanças na estrutura

[53] Cfe. correspondência expedida pela Secretaria de Estado aos Postos no exterior.

demográfica (inclusive o envelhecimento da população), com ênfase especial nas interações entre variáveis demográficas e desenvolvimento sócio-econômico; políticas e programas populacionais, com atenção particular na mobilização de recursos para os países em desenvolvimento; interrelações entre população, desenvolvimento e meio ambiente; alterações na distribuição espacial da população e suas conseqüências para o desenvolvimento rural e urbano; ligações entre a melhoria do "status" sócio-econômico das mulheres e a dinâmica populacional e programas de planejamento familiar e seus impactos sobre a saúde e o bem-estar das famílias.

O Brasil considerou que as propostas, em seu conjunto, atendiam as preocupações e interesses do país e atuou no sentido de estimular o consenso.

A etapa seguinte foi a reunião regional preparatória da América Latina e do Caribe, que ocorreu na cidade do México, de 29 de abril a 4 de maio de 1993, promovida pela Cepal. Os temas que despertaram maior interesse foram aqueles relativos aos direitos reprodutivos da mulher, às migrações, ao direito ao desenvolvimento, ao aumento dos recursos da cooperação internacional, às interrelações entre população e meio ambiente, à problemática dos adolescentes e, pela primeira vez em um foro dessa região, a questão do aborto. O Brasil participou ativamente da elaboração do documento final, intitulado "Consenso Latino-Americano e do Caribe sobre População e Desenvolvimento", que contém as posições acordadas sobre os temas principais da agenda do Cairo.[54] De um ponto de vista geral, a delegação brasileira afirmou que os princípios de Bucareste continuavam válidos, mas precisavam de ajustes conceituais para incorporar noções que se foram impondo com o tempo.

Quanto às questões específicas, a delegação brasileira assinalou a importância que atribuía ao tema da mulher e à necessidade de os documentos finais da Conferência reiterarem o compromisso dos Governos de combaterem todas as formas de discriminação, assegurarem à mulher a igualdade de oportunidades e consolidarem e ampliarem os seus direitos reprodutivos, além de enfatizar a atenção especial que deve ser reservada às adolescentes, por ser o único grupo etário

[54] Documento da CEPAL CEG/1/Add1/Rev.2, de 2 de maio de 1993.

em que a gravidez precoce não diminuiu. Ao opinar sobre o tema das migrações, o Brasil sugeriu que os governos da região procurassem obter a proteção aos migrantes sobretudo através de acordos multilaterais e propôs que a Conferência recomendasse aos países desenvolvidos maior contribuição para reverter as causas estruturais que provocam os deslocamentos de contingentes numerosos, reduzindo as barreiras comerciais e aumentando os investimentos nos países de origem dos migrantes. O Brasil também defendeu com determinação a importância de ser fortalecido o conceito de direito ao desenvolvimento, através de recomendações com vistas à sua implementação.

Com referência à cooperação internacional, o Brasil opinou que o volume de financiamento a programas populacionais na América Latina era mínimo e estava diminuindo, motivo pelo qual a percentagem da assistência oficial destinada a essa área necessitaria ser aumentada. Quanto às vinculações entre população e meio ambiente, a delegação brasileira reiterou o entendimento de que é equivocada a tese dos países desenvolvidos segundo a qual a "explosão demográfica" dos países em desenvolvimento e suas conseqüências são as principais responsáveis pela deterioração do meio ambiente e sustentou a idéia de que os padrões de consumo e de produção dos desenvolvidos é que precisam ser revistos para chegar-se a melhorar o equilíbrio entre essas duas variáveis do desenvolvimento. Apoiou, por fim, a proposta do México no sentido de complementar o documento de consenso que estava sendo aprovado naquela ocasião com um Plano de Ação sobre População para a América Latina e o Caribe.[55] É importante frisar que praticamente todas as idéias apresentadas pelo Brasil foram contempladas no documento aprovado ao final da reunião.

Na seqüência dos encontros preparatórios internacionais, realizou-se a segunda sessão do PrepCom em Nova York, em maio de 1993, quando, pela primeira vez, foram discutidos os temas substantivos e foi possível chegar bem próximo a um consenso sobre a estrutura do futuro documento final da Conferência. Ao considerarem especificamente o ítem das migrações, os países industrializados manifestaram interesse em preservar e até ampliar, se possível, a competência de cada governo dispor sobre o ingresso de imigrantes em seu território,

[55] Cfc. documentação oficial do Ministério das Relações Exteriores.

mas admitiram buscar formas para minimizar as crises de curto prazo e as carências mais permanentes dos países em desenvolvimento, de modo a reduzir os movimentos migratórios internacionais "descontrolados" e de grandes proporções. Os países em desenvolvimento, por seu turno, defenderam a necessidade de maior proteção aos direitos dos migrantes e da criação de mecanismos compensatórios para contrabalançar a fuga de cérebros do Terceiro Mundo. Quanto a recursos, as declarações dos desenvolvidos a respeito das possibilidades de aumentarem a cooperação internacional em matéria de programas populacionais foram consideradas evasivas e insuficientes pelos países em desenvolvimento.

Não obstante, foram promissoras as posições convergentes entre os dois grupos de países acerca de tópicos como os direitos da mulher – praticamente todos os países concordaram sobre a importância de assegurar às mulheres o pleno controle de seus direitos reprodutivos, – população e educação – a grande maioria enfatizou a influência dos níveis educacionais sobre as taxas de crescimento populacional –, as relações entre população, desenvolvimento e meio ambiente e a conveniência de serem incluídas metas, ainda que indicativas, no documento final da Conferência.

O Brasil seguiu, em termos gerais, as diretrizes que balizaram sua atuação no México, salientando a aspiração de que o texto do Cairo contivesse ações concretas, em consonância com os princípios definidos em Bucareste. Quanto aos ítens mais específicos, o Brasil propôs a inclusão de medidas no Programa de Ação para implementar o direito ao desenvolvimento, expressou suas preocupações com o tema das migrações e a urgência de serem tomadas providências para reduzir suas causas, inclusive a revisão das políticas tarifárias e de acesso dos produtos dos países em desenvolvimento aos mercados dos países industrializados e declarou o seu firme apoio à eliminação das desigualdades em relação às mulheres e à proteção dos seus direitos reprodutivos. Na avaliação da delegação que representou o Brasil, as propostas apresentadas foram atendidas, na medida em que as diretrizes aprovadas para a elaboração do projeto de Programa de Ação do Cairo recomendavam a busca de um equilíbrio adequado entre assuntos de população, desenvolvimento e meio ambiente, desta-

cando a relevância do direito ao desenvolvimento.[56]

Foi somente na Terceira sessão do Comitê Preparatório, em Nova York, em abril de 1994, que o dissenso se manifestou, liderado inicialmente pela Santa Sé e por alguns países latino-americanos e, a seguir, por vários países muçulmanos que aderiram ao movimento. As objeções apresentadas não eram novas e todas elas se relacionavam a conceitos como planejamento familiar, saúde reprodutiva, direitos reprodutivos, maternidade segura, sexualidade dos adolescentes, família, e, sobretudo, a rejeição do aborto em qualquer circunstância, apoiadas na avaliação de que o endosso da comunidade internacional a essa noções constituiria um estímulo à permissividade e a condutas individualistas. Instalou-se, a partir daí, uma polêmica acalorada em quase todos os países, uma vez que os tópicos envolviam conceitos e valores de foro íntimo e sua discussão gerou uma celeuma e estridência magnificadas, acarretando apreensões e percepções distorcidas de que a Conferência estaria limitada a negociações sobre o aborto.

A preparação interna do Brasil para a Conferência, por outro lado, foi pioneira e conduzida através de vários foros e instâncias de deliberação interrelacionados entre si, com o intuito deliberado de conferir ao exame do tema uma abordagem ampla e diversificada, cuja característica principal foi a aproximação entre o setor público e a sociedade. Nesse exercício, evidentemente vieram à tona diferentes enfoques e posições em relação às questões de população, pela complexidade e implicações que o tema envolve; a busca comum, porém, foi no sentido de incentivar os pontos de convergência e de encontrar composições que retratassem, na maior extensão possível, o conjunto das correntes de opinião que se formaram no Brasil sobre a matéria.

Foi constituído um Comitê Nacional, sob a presidência do Itamaraty, com atribuições de preparar o Relatório Brasileiro solicitado pelo Secretariado da Conferência e de fornecer subsídios para a formulação das posições do Brasil. Este Comitê promoveu a realização de quatro seminários, agrupando os seis temas principais da agenda da Conferência, com a participação de representantes do setor governamental, do meio acadêmico e das Ongs interessadas.

[56] Cfe. correspondência oficial do Ministério das Relações Exteriores.

No primeiro seminário, a discussão concentrou-se nas conseqüências das mudanças da estrutura etária da população brasileira provocadas pela queda da fecundidade e sua principal conclusão foi que o envelhecimento da população representa novo desafio para a definição de políticas públicas, que precisam adaptar-se às novas demandas sociais. No segundo seminário, foram definidas as posições de que o planejamento familiar, ainda que possa ser um mecanismo das políticas populacionais, é, antes de tudo, uma questão relativa à ética e ao exercício da cidadania; que a redução do crescimento populacional não é condição suficiente para a diminuição da pobreza; que é mais importante a inserção da questão demográfica na formulação de todas as políticas do que a fixação de metas quantitativas para a política populacional; e que a execução das políticas sociais, dentre as quais as de população, não pode ficar sujeita unicamente às forças de mercado, pois a intervenção do Estado é fundamental.

O terceiro seminário tratou da situação da mulher no contexto das políticas de população e ficou evidente que as mulheres concebem os direitos reprodutivos como parte do exercício da cidadania e querem ver-se reconhecidas como sujeitos das políticas de população, o que requer a ampliação do seu acesso à educação, à saúde e ao trabalho. O quarto seminário abordou a questão das fontes de financiamento a projetos relacionados com população no Brasil.

O Relatório preparado com os insumos resultantes dos seminários e de outros encontros é um retrato tão fiel e abrangente quanto possível da situação populacional brasileira, atendendo á recomendação da resolução que convocou a Conferência. Descreve as múltiplas facetas das questões populacionais no Brasil e segue, em linhas gerais, o roteiro temático da agenda da Conferência. Sem ser um documento definidor de posições, registra as opiniões predominantes na sociedade brasileira sobre os vários sub-temas da Conferência, tendo contribuído, assim, para as posturas que foram adotadas pelo Brasil no Cairo.

D) Cúpula Mundial para o Desenvolvimento Social

Os preparativos para a Cúpula de Copenhague incluíram uma sessão organizacional e três sessões substantivas do Comitê Preparatório, duas sessões da Comissão para o Desenvolvimento Social do Ecosoc, a sessão do Segmento de Alto Nível do Ecosoc de 1994, debates durante as sessões da Assembléia-Geral das Nações Unidas e Reuniões de Especialistas. As Comissões Regionais da ONU prepararam relatórios para o encontro e todas as agências especializadas do sistema da ONU, assim como as instituições de Bretton-Woods, foram mobilizadas para o evento.

Mesmo antes da primeira sessão substantiva do PrepCom, o assunto foi debatido durante a Assembléia-Geral da ONU de 1993, ocasião em que o Brasil declarou seu entendimento de que há uma estreita ligação entre o desenvolvimento econômico e o social e que, por essa razão, os objetivos de crescimento e de eqüidade devem ser buscados de forma simultânea e não seqüencial. A delegação brasileira acrescentou que essa abordagem implica a superação de enfoques assistencialistas e setorializados, em favor de estratégias que incorporem o desenvolvimento social como elemento fundamental de políticas macro-econômicas e que esperava a adoção dessa perspectiva nas discussões.

Manifestou-se ainda o Brasil a respeito dos resultados esperados da Cúpula, registrando a expectativa de ver consolidada, ao final do evento, a idéia de que é inadequado o tratamento separado de políticas econômicas para o crescimento e políticas sociais para a distribuição de renda, pois constituem duas faces indissociáveis da questão mais abrangente do desenvolvimento.[57]

Na mesma oportunidade, o representante do Chile, falando em nome do Grupo do Rio e com o endosso do Brasil, abordou os temas principais da Cúpula. Em relação à integração social, afirmou que a preocupação central dos países latino-americanos é prover oportunidades para incorporar os grupos marginalizados da sociedade, através de políticas efetivas em matéria de saúde, nutrição e educação, e

[57] Cfe. comunicação oficial expedida pela Secretaria de Estado.

que considerariam positivamente a ampliação da cooperação internacional nesses setores. Ao comentar a questão da criação de emprego produtivo, sublinhou o vínculo entre crescimento econômico e competitividade e reafirmou a necessidade de maior acesso dos países da região à tecnologia e a investimentos. Quanto à redução da pobreza, destacou os efeitos positivos da parceria entre o setor público e a sociedade civil.[58]

Na abertura da primeira sessão substantiva do Comitê Preparatório, o Secretário-Geral das Nações Unidas ressaltou que a tensão social é a principal questão a desafiar a comunidade internacional neste final de século e afirmou sua convicção de que a comunidade internacional estaria preparada para apoiar as ações nacionais para reduzí-la.[59]

Em seu conjunto, os debates produziram razoável consenso em torno dos seguintes pontos:

a. nos últimos anos tem se observado significativo aumento das tensões sociais, gerado pelas crescentes disparidades entre países e nas sociedades nacionais, que provocam diferentes formas de violência e de discriminação, que precisam ser corrigidas;

b. a globalização estaria funcionando como fator de perpetuação ou aumento de desigualdades e essa tendência requer soluções inovadoras dos países;

c. face aos novos desafios representados pela persistência de desigualdades, o tema central de uma nova agenda internacional deveria ser a questão da segurança dos indivíduos, definida em termos sociais;

d. as mulheres são particularmente atingidas pela crise social, haja vista o fenômeno da feminização da pobreza, e, portanto, o equilíbrio entre homens e mulheres é um objetivo necessário e desejável;

e. soluções exclusivamente nacionais para as questões sociais não são mais suficientes, cabendo à comunidade internacional apoiar os esforços dos países;

[58] Cfe. comunicação oficial do Ministério das Relações Exteriores.

[59] Cfe. documentação oficial do Ministério das Relações Exteriores.

f. enfoque setoriais devem ser preteridos em favor de abordagem integrada da questão do desenvolvimento;

g. políticas assistencialistas, embora necessárias para mitigar situações de pobreza aguda, são ineficientes a longo prazo;

h. o sistema das Nações Unidas deve orientar-se pelos resultados da Cúpula a fim de superar a atual falta de coordenação entre as diversas agências, fator de duplicação e dispersão de esforços.[60]

Os pontos de convergência assinalados iam delineando, progressivamente, os limites das negociações que se seguiriam. Na avaliação do Chefe da delegação brasileira, haveria consenso quanto ao diagnóstico da situação social no mundo e quanto aos princípios que deveriam orientar as ações nessa área, mas o mesmo grau de certeza deixava de existir em relação ao papel que a comunidade internacional pode desempenhar para equacionar os problemas.

A segunda sessão do Comitê Preparatório realizou-se em Nova York, em agosto de 1994, e concentrou suas atividades na discussão do texto de projeto de Programa de Ação. Os países desenvolvidos mostraram-se sem vontade política para levar à consideração do Comitê Preparatório temas econômicos como o sistema internacional de comércio e o acesso à transferência de tecnologia, o que representava uma limitação considerável no alcance das discussões. Na avaliação do Chefe da delegação brasileira, os países em desenvolvimento, por sua vez, eram incapazes de apresentar uma visão alternativa para o tratamento desses tópicos, e, nessas condições, ganhou importância a tarefa de evitar que ficassem totalmente ausentes dos debates e dos documentos a serem adotados certos aspectos econômicos relevantes.[61]

Em suas intervenções, a delegação brasileira assinalou que para a superação do subdesenvolvimento é essencial a existência de um sistema aberto de comércio internacional, com regras estáveis e previsíveis, e ressaltou que diante do paradigma tecnológico que se vem consolidando nos últimos anos, caberia incluir nos preparativos para a Cúpula discussões a respeito do papel que os serviços sociais (educa-

[60] Cfe. comunicação oficial do Ministério das Relações Exteriores.

[61] Cfe. telegrama nº 2262, de 25/08/1994, de Delbrasonu, confidencial.

ção e saúde principalmente) podem desempenhar para ampliar a oferta de trabalho e contribuir, assim, para a solução do problema do desemprego.[62]

Durante a terceira e última sessão do Comitê Preparatório, que ocorreu em Nova York em janeiro de 1995, foram criados dois grupos de trabalho, com a participação do Brasil, para acelerar a obtenção de consensos a respeito dos textos da Declaração e do Programa de Ação da Cúpula. As questões mais controvertidas diziam respeito às referencias que seriam incluídas nesses documentos sobre o aumento da assistência oficial ao desenvolvimento (Oda), aos problemas sociais dos países com economia em transição, aos fluxos financeiros internacionais, ao cancelamento da dívida dos países em desenvolvimento, à fórmula 20/20 e às relações entre o sistema das Nações Unidas e as instituições de Bretton Woods.[63] Apesar de divergências marcantes, foi elaborado um projeto de documento final, com uma série de pontos que precisariam ser consensuados durante a própria Cúpula.

Os preparativos internos do Brasil para a Cúpula foram um bom exemplo de interação entre o Governo e a sociedade. Foi criado um Comitê Nacional composto por representantes dos órgãos governamentais que se ocupam dos temas inseridos na agenda e com a participação – inovadora – de organizações não-governamentais e de entidades privadas na condição de observadores. Foram realizados três seminários abordando as questões mais importantes do temário do encontro, cujas discussões e conclusões foram aproveitadas para a elaboração do Relatório Nacional.[64]

O eixo escolhido para a elaboração do Relatório foi o de mostrar, francamente, a magnitude dos contrastes e dos problemas sociais de um país com características continentais como o Brasil e sugerir, como conclusão, a formulação de um novo modelo de desenvolvimento em que a estratégia social considere não apenas os problemas emergenciais, mas enfatize políticas de médio e longo prazo que articulem crescimento econômico com eqüidade social. O documento indica,

[62] Cfe. telegrama expedido pela Secretaria de Estado.

[63] Cfe. comunicação oficial do Ministério das Relações Exteriores.

[64] Publicação do Ministério das Relações Exteriores "O Relatório Nacional Brasileiro para a Cúpula Mundial para o Desenvolvimento Social", Brasília, fevereiro de 1995.

ainda, a necessidade de superar-se a oposição entre desenvolvimento econômico e desenvolvimento social, lembrando que se as políticas econômicas têm conteúdo social (o atual plano brasileiro de estabilização econômica é o exemplo mais evidente), as políticas sociais também têm um forte componente econômico, pois criam empregos e atendem várias demandas dos setores produtivos. A política de saúde ilustra bem este entendimento, pois sustenta um grande setor industrial, hospitalar, farmacêutico e de alta tecnologia.

O diálogo estabelecido foi, enfim, muito construtivo e estendeu-se até a própria Cúpula de Copenhague, quando vários dos especialistas e estudiosos que contribuíram na fase de preparação nacional integraram a delegação oficial.

E) A IV Conferência Mundial sobre a Mulher

Para a Conferência de Pequim, os trabalhos preparatórios se desenvolveram em sessões ordinárias e interessecionais da "Comissão sobre o 'Status' da Mulher" (Csw), em reuniões regionais, consultas informais promovidas pela ONU e em encontros de peritos.

Na qualidade de órgão preparatório da Conferência, a Comissão sobre o "status"da Mulher (Csw), submeteu à consideração dos países, em 1994, um conjunto de diretrizes que deveria orientar a elaboração da Plataforma de Ação que seria adotada em Pequim e também um esboço da estrutura desse documento. O Grupo de Trabalho que o examinou, do qual participava o Brasil, propôs numerosas alterações para estender sua abrangência, sobretudo porque não contemplava tópicos atuais, entre os quais as questões da crescente incidência da Aids em mulheres, os direitos reprodutivos e a situação das mulheres na área rural.

Nessa mesma reunião, a delegação do Brasil foi uma das poucas a destacar a necessidade de aumento da cooperação internacional em favor dos países em desenvolvimento para a implementação das recomendações que viriam a ser aprovadas na Conferência, sugerindo, inclusive, a apresentação de projetos específicos nas sessões seguintes para possível incorporação à Plataforma. O Brasil ressaltou, ademais, a importância de vincular as decisões de Pequim aos docu-

mentos resultantes das conferências anteriores e daquelas previstas para se realizarem depois, chamando atenção também para a conveniência de incluir no texto algumas conclusões das reuniões regionais. Observou por fim o Brasil a necessidade de um tratamento diferenciado para os países em desenvolvimento, diante do contexto econômico internacional que lhes era desfavorável, de modo a compensar os impactos negativos dessa conjuntura sobre a situação socio-econômica das mulheres.[65]

Também em 1994 foi realizada a reunião regional preparatória da América Latina e do Caribe, em Mar del Plata, quando foi aprovado, por consenso, o Plano de Ação Regional para 1995-2001, com o duplo propósito de atualizar as linhas de trabalho no âmbito da promoção do desenvolvimento das mulheres na região e de fornecer subsídios para a elaboração dos documentos finais de Pequim. O Plano compreende oito áreas estratégicas, a saber: equidade de gênero; desenvolvimento social e econômico com perspectiva de gênero; participação eqüitativa das mulheres nas decisões, responsabilidades e benefícios dos desenvolvimento; eliminação da pobreza; participação eqüitativa das mulheres no poder e na tomada de decisões; direitos humanos e as mulheres; responsabilidades familiares compartilhadas; o papel da mulher diante da diversidade de níveis de desenvolvimento na região e a cooperação internacional para apoiar ações nacionais em favor das mulheres.[66] O documento se apóia nitidamente na noção de "participação" e está voltado para a promoção da eqüidade, refletindo as preocupações com o fortalecimento da democracia e com a necessidade de melhorar a qualidade de vida da população na região, servindo de referência para a atuação dos países latino-americanos em Pequim.

O conteúdo da Plataforma de Ação voltou a ser apreciado em consultas informais ainda no final de 1994. Os países desenvolvidos propuseram como temas prioritários da Plataforma a participação das mulheres em processos decisórios e o combate à violência contra a mulher, ao passo que os países em desenvolvimento indicaram sua preferência pelos temas "combate à pobreza" e "assistência aos

[65] Cfe. correspondência oficial do Ministério das Relações Exteriores.

[66] Documento das Nações Unidas LC/L.868 (MDM 20/2) Rev.1, de 24/11/1994.

setores de saúde e da educação", entendidos como pontos de partida para uma adequada integração da mulher na sociedade. As delegações africanas, por sua vez, solicitaram com muita firmeza a inclusão do tema específico da situação das meninas nas discussões. O debate sobre arranjos financeiros para a implementação da Plataforma foi o que mais marcadamente dividiu as delegações, uma vez que os países desenvolvidos posicionaram-se a favor de uma mera realocação dos recursos existentes para custear a execução das atividades que viessem a ser contempladas na Plataforma, seja em organismos internacionais especializados seja no âmbito interno de cada país, enquanto que os países em desenvolvimento reforçaram a importância da cooperação internacional como complemento para os gastos internos, sobretudo para aqueles países que poucos recursos podem destinar aos temas sociais.[67]

Tendo por base o texto da Plataforma preparado pelo Secretariado com as emendas apresentadas – especialmente pelo grupo ocidental e pelo G-77 –, a reunião seguinte da Csw e última do processo preparatório realizou-se em Nova York, em abril de 1995, e conseguiu aprovar os projetos de textos que seriam submetidos à Conferência de Pequim, embora com muitos pontos ainda não consensuais. Os tópicos mais controvertidos, como era previsível, foram exatamente aqueles relativos à saúde e direitos reprodutivos, aos ítens relacionados com educação e aconselhamento sexual para adolescentes, aos métodos de prevenção do Hiv/Aids e das doenças sexualmente transmissíveis em geral, ao aborto seguro e ao planejamento familiar, que foram encaminhadas para exame da própria Conferência; mas a maioria dos países (inclusive o Brasil) conseguiu impedir que os consensos aprovados em encontros anteriores, sobretudo no Cairo, fossem revistos. O Brasil também participou de Grupo Informal criado para deliberar sobre a questão das mulheres indígenas e procurou destacar, em conjunto com os Estados Unidos, os aspectos relacionados com a mulher negra, mas as várias tentativas de encontrar uma formulação aceitável foram barradas, particularmente por um grupo de países africanos que acabava de viver a tragédia do chamado genocídio étnico.[68]

[67] Cfe. documento oficial do Ministério das Relações Exteriores.

[68] Cfe. comunicação oficial do Ministério das Relações Exteriores.

A mesma sessão aprovou, por fim, o projeto da Declaração de Pequim, embora persistisse sem consenso uma boa parte do documento, justificando o ambiente de certa ansiedade predominante às vésperas do início da Conferência.

O processo de preparação interna no Brasil seguiu a sistemática de trabalho das conferências anteriores, com algumas variações apenas. Para chegar ao Relatório encomendado pelo Secretariado da ONU, foi constituído um Comitê Nacional, com a coordenação do Itamaraty, que definiu um programa de cinco seminários abertos à participação de todos os interessados sobre os diferentes temas da agenda, que contaram com a participação das representações das agências das Nações Unidas (Pnud, Unifem, Unesco, Unicef, Oms/Opas, Fnuap e Cepal) e da Organização dos Estados Americanos no País.

Estabeleceu-se um estreito diálogo entre o Governo e a sociedade, especialmente com as organizações de mulheres, com parlamentares da "bancada feminina" e com os Conselhos Estaduais e Municipais da condição feminina, em um exercício democrático que contou também com as contribuições de representantes de segmentos específicos da sociedade, como as mulheres negras e as mulheres rurais. A ampla mobilização das mulheres brasileiras e a ativa participação das várias associações que as representaram ao longo da preparação propiciaram a elaboração de um Relatório que procurou sintetizar as diferentes e não raras divergentes posições existentes no movimento de mulheres.

O Relatório brasileiro faz um retrospecto franco da situação das mulheres no Brasil desde a Conferência de Nairóbi, retratando, do ponto de vista político, sua participação ainda incipiente e limitada nas instâncias de decisão, pela reduzida representatividade alcançada até agora nos Poderes Executivos, Legislativo e Judiciário, nos partidos políticos e nas organizações sindicais; descreve, ainda, a defasagem entre a nova posição da mulher na sociedade e os dispositivos antiquados da legislação nacional (penal, civil e trabalhista). De uma perspectiva sócio-econômica, o documento refere-se ao crescimento da participação feminina no mercado de trabalho, qualificando esta tendência como uma das transformações sociais mais marcantes ocorridas no País nas últimas décadas, mas não deixa de mencionar que, simultane-

amente a este fenômeno, ocorre a feminização da pobreza.[69]

O Relatório focaliza também a situação particular da mulher no que diz respeito ao acesso ainda difícil à educação e à saúde e se ocupa da questão da violência. Enumera, ainda, as principais fontes de cooperação internacional dirigidas especificamente a projetos de promoção da mulher no Brasil e propõe alguns elementos básicos para o desenho de estratégias destinadas a reverter, no futuro, a situação de desigualdade diagnosticada.

Em síntese, o Relatório procurou apresentar um quadro da situação da mulher brasileira desde o início da década de 80 até 1994, demonstrando a existência de uma tendência de conquistas crescentes, apesar da persistência de sérias limitações políticas, econômicas e culturais. Registra, ao final, que o programa do atual Governo reconhece a necessidade de melhoria do "status" da mulher na sociedade brasileira e expressa o compromisso político com a busca de soluções para os problemas que a afetam.

A abrangência das análises desenvolvidas, bem como as formulações propostas no Relatório contribuíram positivamente para a atuação brasileira na Conferência e a integração estabelecida naturalmente prosseguiu durante as negociações em Pequim, quando foram realizadas reuniões diárias entre os (as) integrantes da delegação oficial e os (as) participantes do Fórum paralelo de Ongs, que resultaram em um intercâmbio frutífero de opiniões sobre os temas em discussão.

F) A Conferência Mundial sobre Assentamentos Humanos – Habitat II

A exemplo das demais conferências, o processo preparatório foi conduzido por um Comitê Preparatório, aberto à participação de todos os Estados, assim como aos organismos do sistema das Nações Unidas e às organizações não-governamentais, na qualidade de observadores. Entre 1994 e 1996, o Comitê Preparatório realizou uma sessão organizacional e três sessões substantivas, além de consultas informais.

[69] Documento do Ministério das Relações Exteriores "Relatório Geral sobre a Mulher na Sociedade Brasileira", Brasília, dezembro de 1994.

Na sessão organizacional realizada em Nova York, em março de 1993, os países em desenvolvimento realçaram a gravidade da situação de moradia em seus territórios e a necessidade de que a Conferência servisse de instrumento para a mobilização de recursos, além de enfatizarem a importância das discussões focalizarem as tendências globais de desenvolvimento econômico e social e seus efeitos sobre o planejamento, as estratégias e o gerenciamento dos assentamentos humanos, ao passo que os desenvolvidos salientaram a necessidade de se iniciarem os preparativos com uma avaliação dos resultados da "Estratégia Global de Moradia para o ano 2000", aprovada pela Assembléia-Geral da ONU em 1988, demonstrando, assim, a intenção de privilegiar uma analise técnica do tema.[70]

Nos debates da primeira sessão substantiva do PrepCom, realizada em Genebra, em abril de 1994, a participação brasileira foi bastante ativa. Inicialmente, o Brasil ponderou que na consideração do tema dos assentamentos deveriam ser examinados os aspectos urbanos e rurais, devido ao impacto evidente das questões rurais sobre o processo de urbanização, e este argumento foi acolhido.[71] Em várias oportunidades, a delegação brasileira salientou a necessidade de a Conferência reconhecer a importância da cooperação internacional nesse campo e, por conseguinte, estabelecer a concessão de recursos e assistência técnica aos países em desenvolvimento para a implementação das recomendações que dela resultariam.[72]

O Brasil também colaborou empenhadamente na elaboração de documento apresentado pelo Grulac a respeito do conteúdo da Declaração e do Plano que seriam adotados pela Conferência. Em síntese, a posição regional contestava o texto-base preparado pelo Secretariado, por entender que ele deixava de conceder a importância devida ao conceito de desenvolvimento sustentável e sua aplicação às questões dos assentamentos humanos, já que enfatizava apenas os aspectos ambientais e ignorava as dimensões sociais e econômicas da sustentabilidade. A reafirmação do compromisso de utilizar o conceito de desenvolvimento sustentável na íntegra como marco de referência

[70] Cfc. comunicação oficial do Ministério das Relações Exteriores.

[71] Cfc. correspondência oficial do Ministério das Relações Exteriores.

[72] Cfc. correspondência oficial do Ministério das Relações Exteriores.

para as deliberações da Conferência terá sido, assim, o principal avanço obtido pelos latino-americanos nessa sessão do PrepCom.

Durante as consultas informais realizadas paralelamente à sessão da Assembléia-Geral, no mesmo ano, consolidou-se a impressão de que as questões relacionadas com a urbanização estavam se constituindo no ponto central dos debates e o Brasil reiterou sua posição de que os objetivos globais macro-econômicos, sociais e ambientais da Agenda 21 deveriam estar refletidos nas políticas relativas aos assentamentos humanos e, portanto, ter um papel central nos preparativos para a Conferência.

A diferença de enfoques entre países em desenvolvimento e desenvolvidos persistiu na sessão seguinte do PrepCom, realizada em Nairóbi em abril de 1995, quando a maioria dos integrantes do G-77 – entre os quais o Brasil, a China e a Índia –, enfatizaram a necessidade de atenção para os problemas do desenvolvimento, de cuja solução depende, em última análise, o sucesso das políticas voltadas para os assentamentos humanos, enquanto os desenvolvidos mantiveram uma visão eminentemente técnica dos problemas.[73]

Na terceira e última reunião preparatória, em Nova York, em fevereiro de 1996, somaram-se a essas divergências conceituais outros pontos de discordância mais concretos. Entre eles, destacavam-se as dificuldades relacionadas com as questões do direito à moradia, dos mecanismos institucionais para o acompanhamento da implementação das decisões da Conferência e dos recursos e alcance da cooperação internacional.

O problema do reconhecimento do direito à moradia como um direito humano fundamental colocou de um lado os Estados Unidos e o Japão e, de outro, a maioria dos países que ratificaram o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966, – inclusive o Brasil –, pois nele está contemplado o "direito de toda pessoa a um nível de vida adequado, inclusive à moradia". Para esse grupo, o direito à moradia estava consagrado em instrumentos internacionais há muito tempo, embora não significasse a responsabilidade dos Governos de prover habitação para todos. Referindo-se ao fato de que seu país jamais ratificara esse Pacto e valendo-se da doutrina jurídica

[73] Cfe. correspondência oficial do Ministério das Relações Exteriores.

norte-americana segundo a qual o que configura um direito é a possibilidade dele ser cobrado em juízo ("justiciability"), a delegação dos Estados Unidos alegava que era inaceitável a recomendação da Agenda Habitat nos termos propostos. Para tentar equacionar o problema, foi constituído Grupo Informal, presidido pelo Brasil, cujos trabalhos ficaram inconclusivos durante essa etapa dos preparativos e foram remetidos para consideração da própria Conferência.[74]

Quanto ao acompanhamento da execução da Agenda Habitat, que seria adotada em Istambul, as divergências referiam-se ao órgão que deveria coordenar as ações internacionais com esse propósito. Para o Grupo dos 77 e em particular para os africanos, a tarefa seria da Comissão de Assentamentos Humanos e mais especificamente do Centro das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos, que deveria ser fortalecido; os países desenvolvidos, ao contrário, defendiam a extinção do Centro no âmbito das reformas em curso na ONU e a distribuição de suas funções entre diversos órgãos e agências do sistema das Nações Unidas. Essa questão, inicialmente administrativa, tornou-se política, no sentido Norte-Sul, pela determinação africana na defesa de sua tese. O Brasil seguiu o consenso do Grupo dos 77 a favor da Comissão, mostrando coerência com o interesse em sediar, no Rio de Janeiro, escritório regional daquele Centro para a América Latina e o Caribe, que estava sendo objeto de avançadas negociações e cuja decisão favorável ao pleito brasileiro acabaria sendo anunciada em Istambul previamente ao início da Habitat-II. A negociação final sobre o mecanismo institucional encarregado do "follow-up", porém, foi transferida para a Conferência.

As discussões sobre recursos e cooperação internacional, por sua vez, pouco progrediram nessa sessão e foi mais um dos pontos remetidos para decisão em Istambul. O Brasil reiterou sua posição no sentido de que a melhoria das condições dos assentamentos humanos só é viável no contexto do desenvolvimento sustentável, para o qual contribuem fortemente os recursos proporcionados pela cooperação internacional.[75]

[74] Cfe. comunicação oficial do Ministério das Relações Exteriores.

[75] Cfe.comunicação expedida pela Secretaria de Estado.

Ao final da terceira PrepCom, a delegação brasileira considerava preocupante o atraso nas negociações de pontos essenciais para os países em desenvolvimento e avaliava que a lentidão na busca de consensos poderia até servir, deliberadamente ou não, aos interesses de vários países desenvolvidos de evitar o aprofundamento dos debates sobre aspectos de maior significado e manter, assim, um tratamento superficial da matéria no documento que viria a ser adotado.[76] As dificuldades organizacionais que se observara ao longo do processo preparatório e o volume considerável de dissensos antecipavam, enfim, negociações árduas durante a Conferência.

Internamente, a preparação do Brasil para a Habitat-II seguiu o modelo utilizado para as conferências anteriores. Foi instituído um Comitê Nacional, com a coordenação do Itamaraty que decidiu realizar quatro seminários para exame dos temas das Conferência, dos quais foram extraídos os insumos para a elaboração do Relatório Nacional. Sua composição desta vez foi mais ampla, reunindo um número de representantes de entidades da sociedade em bases quase paritárias com os representantes governamentais. De suas deliberações também participaram parlamentares (federais e estaduais), funcionários dos executivos estaduais e municipais e representantes das centrais sindicais. Paralelamente aos eventos oficiais e por eles estimulados, foram promovidos numerosos encontros em diferentes regiões e localidades do país, que contribuíram para a redação do Relatório, para mobilizar os setores interessados e para a definição da própria delegação que representou o Brasil em Istambul.

O Relatório contém um diagnóstico da situação dos assentamentos humanos no Brasil, compreendendo uma análise da trajetória da urbanização brasileira e da questão fundiária urbana, assim como apresenta suas possíveis tendências e perspectivas, através de comentários a respeito da gestão e do financiamento do desenvolvimento urbano, dos aspectos ambientais e dos possíveis cenários institucionais para lidar com essa problemática. Descreve, ainda, as diversas modalidades de cooperação internacional que se têm desenvolvido nesse campo e os parceiros tradicionais e novos do Brasil nesse campo. Bastante abrangente, o documento coincide, em linhas gerais,

[76] Cfe. comunicação oficial do Ministério das Relações Exteriores.

com a correlação estabelecida na Agenda Habitat entre crescimento econômico, urbanização, meio ambiente e situação social.

Em seu Preâmbulo, sintetiza com propriedade a diretriz principal que guiou a atuação brasileira na Habitat-II, ao afirmar que "o compromisso político do governo e da sociedade e a cooperação internacional serão fundamentais para traçar as estratégias que conduzirão a nação brasileira a superar o quadro de pobreza, deterioração urbana e degradação ambiental dos assentamentos humanos, com vistas a alcançar, no próximo século, os objetivos de sustentabilidade – econômica, social e ambiental – propostos no processo preparatório da Conferência.[77]

Verifica-se, enfim, que foi uma constante nas posições brasileiras durante os preparativos para o ciclo de Conferências o interesse pelos aspectos sociais dos temas em debate, mesmo quando o assunto era de natureza técnica. Invariavelmente o Brasil salientava a estreita ligação entre o desenvolvimento econômico e o desenvolvimento social, chamando atenção para o fato de que os objetivos de crescimento e de eqüidade deveriam ser buscados simultaneamente e sugerindo essa perspectiva como marco de referência para os trabalhos. Ao longo de todas as negociações, foi adotada uma abordagem abrangente no tratamento dos temas, favorecendo a superação de enfoques assistencialistas e setorializados e privilegiando a adoção de estratégias de médio e longo prazo para os temas sociais.

2.3. As deliberações das conferências – A participação do Brasil e as recomendações adotadas.

A) Conferência sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento

Na sessão inaugural da Conferência, o então Presidente da República, afirmou que: "não podemos ter um ambiente sadio num mundo socialmente injusto,[78] deixando evidente, desde logo, a impor-

[77] Documento do Ministério das Relações Exteriores "Relatório Nacional Brasileiro para a Segunda Conferência Mundial das Nações Unidas sobre Assentamentos Humanos", Brasília, fevereiro de 1996.

[78] Discurso do Presidente da República na reunião inaugural da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento no Rio de Janeiro, 3 de junho de 1992. pp. 5.

tância conferida pelo Brasil a uma abordagem coordenada dos temas fundamentais da Rio-92 e reiterando as posições que vinham sendo defendidas nas diversas instâncias de negociação ao longo do processo preparatório. No mesmo discurso, anunciou o enfoque humanista que deveria presidir as deliberações, ao assinalar que "questões tão amplas e diversas, nós as enfrentamos seguindo uma linha clara: o respeito e a valorização do ser humano".[79] Em síntese, a atuação brasileira procurou atrair os países industrializados para as causas do desenvolvimento e sensibilizar os países em desenvolvimento para as exigências da conservação ambiental, de modo a colaborar para a aproximação das duas idéias principais que marcariam o desenrolar das negociações.

Os discursos da maioria dos Chefes de Estado e de Governo dos países em desenvolvimento durante o segmento de Cúpula da Conferência destacaram que o componente "desenvolvimento", em sua acepção mais ampla, deveria ser salientado nas discussões, dando mostras de afinidade com as posições brasileiras e endossando as opiniões expressas pelo Grupo dos 77 na última sessão do Comitê Preparatório.

O texto da Declaração do Rio revela que essa perspectiva integrada dos temas centrais conseguiu sensibilizar os participantes, pois o documento admite incorporar as atividades de proteção ambiental ao processo de desenvolvimento e colocar o ser humano no centro das preocupações, além de consagrar o direito ao desenvolvimento e estabelecer o compromisso com a erradicação da pobreza.

A versão finalmente aprovada da Agenda 21, por sua vez, atende os interesses expressados pelo Brasil ao longo dos preparativos e repetidos durante a Conferência, pois representa, mais que um programa setorial, uma referência para a cooperação internacional e poderá substituir, progressivamente, as concepções tradicionais de desenvolvimento e de proteção ambiental. A primeira das suas quatro seções trata das dimensões sociais e econômicas do desenvolvimento sustentável, incluindo a cooperação internacional, as medidas de combate à pobreza, os programas de proteção e promoção da saúde, as ações para a melhoria das condições dos assentamentos humanos, as relações entre a dinâmica demográfica e a sustentabilidade e a integração

[79] Idem, pp. 10.

de questões ambientais e de desenvolvimento no processo decisório político. Ao tratar da cooperação internacional, propõe uma "nova parceria global" para lidar com os problemas que afetam a humanidade inteira; em relação ao combate à pobreza, considera essencial a promoção da eqüidade na distribuição de renda e a capacitação de recursos humanos e recomenda a execução de programas nacionais com apoio internacional. Quanto à área de saúde, sugere aos países a elaboração de programas preventivos dirigidos à prestação de assistência primária nas zonas rurais, ao controle de enfermidades contagiosas, à redução dos riscos ambientais para a saúde e à proteção dos grupos vulneráveis, com a colaboração da Oms. Ao se ocupar dos assentamentos humanos, define como áreas prioritárias, entre outras, o manejo sustentável do uso da terra, a oferta de habitação adequada e a promoção de infra-estrutura ambiental apropriada, incluindo serviços de suprimento de água, de saneamento e de manejo de resíduos sólidos, juntamente com a capacitação técnica dos recursos humanos.

O Brasil recomendou, ainda, a consideração das tendências e dos fatores demográficos na formulação de políticas nacionais integradas para o meio ambiente e o desenvolvimento e sugeriu, finalmente, que os Governos reestruturem o processo de tomada de decisões, de modo a integrar plenamente o exame das questões sócio-econômicas e ambientais em seu conjunto, fortalecendo os mecanismos institucionais existentes e estimulando maior participação da sociedade. É possível concluir, portanto, que há uma boa simetria entre o conteúdo da seção que acaba de ser descrita e as propostas e interesses manifestados pelo Brasil durante a preparação da Conferência.

Em uma avaliação genérica sobre o significado da Conferência e seus impactos sobre o trabalho político-diplomático a curto e médio prazo, é possível afirmar que uma das suas maiores inovações foi a de ter lidado com temas do diálogo Norte-Sul à luz da cooperação e não do confronto. Assim, também nesse ponto a Conferência correspondeu às expectativas brasileiras, expressas pelo Ministro da Relações Exteriores à época, Professor Celso Lafer, em seu discurso no debate geral, quando assinalou que "a Conferência do Rio de Janeiro é uma oportunidade privilegiada para alterar os padrões de relacionamento que prevalecem na sociedade internacional. A integração da temática do meio ambiente e do desenvolvimento nos permite superar a

lógica da confrontação, característica da desordem anterior, pela lógica da cooperação e da co-responsabilidade, fundadora da nova ordem, delineando-se os elementos para a construção de uma parceria igualitária entre as nações."[80]

O Brasil buscava, em última análise, que a Conferência criasse um quadro de referência para valorizar o multilateralismo e propiciar o início de um novo ciclo de grandes conferências normativas, que viriam redefinir e redesenhar as regras da cooperação internacional neste final de século, assim como credenciar-se como ator internacional capaz de interagir como mediador universalmente aceito. Pretendia também mostrar o país como uma sólida democracia, preparada para dar amplo espaço às organizações não-governamentais e movimentos alternativos e oferecer-se à observação de todos os participantes sem encobrir as dificuldades que ainda marcam a sociedade brasileira e evidenciar, por fim, que é possível preservar a soberania sobre o território e os recursos e, ao mesmo tempo, demonstrar disposição para o diálogo, a cooperação e a negociação. Todos esses objetivos terão sido, em boa medida, alcançados.[81]

B) A Conferência Mundial sobre Direitos Humanos

Dadas as dificuldades registradas ao longo de todo o processo preparatório, a negociação do documento final na Conferência defrontou-se, como previsível, com sérios obstáculos. De fato, os debates confirmaram a tendência à confrontação entre países democráticos, que adotam postura transparente em matéria de direitos humanos e desejam o reforço do sistema internacional que os protege, e países cujos regimes políticos impedem evolução nesse sentido.[82] Porém, a despeito das previsões pessimistas de que poderia fracassar e até representar um retrocesso para os direitos humanos, a Conferência acabou por cumprir seu principal objetivo de reafirmar os princípios fundamentais dos direitos humanos e de consolidar os progressos conceituais

[80] Cfe. correspondência oficial do Ministério das Relações Exteriores.

[81] Cfe. correspondência oficial do Ministério das Relações Exteriores.

[82] Cfe. telegrama recebido pela Secretaria de Estado.

e metodológicos da proteção e promoção desses direitos.

Entre os pontos mais importantes da parte preambular do documento aprovado por consenso, merecem ser destacados os seguintes:

a. *a reafirmação da universalidade dos direitos humanos, contemplada no artigo 1º,* foi uma das conquistas mais difíceis da Declaração, pois muitos países asiáticos e africanos mostravam-se contrários à própria idéia de direitos humanos que inspirou a Declaração Universal de 1948, seja porque não haviam participado de sua elaboração e aprovação, seja porque seus sistemas culturais, religiosos e ideológicos seriam diferentes.

b. *o reconhecimento da legitimidade da preocupação internacional com a promoção e a proteção dos direitos humanos, expresso no artigo 4º,* foi outro avanço conceitual de grande relevância, ao confirmar o entendimento predominante, mas às vezes contestado, de que é inaceitável a prática de alguns países de se valerem excessivamente do recurso à soberania para evitar cobranças em matéria de direitos humanos;

c. *a reafirmação do direito ao desenvolvimento como direito inalienável e parte integrante dos direitos humanos fundamentais, contida no artigo 10,* representou uma vitória expressiva dos países em desenvolvimento e uma revisão da posição tradicional dos Estados Unidos, que haviam votado contra a Declaração nesse sentido adotada anteriormente pela Assembléia-Geral da ONU[83];

d. *a reafirmação da indivisibilidade e interdependência dos direitos civis e políticos, econômicos, sociais e culturais, estipulada no artigo 5º,* significa, no fundo, a aceitação da noção de que todas essas dimensões estão de tal modo entrelaçadas que é impraticável tratá-las dissociadamente, ou, em outras palavras, que as influências entre si são reciprocas e de tal modo imbricadas que requerem tratamento integrado.

e. *o estabelecimento da interdependência entre democracia, desenvolvimento e respeito aos direitos humanos, no artigo 8º,* é o elemento essencial que inspirou e orientou todo o documen-

[83] A Declaração do Direito ao Desenvolvimento foi adotada pela Assembléia-Geral das Nações Unidas em 4 de dezembro de 1986.

to[84] e corresponde a uma das posições centrais defendidas pelo Brasil.

O Programa de Ação, por sua vez, abrange as seguintes recomendações mais expressivas:

a. a coordenação entre todas as agências e órgãos da ONU, a fim de prestarem apoio mais efetivo aos direitos humanos;

b. a avaliação do impacto das políticas praticadas pelas organizações, instituições financeiras e agências de promoção ao desenvolvimento, regionais e internacionais, sobre o gozo dos direitos humanos;

c. a criação de um programa abrangente, nas Nações Unidas, para auxiliar os Estados na implementação de projetos nacionais relacionados com a observância dos direitos humanos e a manutenção do Estado de Direito;

d. A adoção de ações de apoio e proteção aos direitos de grupos vulneráveis, tais como as mulheres, as crianças, os trabalhadores migrantes, os indígenas, as minorias étnicas e os deficientes físicos.[85]

Merece destaque, ainda, a recomendação favorável à criação de um Alto Comissário para os Direitos Humanos no âmbito das Nações Unidas; uma das decisões mais controvertidas, seu objetivo era o de estabelecer, no Secretariado, um cargo com a atribuição de coordenar as atividades do sistema das Nações Unidas na defesa dos direitos humanos. Ao longo do processo preparatório, a proposta foi apoiada pelo Grupo Ocidental e obteve respaldo cauteloso do Grupo Latino-Americano e do Caribe na Conferência Regional Preparatória de São José, mas foi fortemente objetada por muitos países em desenvolvimento, especialmente asiáticos, que viam na idéia uma possibilidade de intrusão em suas soberanias pelos países desenvolvidos. A fórmula encontrada para a obtenção do consenso foi recomendar o seu exame prioritário pela Assembléia Geral, que acabou criando o cargo em dezembro de 1993.

[84] Lindgren Alves, J.A., Os Direitos Humanos como tema global, São Paulo: Perspectiva, Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 1994, pp. 30.

[85] Idem, pp. 31

A diplomacia brasileira teve uma atuação destacada na Conferência, seja pela sua valiosa contribuição para a construção dos consensos que viabilizaram a aprovação da Declaração e do Programa de Ação, seja pela forma equilibrada e comedida com que defendeu iniciativas de interesse próprio do país. Graças à sua capacidade de diálogo com os diversos grupos de Estados, o Brasil foi escolhido para ocupar a Presidência do Comitê de Redação e coordenou a "força-tarefa" que dividiu os trabalhos de redação com o Comitê; a condução conciliatória mas firme que o Brasil imprimiu a essas atividades cruciais para o êxito da Conferência permitiu a negociação de compromissos que culminaram na adoção do documento final por consenso.[86] Acrescente-se que a iniciativa brasileira em favor da criação de um programa, no âmbito do Secretariado da ONU, para fornecer apoio técnico material e financeiro a projetos nacionais em prol do fortalecimento das instituições do Estado de Direito foi aprovada na íntegra, embora tivesse enfrentado de início objeções de alguns países, sobretudo nórdicos, pelas implicações financeiras que acarretaria.

Por outro lado, as posições de princípio defendidas pelo Brasil durante o processo preparatório foram contempladas na Declaração e Programa de Ação. Para comprovar esta afirmação, basta comparar-se o conteúdo dos documentos aprovados com o discurso do Ministro da Justiça e Chefe da delegação brasileira ao evento, que assinalou o inconveniente de ser questionada a validade de conceitos consagrados tanto na Declaração Universal dos Direitos Humanos quanto na vasta gama de pactos e convenções internacionais vigentes nesse campo e afirmou a importância de que a Conferência reconhecesse as interrelações entre democracia, desenvolvimento e direitos humanos e respeitasse a indivisibilidade entre esses direitos, aí compreendidos os políticos e civis e os econômicos, sociais e culturais.

Ao comentar a Conferência, o ex-Chanceler e professor Celso Lafer afirma que o evento significou, em última análise, a consagração dos direitos humanos como tema global no atual sistema internacional de polaridades indefinidas e que Viena está para os direitos humanos assim como a Rio-92 está para o meio ambiente e o desenvolvimento, uma vez que ambas adotaram uma visão de futuro, sob o

[86] Cfe. correspondência oficial do Ministério das Relações Exteriores.

prisma da cooperação, tendo como meta criar condições de governabilidade para o sistema internacional. Na sua opinião, a Conferência de Viena conferiu abrangência inédita aos direitos humanos, ao reafirmar, por consenso, sua universalidade e superar, assim, resistências de países e de regiões em função de suas particularidades e de seus antecedentes históricos, culturais e religiosos; também reconheceu, sem ambigüidades, o direito ao desenvolvimento, assegurando ao ser humano a condição que lhe é devida de sujeito central desse processo, além de contemplar conceitos de particular interesse dos países em desenvolvimento, como pobreza extrema e exclusão social.[87]

Com base nessas apreciações, é possível dizer, de um modo geral, que a Conferência reforçou a importância da ampliação da cooperação entre os Estados com vistas à busca de soluções para a problemática social, de modo que os países em desenvolvimento possam tentar garantir efetivamente a prática de todos os direitos humanos. De uma perspectiva bem pragmática, a Conferência serviu para o Brasil aumentar suas oportunidades de formar parcerias internacionais no campo dos direitos humanos e do desenvolvimento, especialmente na área social; mais do que isto, serviu para reafirmar que o País está credenciado, pelo desempenho diplomático demonstrado, a ser atuante nessa área.

C) A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

As apreensões às vésperas do início da Conferência podem ser entendidas quando se considera que, a par da abordagem macroestrutural do tema, alguns dos subtemas inerentes às questões populacionais envolvem valores e decisões individuais sensíveis. O encontro exigiu, portanto, grande esforço conciliatório, muita habilidade diplomática, acomodações e concessões recíprocas dos países, pois as negociações experimentaram, inclusive, momentos de tensão, quando a inflexibilidade de alguns em reconhecer as dificuldades dos demais pa-

[87] Lafer, Celso. Prefácio ao livro "Direitos Humanos como Tema Global", já citado, pp. XXXII-XXXIII.

recia romper o diálogo.[88]

Os temas relacionados com direitos reprodutivos e planejamento familiar ocuparam boa parte dos debates; depois de árduas negociações durante as quais não faltaram situações de impasse, foi possível alcançar um consenso que resolveu não só as dificuldades específicas desse capítulo como facilitou também a aprovação de outros trechos do Plano.[89] O interesse dos ocidentais e dos Estados Unidos de verem reconhecidos os direitos reprodutivos pela primeira vez em um documento de âmbito mundial foi atendido, e, em contrapartida, aqueles países aceitaram ceder às pressões islâmicas no sentido de incluir a ressalva de que a execução do Plano será condizente com o respeito às várias religiões, valores éticos e contextos culturais dos países.

Em uma avaliação geral, a Conferência do Cairo cumpriu seu objetivo e ainda produziu avanços importantes para o tratamento da questão populacional, que repercutirão sobre os programas e as políticas dirigidas à área social como um todo. Basta dizer que a implementação das recomendações do Programa de Ação voltadas para as áreas da saúde, educação e de desenvolvimento em geral, caso sejam cumpridas, resultarão em um crescimento populacional inferior às projeções estimadas.

Os Princípios aprovados reafirmam o compromisso dos Governos de observar os direitos humanos na execução do Plano de Ação e sublinham que os seres humanos são os sujeitos centrais do direito ao desenvolvimento. O Princípio 8, para citar apenas um caso, determina que "todos têm o direito a usufruir do mais alto padrão possível de saúde", devendo os Estados adotar medidas que garantam o acesso universal a ele.

A delegação brasileira empenhou-se para que o documento final contemplasse, com a atenção necessária, a vertente do desenvolvimento no tema da população, mais especificamente o conceito de desenvolvimento sustentável. Expressou, ainda, que as políticas

[88] Lindgren Alves, J. A. "A conferência do Cairo sobre população e desenvolvimento e o paradigma de Huntington", em Revista Margem nº 4, dezembro de 1995, PUC-SP, Faculdade de Ciências Sociais, pp. 37.

[89] Cfe. correspondência oficial do Ministério das Relações Exteriores.

populacionais são entendidas como dimensões integrantes das políticas de desenvolvimento sócio-econômico e, como tal, devem elas promover a convergência de ações destinadas à melhoria das condições de vida da população e à superação das desigualdades. Atribuiu também importância prioritária à aprovação de recomendações que assegurassem a promoção efetiva dos direitos das mulheres, tendo em conta o alcance de seus efeitos positivos no contexto do desenvolvimento social.

O Brasil procurou e conseguiu sensibilizar os desenvolvidos para a necessidade de assumirem compromissos no sentido de aliviar as pressões que provocam os fluxos migratórios e protegerem os direitos dos migrantes e buscou, com sucesso, mobilizar o Grupo dos 77 e o Grulac para apoiarem a adoção de metas em relação a índices de expectativa de vida, de redução da mortalidade e de morbidade materno-infantil, excluindo qualquer referência a taxas, já que o planejamento familiar é um direito, e essa proposição também foi aceita. A delegação brasileira apoiou, por outro lado, as iniciativas do G-77 com vistas a garantir dos doadores compromissos nos níveis mais elevados possíveis para projetos relacionados com saúde reprodutiva, educação e combate às doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a Hiv/Aids.

Em relação aos temas controvertidos por motivos ético-religiosos, as posições brasileiras foram de apoio à manutenção no texto das expressões "planejamento familiar", "educação sexual", "direitos reprodutivos" e "maternidade segura", para evitar retrocessos conceituais desaconselháveis. Em relação ao aborto, por fim, a delegação pautou sua atuação pelo teor do dispositivo constitucional que trata da matéria (artigo 266, parágrafo 7º) e pela legislação penal pertinente. De modo geral, o Brasil procurou facilitar o diálogo entre as posições divergentes acerca dos tópicos mais polêmicos, demonstrando clareza, coerência e firmeza em suas posições.[90]

D) A Cúpula Mundial para o Desenvolvimento Social

O documento final da Cúpula de Copenhague constitui importante contribuição para o tratamento nacional e internacional de seu megatema, apesar de não ter foco muito preciso. O que se destaca é o

[90] Cfe. documento oficial do Ministério das Relações Exteriores.

compromisso dos participantes de promover o desenvolvimento como um meio para melhorar a qualidade de vida da população e a importância que é atribuída à participação social e à parceria entre os Governos e os diferentes atores das sociedades civis, a fim de viabilizar a realização dos seus objetivos. Na opinião de Lindgren Alves, independentemente dos méritos e deméritos do documento aprovado, a simples realização do encontro, com a mobilização que ele propiciou, já teria o valor de colocar, pela primeira vez, o desenvolvimento social no centro das atenções internacionais.[91]

Não obstante, a maioria dos analistas coincide na avaliação de que os objetivos declarados e os compromissos assumidos contrastam com a escassez de propostas concretas. Os críticos também consideram que a Declaração e o Programa de Ação são extremamente abrangentes, contêm passagens repetitivas, incluem poucas metas quantitativas e indicações insuficientemente objetivas sobre a maneira como o Estado e a comunidade internacional devem atuar para atingir os objetivos propostos. A parte do Programa de Ação dedicada aos recursos, por exemplo, não traz muitos progressos, pois contém apenas o compromisso de países em desenvolvimento e industrializados com a já conhecida fórmula 20/20 (20% da assistência oficial ao desenvolvimento e 20% dos orçamentos nacionais seriam destinados a programas sociais) e insta os países ricos a cumprirem a meta de destinar 0,7% dos respectivos Produtos Nacionais Brutos à assistência oficial ao desenvolvimento. Propostas mais arrojadas como a de criação de um fundo de ajuda aos países em desenvolvimento, formado com recursos resultantes da cobrança de uma taxa de até 0,5% sobre aplicações internacionais de capital de curto prazo nos mercados financeiros, ou a de estabelecer um sistema rigoroso de controle sobre os capitais financeiros especulativos, para evitar os efeitos nocivos de sua volatilidade, não chegaram a ser aprovadas.

Por outro lado, os fundamentalismos religiosos quase provocaram retrocessos em relação a princípios aceitos nas conferências anteriores, sobretudo através do Grupo dos 77, e várias questões envol-

[91] Lindgren Alves, J. A. "A Conferência da ONU sobre Desenvolvimento Social", em Revista Brasileira de Política Internacional, Ano 40, nº 1, Instituto Brasileiro de Relações Internacionais, Brasília, 1996, pp. 142-166.

vendo valores éticos foram reabertas ao longo das negociações, mas o temido recúo não chegou a se concretizar.

No cômputo geral, os aspectos positivos do documento superam as suas imperfeições, pois o Programa de Ação abre um número apreciável de caminhos e de possibilidades novas de cooperação dirigidas especificamente à área social, que passou a dispor de um instrumento de alcance mundial, aprovado pelas mais altas autoridades políticas, estabelecendo um marco de referência para ser implementado por todos. O Programa de Ação abriga, enfim, um potencial enorme de modalidades de colaboração a ser utilizado para a captação de recursos – materiais, técnicos e financeiros – que por certo contribuirão para o encaminhamento de soluções de problemas sociais graves que afetam especialmente os países em desenvolvimento, inclusive o Brasil.

A Declaração de Copenhague, por seu turno, enumera os compromissos de natureza política e lista as ações – nacionais e internacionais – para implementá-los. A exemplo da Conferência do Cairo, o rol de compromissos é precedido por um parágrafo introdutório onde está registrado que a implementação das ações do Programa deverá respeitar as diversas religiões, valores éticos e culturais, em conformidade com todos os direitos humanos e liberdades fundamentais.[92]

O primeiro compromisso diz respeito à criação de um ambiente propício para que os indivíduos alcancem o desenvolvimento social e prevê, entre as ações internacionais que deverão ser tomadas com este propósito, um leque bastante amplo e vago de iniciativas, tais como a liberalização do comércio, a mobilização e/ou a provisão de recursos financeiros novos e adicionais adequados, o fortalecimento da estabilidade financeira e a garantia de acesso mais equânime dos países em desenvolvimento aos mercados globais, a investimentos produtivos e a tecnologias. Inclui também a disposição dos participantes para assegurar que os acordos internacionais relacionados com comércio, investimentos, tecnologia e dívida, assim como os instrumentos de ajuda oficial ao desenvolvimento (Oda), sejam implementados de maneira a promover o desenvolvimento social. O compromisso seguinte refere-se à ambiciosa meta de erradicar a pobreza e estabelece, entre as ações

[92] Documento das Nações Unidas A/conf. 166/9, de 19/04/1995.

internacionais para este fim, o esforço de todos para garantir que as instituições financeiras multilaterias assistam os países em desenvolvimento a atingí-la, sobretudo por meio do financiamento de serviços básicos de proteção social; também declara a disposição dos governantes de estimular os doadores internacionais e os bancos multilaterais de desenvolvimento a apoiarem políticas e programas destinadas a atender as necessidades básicas da população dos países em desenvolvimento. Segue-se o compromisso de ajudar na promoção do pleno emprego, e, no plano internacional, as ações de cooperação recaem sobre a liberalização do comércio e dos investimentos.

O quarto compromisso está relacionado com a promoção da integração social e as ações internacionais prevêem a adesão do maior número possível de países aos instrumentos internacionais de combate à discriminação e de proteção de todos os direitos humanos. O compromisso seguinte diz respeito ao acesso eqüitativo da população à educação de boa qualidade e a padrões elevados de saúde; as ações no âmbito internacional estão canalizadas para pressionar as agências especializadas de cooperação a enfatizarem, em seus respectivos programas, atividades dirigidas à erradicação da pobreza, à promoção do emprego e á integração social. Menciona especificamente o apoio a ser prestado pela comunidade internacional, de modo que se estabeleça maior coordenação no interior dos países nas atividades de combate a doenças que constituem graves problemas de saúde pública. O nono compromisso está relacionado com os fundos que deverão ser alocados para a promoção do desenvolvimento social e, no nível internacional, abrange tanto a busca por recursos novos e adicionais – multilaterais, bilaterais e privados –, inclusive em bases concessionais e a fundo perdido, quanto o apoio financeiro a programas de cooperação horizontal.

O último compromisso relaciona-se com as funções das Nações Unidas e de outras instituições multilaterais como parte dos esforços de cooperação para impulsionar o desenvolvimento social. É atribuída às Comissões Regionais a tarefa de realizarem reuniões bianuais, em conjunto com outras organizações e bancos, para avaliarem os progressos alcançados no cumprimento das recomendações da Cúpula e relatarem as conclusões desses encontros ao Ecosoc. No âmbito mais geral, recomenda o aperfeiçoamento da coordenação entre os órgãos das Nações Unidas e as instituições de Bretton Woods

nas atividades comuns de assistência ao desenvolvimento social dos países.

Ainda que o documento seja impreciso e, para os mais exigentes, frustrante, há que se convir que a magnitude e a própria natureza dos temas abordados pela Cúpula dificultaram a definição de atividades mais direcionadas. Por mais vago e incompleto que possa ser, porém, oferece um conjunto de possibilidades que, bem explorado, pode ser útil para aqueles países que enfrentam situações difíceis na área social, como o Brasil, e estejam dispostos a buscar, em conjunto com os mais variados atores do cenário internacional, soluções para diferentes problemas relacionados com os temas sociais.

E) A IV Conferência Mundial sobre a Mulher

Ao começar a Conferência, os textos dos dois documentos que viriam a ser adotados ainda eram muito preliminares: o projeto da Declaração de Pequim, de iniciativa do Grupo dos 77, tinha somente quinze parágrafos e a versão finalmente aprovada contém 38; ao mesmo tempo, eram numerosos os trechos sem consenso da Plataforma de Ação, que, pela sua própria abrangência e tópicos polêmicos, exigiu negociações longas e difíceis. A falta de progresso nos primeiros dias levou à criação de um grupo de alto nível de "Amigos da Presidente do Comitê Principal", com a participação do Brasil, para auxiliar na construção de consensos e tentar persuadir os países mais radicais a que flexibilizassem suas posições.

Uma das seções mais controvertidas era a da saúde, pois envolvia, mais uma vez, as questões de direitos reprodutivos, do direito das mulheres de controlar sua sexualidade e do aborto. As negociações foram trabalhosas, mas acabaram por assegurar a confirmação dos resultados da Conferência do Cairo e permitiram, ainda, fazer avançar dois tópicos de interesse crucial para a maioria das delegações e das organizações de mulheres presentes, a saber: a recomendação aos Governos para que considerem a possibilidade de reformar as leis que prevêem medidas punitivas contra as mulheres que tenham sido submetidas a aborto ilegal e a afirmação do direito das mulheres à sexualidade livre e responsável, sem coerção, discriminação e violência. A

adoção consensual dessa parte do documento contribuiu decisivamente para desbloquear negociações emperradas sobre várias passagens do documento e criou um certo clima de otimismo em relação aos resultados da Conferência, ainda que na sessão plenária de encerramento várias delegações tenham feito reservas a esses parágrafos.

Outro ponto controvertido estava relacionado com o artigo alusivo aos valores culturais, éticos e religiosos. Essa questão recorrente passou a ter uma complexidade ainda maior depois da Conferência do Cairo, quando os direitos fundamentais internacionalmente consagrados passaram a incluir os direitos reprodutivos. A solução encontrada é ambígua e a redação truncada, mas mostra o resultado bem-sucedido de negociações diplomáticas para compor posições antagônicas. Resolvida essa questão, estava contornada a principal dificuldade com vistas à obtenção de consensos para diversos outros parágrafos de difícil tratamento até aquele momento. O que permitiu concluir exitosamente os trabalhos da Conferência foi, de fato, a negociação, em paralelo, de três subtemas: na Declaração, as questões do desenvolvimento econômico e dos recursos financeiros assim como o tópico dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres; na Plataforma, a referência aos particularismos culturais e religiosos.[93]

A aprovação da Declaração de Pequim também exigiu intenso esforço de negociação para conciliar as posições divergentes e que separavam, de um lado, a grande maioria dos países ocidentais, acompanhados pelo Brasil e, de outro lado, os países islâmicos e católicos fundamentalistas. Um dos pontos que inacreditavelmente ainda suscitava dúvidas ao Grupo dos 77 era a afirmação de que os direitos das mulheres são direitos humanos. A atuação do Brasil foi decisiva para superar a relutância inicial dos opositores ao parágrafo, ao dissociar-se publicamente da posição assumida pelo Grupo, que deixou de insistir no questionamento do tema.

O principal documento resultante da Conferência é a Plataforma de Ação, que cobre praticamente todos os campos de interesse para a situação da mulher no mundo e, na opinião de Lindgren Alves, constitui o mais completo diagnóstico internacional sobre a matéria, assim como o mais pormenorizado guia para as ações a serem tomadas

[93] Cfe. comunicação oficial do Ministério das Relações Exteriores.

por Estados, organizações internacionais e não-governamentais para a superação da discriminação de gênero.[94]

Em sua avaliação final da Conferência, a Embaixadora Thereza Quintella, sub-chefe da delegação brasileira, assinalou que as delegações oficiais, organismos internacionais e Ongs ficaram satisfeitas com os seus resultados, porque dispõem, agora, de um texto claro e conciso para ampla divulgação – a Declaração – e de uma Plataforma de Ação que lhes fornece subsídios suficientes para a programação de suas atividades – nacionais e internacionais – em favor do pleno desenvolvimento das mulheres.[95] A principal diretriz a orientar a atuação brasileira na Conferência era a de defender, com firmeza, a manutenção e a reafirmação dos compromissos assumidos e avanços acordados durante as conferências anteriores da "agenda social", esforçando-se ao máximo para impedir a reversão das conquistas obtidas. O entendimento básico era de que as tentativas de rever os documentos adotados representariam um retrocesso inaceitável para a situação da mulher e, conseqüentemente, para o desenvolvimento do País.[96]

Em seu discurso no Plenário, a Doutora Ruth Cardoso reiterou esse compromisso, ao afirmar que "os progressos alcançados até aqui e consolidados nas conferências do Rio de Janeiro, de Viena, do Cairo e de Copenhague – e que aqui devemos reiterar sem recúos e hesitações – proporcionam as bases para a construção de uma nova agenda na luta pela emancipação das mulheres. Nessa agenda, as mulheres hão de ser não somente beneficiárias mas, sobretudo, promotoras do desenvolvimento sustentável com eqüidade. Seremos agentes de um novo modelo de civilização que não abrigue a pobreza como fatalidade, mas, ao contrário, assuma o desenvolvimento como compromisso global. A luta das mulheres pela igualdade não é uma luta apenas em seu próprio benefício, é uma luta em benefício de todos".[97] As idéias contidas na alocução da Chefe da delegação brasileira inspiraram, em linhas gerais, o trabalho desenvolvido pelo Brasil em Pequim.

---

[94] Lindgren Alves, J. A. "A conferência de Beijing e os fundamentalismos", em Revista Brasileira de Ciências Criminais, julho/setembro 1996, pp. 104-124.

[95] Cfe. correspondência oficial do Ministério das Relações Exteriores.

[96] Cfe. comunicação expedida pela Secretaria de Estado.

[97] Cfe. correspondência oficial do Ministério das Relações Exteriores.

O conteúdo dos documentos finais demonstram a compatibilidade entre as posições do Brasil e o pensamento da maioria dos participantes e condizem com o propósito brasileiro mais geral de estimular a emancipação das mulheres, de modo a promover o desenvolvimento geral da sociedade.

F) II Conferência Mundial sobre os Assentamentos Humanos -Habitat-II

O processo negociador da Declaração e do Plano de Ação em um só documento enfrentou dificuldades desde o início da Conferência. Especialmente no caso da Declaração, estavam em consideração propostas apresentadas pelo Grupo dos 77, pela Turquia e pela União Européia, mas os textos encontravam tantas resistências que as discussões, ao final, basearam-se em novos documentos, separados, elaborados pela Turquia e pelo Brasil, que procuravam recuperar os principais elementos do conjunto das propostas iniciais. Os recúos de varias delegações em relação a ítens que haviam sido acordados previamente tumultuaram os trabalhos e o consenso só foi alcançado no último momento, em reunião informal com poucas delegações, com a participação do Brasil.[98]

Os principais pontos conflitantes no documento já tinham sido examinados ao longo do processo preparatório e trazidos à Conferência como uma última tentativa para lograr o consenso. A questão do direito à moradia era um desses casos e a solução encontrada para que ele não deixasse de ser reconhecido e, ao mesmo tempo, evitar a objeção dos Estados Unidos, foi fazer remissões a vários instrumentos internacionais anteriores que contemplavam o assunto e também admitir que a sua realização será progressiva. O resultado positivo alcançado contou com a contribuição decisiva da delegação brasileira, que coordenou as negociações. Para contornar o problema do universalismo dos direitos humanos perante as culturas particulares, o texto aprovado repete, com pequenas adaptações, o que havia sido acordado na Conferência de Viena.

[98] Cfe. correspondência oficial do Ministério das Relações Exteriores.

Quanto aos recursos e à abrangência da cooperação internacional, foi possível flexibilizar, em parte, as posições ocidentais mais intransigentes, embora as iniciativas concretas previstas no documento sejam limitadas. O acompanhamento da implementação da Agenda Habitat, por sua vez, não chegou a ser resolvido em definitivo, mas não deixa de atender, pelo menos em parte, as aspirações dos africanos, na medida em que as recomendações determinam aos órgãos competentes das Nações Unidas uma avaliação do Centro para os Assentamentos Humanos, com vistas a revitalizá-lo, e definem, entre suas responsabilidades, a coordenação da ajuda a todos os Estados para a implementação das recomendações da Conferência.

Resolvidas essa questões polêmicas, o Preâmbulo da Agenda Habitat mantém a tônica de toda a agenda social das Nações Unidas, ao reafirmar que os seres humanos são o centro das preocupações do desenvolvimento e que têm direito a uma vida saudável e produtiva, em harmonia com a natureza. A parceria dentro dos países e entre eles é estabelecida como instrumento indispensável para melhorar a qualidade de vida nos assentamentos humanos.

Dos princípios aprovados para orientar a implementação das ações, consta que a erradicação da pobreza é condição essencial para o cumprimento das metas estabelecidas e que a qualidade de vida resulta de fatores econômicos, sociais, ambientais e culturais e, assim, requer programas integrados para sua melhoria; a saúde humana é considerada prioritária nos esforços para o desenvolvimento de assentamentos humanos sustentáveis e para garantí-la os participantes comprometeram-se a proporcionar o acesso da população a níveis adequados de nutrição, a água potável, ao saneamento e aos serviços primários de saúde, de modo a erradicar as doenças endêmicas, particularmente entre as crianças.

A Habitat II pode ser considerada, enfim, um evento exitoso, pois contabilizou em seu ativo a reafirmação universal do direito à moradia como um dos direitos humanos fundamentais, confirmou que a realização desses direitos é um elemento imprescindível à consecução das necessárias melhorias nos assentamentos humanos e reiterou a necessidade da cooperação internacional para este fim.[99] Se-

[99] Cfe. correspondência oficial do Ministério das Relações Exteriores.

gundo Lindgren Alves, a Conferência também teve o mérito de aprovar documentos substanciosos e renovadores, que complementam a série de compromissos e programas de ação internacionais sobre os principais temas globais, embora deles tenham sido suprimidas todas as referências aos assuntos específicos das mulheres no que diz respeito à reprodução e ao sexo.[100]

Em sua avaliação final do evento, o Chefe da delegação brasileira à Habitat – II assinalou que o Brasil esteve presente em todas as etapas das negociações e trabalhou sobretudo na busca de consensos, orientando e interferindo em muitas oportunidades para o desfecho equilibrado das tratativas e em consonância com os nossos interesses.

2.4. Conclusões provisórias

A apresentação das etapas sucessivas de negociações de cada uma das conferências e os comentários que a acompanham, tiveram uma finalidade essencial: demonstrar, com todas as evidências, que o Brasil acumulou um capital diplomático significativo, que o credencia a procurar usufruir, com maior intensidade, as oportunidades inovadoras de cooperação – reais e latentes – que esse ciclo de conferências oferece.

A boa receptividade brasileira às propostas de convocação das conferências, desde o período de sondagens preliminares e de consultas informais que antecederam a apresentação dos respectivos projetos de resolução até o apoio manifestado durante as discussões formais, no âmbito da ONU, ajudou a consolidar um quadro parlamentar favorável à aprovação de cada uma das iniciativas, e é um dos elementos do dividendo diplomático alcançado. A participação ativa e construtiva do Brasil durante os processos preparatórios, expressa tanto na defesa equilibrada e comedida de proposições de interesse do país quanto na postura conciliatória e consistente para permitir a solução de impasses e para construir acomodações que levaram a consensos difíceis de serem obtidos, também contribuiu para a projeção diplo-

[100] Lindgren Alves, J. A., "A Habitat-II e as Encruzilhadas de Istambul", em Revista Contexo Internacional, volume 19, nº 1, Rio de Janeiro, janeiro/julho, 1997, pp. 41-70.

mática brasileira. A solidez das posições assumidas pelo Brasil durante a própria realização das conferências, juntamente com a coerência revelada em relação aos princípios mais importantes e comuns a todos os encontros é outra dimensão que rendeu frutos para valorizar o serviço diplomático brasileiro.

Na Rio-92, o Brasil sobressaiu-se diplomaticamente por ter tomado a iniciativa de oferecer-se e de ter sido escolhido como sede do primeiro conclave mundial pós-guerra fria, e também notabilizou-se como interlocutor universalmente aceito, evidenciando que as posições que defendia estavam sintonizadas com os documentos aprovados por consenso pela comunidade internacional. Em Viena, o Brasil destacou-se ao ser indicado, na pessoa do Embaixador Gilberto Sabóia, para a Presidência do Comitê encarregado de elaborar a redação final dos documentos da Conferência, que continham questões complexas e polêmicas, e conduziu, com habilidade, as bem-sucedidas negociações que culminaram na aprovação da Declaração e do Plano de Ação, confirmando, assim, a respeitabilidade da diplomacia brasileira.

No Cairo, o Brasil procurou facilitar o diálogo entre os países com posições divergentes acerca dos tópicos mais polêmicos, particularmente aqueles que envolviam aspectos étnico-religiosos, demonstrando clareza e coerência em suas posições. Em Copenhague, o Brasil colaborou com empenho para a definição da finalidade social do desenvolvimento, noção aparentemente banal mas que está reformulando concepções tradicionais sobre estratégias de desenvolvimento e revisando teorias que vinham sendo discutidas internacionalmente desde a década de 60. Em Pequim, o Brasil ajudou decididamente a desobstruir a seção mais controvertida da Plataforma de Ação e, com isso, possibilitou o avanço de negociações emperradas sobre outras passagens do documento, criando um clima de otimismo que acabou por facilitar o êxito da Conferência. Em Istambul, por fim, o Brasil não só foi um dos dois co-autores do projeto de Declaração aprovado, mas também presidiu o Comitê que logrou o consenso em torno de uma das questões que gerava posições divergentes dos países.

Além de conduzir e coordenar todo esse trabalho na área internacional, o Itamaraty ainda tomou a iniciativa de presidir as etapas nacionais dos preparativos para cada uma das conferências, promovendo a interação do Governo com diferentes segmentos sociais e mo-

bilizando os setores mais diretamente envolvidos com cada uma das respectivas áreas temáticas.

A interlocução estabelecida sem dúvida fortaleceu as posições defendidas no exterior e deixou claro que, embora a formulação e a execução de políticas sociais não sejam atribuições do Ministério das Relações Exteriores, ele pode, com eficácia e competência, servir de elo de ligação entre as aspirações da sociedade nessa área e a comunidade internacional. Por outro lado, o Itamaraty detém, pela sua história e seu tradicional compromisso com a promoção do desenvolvimento do país, a experiência e a capacidade necessárias para identificar e negociar, com parceiros externos, as oportunidades abertas pelas conferências, que podem ajudar a atender algumas das demandas internas na área social e, ao mesmo tempo, serem empregadas para ampliar o poder de interlocução externa do Brasil, que é a atribuição precípua da Chancelaria. Os fatos apresentados contêm os elementos básicos para que o Itamaraty venha a direcionar com maior determinação o seu trabalho externo para a área social.

A segunda parte do trabalho procurará justamente dar uma idéia a respeito das possibilidades de uso do capital diplomático amealhado recentemente e do potencial de cooperação disponível internacionalmente na área social, focalizando em particular o caso da saúde.

PARTE II
Diplomacia e Saúde

CAPÍTULO 3
A presença da saúde na agenda internacional

Este capítulo ocupar-se-á das dimensões internacionais dos temas relacionados com a saúde. Procurará mostrar, inicialmente, que as condições sanitárias dos povos têm sido motivo de preocupações e de compromissos da comunidade internacional há bastante tempo, expressas em documentos proeminentes do ordenamento jurídico que rege as relações entre os Estados; assinalará, a seguir, que historicamente a cooperação internacional em saúde integra as atividades regulares dos órgãos, programas, fundos e agências especializadas das Nações Unidas e das agências bilaterais de desenvolvimento. Comentará, ainda, que o tratamento internacional dos temas da saúde vem progressivamente ampliando-se, em decorrência do aumento natural da sua complexidade e das imbricações com outros setores, assim como das repercussões, na área da saúde, do crescimento acentuado da interdependência entre os países. À luz dessa evolução, indicará, no final, alguns temas que poderiam ser objeto de um acompanhamento internacional conjunto por diplomatas e especialistas em saúde.

3.1. Os compromissos da comunidade internacional com a saúde

O interesse da comunidade internacional pelos assuntos de saúde é relativamente antigo. A Carta das Nações Unidas contempla implicitamente o tema da saúde já em seu Preâmbulo, ao estabelecer o compromisso dos fundadores da organização de "promover o progresso social e a melhoria das condições de vida dos povos" e afirmar, logo a seguir, que os signatários estão resolvidos a "empregar um mecanismo internacional para promover o progresso econômico e soci-

al", utilizando-se de todos os esforços para a consecução desses objetivos.[1] O artigo primeiro da Carta, em seu terceiro parágrafo, define como um dos propósitos das Nações Unidas "conseguir uma cooperação internacional para resolver os problemas internacionais de caráter econômico, social, cultural ou humanitário", reconhecendo, assim, as dificuldades existentes e reforçando o comprometimento de procurar resolvê-las.

Ao fixar as funções e atribuições da Assembléia Geral, o Capítulo IV estipula que aquele órgão deverá iniciar estudos e fazer recomendações para "promover cooperação internacional nos terrenos econômico, social, cultural, educacional e sanitário, reiterando, agora de maneira explícita, o envolvimento da comunidade internacional com a saúde (artigo 13, alínea B); este dispositivo é complementado pelo artigo 55, alínea b, do capítulo IX, que determina o compromisso das Nações Unidas na busca de soluções para os problemas internacionais econômicos, sociais, sanitários e conexos, com o fim de criar condições de estabilidade e bem-estar necessárias às relações pacíficas e amistosas entre as nações".

A Carta também delegou competência ao Conselho Econômico e Social para tratar de assuntos sanitários (artigo 62, parágrafo 1), facultando-lhe a possibilidade de fazer recomendações sobre o tema à Assembléia Geral, aos países membros e a entidades especializadas interessadas, evidenciando, assim, que o mandato conferido para a realização das tarefas era aberto, sem excluir as contribuições de co-partícipes. O artigo 68, por sua vez, autoriza o Ecosoc a criar as comissões que julgar necessárias para o desempenho de suas funções.

No nível regional, o interesse dos países em instituir uma organização estruturada para lidar com os problemas de saúde das Américas e propor maneiras de resolvê-los em conjunto recúa um pouco mais no tempo. Na Primeira Convenção Sanitária Internacional, celebrada em Washington, em 1902, os países participantes expressaram a necessidade de contar com uma cooperação efetiva para fomentar a saúde na região e fundaram o Escritório Sanitário Internacional, cujo trabalho consistiria em solicitar que cada país comunicasse regular-

[1] Cfe. Carta das Nações Unidas.

mente dados completos sobre o estado sanitário de seus portos e territórios nacionais, promover a cooperação para a investigação de surtos de enfermidades contagiosas que pudessem ocorrer, proporcionar ajuda para a proteção da saúde em cada país, estudar formas para combater a febre amarela e prevenir a propagação de enfermidades. Com o passar dos anos, este Escritório transformou-se na atual Organização Pan-Americana de Saúde (Opas)[2]

Voltando-se ao plano internacional mais amplo, vale mencionar que a Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada em 1948, também consagrou a obrigação de os países zelarem pela saúde pública, ao dispor, no artigo 25, de forma direta e específica, que "todo ser humano tem direito a um padrão de vida adequado para assegurar a saúde e o bem-estar de si mesmo e de sua família, incluindo alimentação, vestuário, moradia, assistência médica e serviços sociais apropriados. As gestantes e as crianças têm direito a proteção especial".[3] Nesses termos, o documento por excelência de proteção dos direitos individuais e um dos instrumentos mais transcendentes da ordem internacional reconhecia na saúde um dos elementos essenciais para garantir a dignidade das pessoas e uma aspiração legítima do ser humano, além de admitir, simplificadamente, a influência de vários fatores sobre os níveis de saúde pública.

Adotada a Declaração, a Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas recebeu a incumbência de elaborar a convenção ou pacto destinado a regular a aplicação dos direitos que haviam sido reconhecidos internacionalmente, inclusive um sistema de controle para garantir sua implementação. Depois de marchas e contra-marchas, a Assembléia Geral, em 1951, determinou a preparação de dois pactos; um sobre os Direitos Civis e Políticos e outro sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Ambos foram aprovados unânimemente pela Assembléia Geral em 10 de dezembro de 1966, mas as ratificações necessárias à entrada em vigor de cada um deles somente foram

[2] Documento da Organização Pan-Americana da Saúde "Hacia el año 2000: en busca de la salud para todos en las Americas", Hector R. Acuña, Publicação Científica nº 35, Washington, 1983, pp. 5-7.

[3] Cfe. Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pela Resolução 217 A(III) da Assembléia-Geral das Nações Unidas, em 10/12/1948.

conseguidas dez anos depois.

O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais estabelece, no artigo 12, que "os Estados-Partes reconhecem o direito de toda pessoa desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental". Estipula, ainda, que os Estados Partes deverão tomar todas as medidas necessárias para assegurar a diminuição da mortalidade infantil e para o desenvolvimento sadio das crianças; garantir a prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras; criar condições que assegurem a todos assistência e serviços médicos em caso de enfermidades; e melhorar todos os aspectos relacionados com a higiene do trabalho e do meio ambiente. No artigo 16, estabece que os Estados-Partes devem apresentar relatório ao Conselho Econômico e Social sobre as medidas tomadas para a promoção dos direitos nele previstos e, em 1987, o Ecosoc criou um Comitê para os Direitos Econômicos Sociais e Culturais, integrado por dezoito peritos, com a atribuição de examinar os relatórios nacionais em sessão pública.

Outro marco importante no tratamento das questões de saúde no âmbito da ONU foi a decisão da Assembléia-Geral, em 1979, de considerar a saúde como parte integrante do processo de desenvolvimento, levando em conta as recomendações da Conferência de Alma Ata sobre Atenção Primária de Saúde, realizada um ano antes, que estabelecera a "Estratégia de Saúde Para Todos no ano 2000".[4]

A execução das ações decorrentes dos compromissos políticos estabelecidos nos documentos comentados acima ficaram a cargo, naturalmente, dos órgãos, programas e agências especializadas do sistema da ONU. Também os bancos multilaterais de desenvolvimento, as organizações e agências bilaterais de assistência ao desenvolvimento, os fundos de países doadores e as organizações não-governamentais desenvolvem atividades voltadas para a promoção e proteção da saúde.

3.2. A cooperação dos principais atores internacionais em saúde

As organizações do sistema das Nações Unidas que tra-

[4] Cfe. Resolução 34/58 da Assembléia-Geral da ONU, de 29/11/1979.

tam de tópicos relacionados com a saúde são as seguintes: Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Fundo das Nações Unidas para Assuntos Populacionais (FNUAP), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (FAO), Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (Pnuma), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e o Programa Mundial de Alimentos (PMA). Descrever as atividades de cada uma seria fútil, pois as suas respectivas áreas de competência são bem conhecidas; valeria a pena recordar, somente, as características principais das ações de algumas delas com funções mais importantes em matéria de saúde e que interagem mais intensamente com o Brasil, deixando por último a OMS e a OPAS, que serão examinadas em mais detalhes.

Na área da saúde, o UNICEF desenvolve e financia, com recursos próprios ou compartilhados com instituições oficiais e organizações não-governamentais dos países beneficiários, projetos técnicos com ações de promoção da saúde da mulher, da criança e dos adolescentes, incluindo atividades de assistência, vacinação, saúde materno-infantil, nutrição e formação e capacitação de recursos humanos, com a finalidade principal de contribuir para a redução das taxas de mortalidade materna e infantil. Com esse objetivo, apóia projetos de combate a doenças diarréicas, de prevenção de infecções respiratórias agudas, de Aids na infância, de nutrição, de imunização, de serviços básicos urbanos e de saneamento e saúde ambiental.

O FNUAP, por sua vez, originalmente concentrava quase todas as suas atividades na promoção do planejamento familiar, mas à medida que se consolida o conceito de saúde reprodutiva e a partir da definição consensualmente aceita de direitos reprodutivos, o escopo de suas ações vem se ampliando e passou também a contemplar projetos de prevenção de câncer nas mulheres, de controle das doenças sexualmente transmissíveis, de divulgação de informações, de formação de recursos humanos, assim como programas educacionais e outros relacionados com o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres em todo o ciclo de vida e não mais exclusivamente voltados para a contracepção.

O PNUD utiliza recursos financeiros e técnicos próprios

e de vários organismos de cooperação técnica integrados ao seu sistema para executar programas amplos e flexíveis, compreendendo cooperação em matéria de infra-estrutura dos sistemas de saúde, campanhas de promoção de saúde, prevenção e controle de doenças, saneamento e fiscalização ambiental; abrange, entre outros, projetos de saúde materno-infantil, de nutrição, de planejamento familiar, de assistência primária à saúde e de prevenção e controle da disseminação do vírus Hiv e da Aids.

Criada em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS) é a agência especializada da ONU que trata exclusivamente de temas sanitários e sua constituição estabelece no Preâmbulo os princípios básicos para sua atuação. O primeiro deles define a saúde como "um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças" e o segundo, inspirado na Declaração dos Direitos Humanos, declara que "o gozo do mais alto padrão possível de saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política e condição social ou econômica".[5] O objetivo da OMS, estipulado no artigo 1º, é "a obtenção do mais alto nível de saúde para todos". Para atingi-lo, a OMS busca promover, através de diferentes modalidades de cooperação técnica direta com seus Estados-Membros e de estímulos à cooperação entre eles, o desenvolvimento de serviços de saúde, a prevenção e o controle de doenças, a melhoria das condições ambientais, o aperfeiçoamento na formação dos profissionais de saúde, a coordenação e o desenvolvimento de pesquisas nas áreas bio-médica e de gestão de serviços e o planejamento e a implementação de programas de saúde.

A área de competência é abrangente, compreendendo atividades como o desenvolvimento de sistemas de atendimento primário de saúde acessíveis à totalidade das populações, a promoção da saúde materna e infantil, o combate à desnutrição, o controle da malária e de outras doenças transmissíveis, a promoção da vacinação em massa contra enfermidades preveníveis, a melhoria das condições de atendimento das doenças mentais, o aperfeiçoamento do suprimento de água potável e o treinamento de profissionais de saúde em todas as catego-

[5] Publicação da Organização Mundial da Saúde, "Basic Documents", fortieth edition, Genebra, 1994. pp. 1-18.

rias. Os esforços no sentido de fazer avançar os níveis de saúde no mundo inteiro incluem também a montagem de esquemas de cooperação internacional em temas de natureza diversa, tais como o estabelecimento de padrões universalmente aceitos para substâncias biológicas, pesticidas e medicamentos; a formulação de critérios para avaliar os impactos lesivos do meio ambiente sobre a saúde pública; o estabelecimento de regras para a comercialização de medicamentos genéricos (não protegidos por patentes) e a coleta e disseminação de informações estatísticas sobre saúde.

O trabalho da Oms é realizado através da Assembléia Mundial de Saúde, do Conselho Executivo e do Secretariado. A Assembléia Mundial da Saúde é o órgão máximo de deliberação política, aberto à participação de todos os países-membros, e reúne-se uma vez por ano, em caráter ordinário, no nível ministerial. Compete-lhe determinar as políticas da Organização, avaliar e aprovar os relatórios e atividades do Conselho Executivo e instruí-lo sobre as questões que considera prioritárias para o desenvolvimento dos seus trabalhos, assim como adotar normas referentes aos padrões de segurança e pureza de produtos biológicos, farmacêuticos e similares à venda no comércio internacional, estabelecer parâmetros para a publicidade e rotulagem desses mesmos produtos, definir a padronização de procedimentos de diagnóstico para aplicação internacional e fixar os requisitos sanitários destinados a evitar a propagação internacional de doenças, cujo cumprimento passa a ser obrigatório para todos os países-membros.

O Conselho Executivo é composto por 32 membros, indicados pelos seus respectivos Governos e eleitos para um mandato de três anos, seguindo o critério de distribuição geográfica eqüitativa. É o órgão executivo da Assembléia, cabendo-lhe preparar a agenda das suas reuniões, submeter-lhe propostas encaminhadas pelos órgãos técnicos do Secretariado, tomar conhecimento e aprovar os relatórios das comissões e comitês de peritos que lhe estão subordinados e elevar à consideração da Assembléia os programas qüinqüenais de trabalho, onde estão definidos os temas a merecerem atenção prioritária. O Secretariado está estruturado em Divisões, encarregadas da formulação de propostas e do monitoramento da implementação dos programas permanentes da Organização e também conta com Comissões e Grupos de Peritos, que funcionam em bases "ad-hoc".

A Constituição da OMS delega à Assembléia o estabelecimento de organizações regionais para se ocupar das demandas específicas das diferentes áreas geográficas em matéria de saúde e formular as políticas e orientações correspondentes. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) é o escritório regional da OMS para as Américas e o organismo do sistema inter-americano especializado em saúde.

As atribuições e finalidades da OPAS estão definidas em sua própria Constituição e, em linhas gerais, são similares àquelas da OMS. Composta de 38 Governos-Membros, colabora com ministérios da saúde, instituições públicas e entidades privadas de seguridade social, universidades, ONGs e grupos comunitários dos países da região, além de cooperar com agências multilaterais, bilaterais e instituições financeiras internacionais em distintos setores relacionados com o tema da saúde. Suas atividades incluem, entre outras, o apoio ao estabelecimento de sistemas nacionais de saúde, sobretudo para o aprimoramento das suas capacidades gerenciais e para a construção de modelos eficientes e ágeis de bases de dados e de fluxos de informações, assistência na formulação e implantação de políticas nacionais de medicamentos, na melhoria dos padrões de prestação de serviços farmacêuticos, na elaboração e implementação de programas nacionais de proteção de alimentos e no fornecimento de suporte técnico para a luta contra doenças endêmicas e epidêmicas.

As ações da OPAS estão direcionadas também para a implantação de políticas e programas nacionais e regionais de ciência e tecnologia voltadas especificamente para a saúde, para a formação e capacitação de recursos humanos, para questões de saúde ambiental, para a execução de programas de prevenção, tratamento e controle das doenças transmissíveis tradicionais (como a malária) e novas (como o Hiv/Aids), para a promoção da saúde, especialmente estimulando a adoção de estilos de vida saudáveis e procurando sensibilizar as populações para prevenir a violência e os acidentes, e, finalmente, para o aperfeiçoamento da assistência à saúde materno-infantil, procurando fornecer subsídios científicos e práticos para elevar a qualidade dos serviços de saúde reprodutiva, perinatal, infantil e dos adolescentes.

Para poder desenvolver as ações previstas em seu mandato, a OPAS dispõe de um Conselho Diretor, de um Comitê Executivo

e de divisões técnicas, cujas funções eqüivalem, em termos gerais, àquelas das instâncias congêneres da OMS. O trabalho de cooperação técnica é realizado não só através de ações prestadas diretamente pela Organização aos seus países-membros mas também por meio de estímulos à cooperação horizontal entre eles; as modalidades usuais de prestação são o apoio à mobilização de recursos junto a fontes externas e a difusão de informações, treinamentos, promoção de pesquisas e ajuda para a elaboração de planos e políticas.

A OPASs utiliza-se de sistemática própria para organizar e programar o seu trabalho, que merece ser descrita a seguir, pois influi decisivamente sobre o conteúdo da cooperação prestada aos países. O primeiro instrumento é um documento aprovado pelo conjunto dos seus países membros nas Conferências Sanitárias Pan-Americanas, realizadas a cada quatro anos, intitulado "Orientações Estratégicas e Prioridades Programáticas" (Oepp), que fixa as normas gerais de política a serem observadas nos quatro anos seguintes e que tem como referência básica o Programa Quinqüenal da Oms em vigor. Definidos os contornos gerais da atuação a ser desenvolvida, os órgãos técnicos e administrativos da Organização elaboram proposta de Orçamento – Programa Bianual (Bpb), contendo análise da situação de saúde de cada país, a estratégia que a OPAS pretende adotar em sua cooperação e as linhas gerais de ação a serem implementadas, que é encaminhado primeiramente para exame dos membros dos Conselhos Executivo e Diretor e, depois de aprovado, submetido a cada país, de modo a ajustá-lo às demandas específicas.

O sistema inclui ainda o Orçamento – Programa Anual (Apb) também de iniciativa da Organização, onde aparecem detalhadamente os projetos a serem executados; e o Plano de Trabalho Semestral, onde figuram pormenorizadamente os recursos necessários à execução de cada atividade programada. Mesmo que a rigidez deste sistema seja relativa, fica claro que sem a participação ativa nas diversas fases do exercício e uma atuação consistente nas comissões pertinentes da organização, os países interessados dificilmente poderão conseguir que a cooperação prestada corresponda às suas demandas, particularmente as de curto prazo.

No capítulo seguinte, serão abordados os temas principais do Programa Quinqüenal de Trabalho da OMS e do Orçamento –

Programa Bianual da OPAS, com comentários sobre as possibilidades reais de cooperação que oferecem e sobre a participação brasileira em ambas organizações nos últimos anos, juntamente com algumas observações a respeito das perspectivas para o futuro.

As instituições financeiras multilaterais, por seu turno, passaram a dar maior atenção à saúde nos últimos anos, em resposta às concepções atuais de desenvolvimento e ao consenso que se vem consolidando entre governantes, formuladores de políticas públicas e estudiosos a respeito da importância de serem destinados recursos para as áreas sociais, sobretudo para os setores de saúde e de educação, como condição para reduzir-se a pobreza e, assim, assegurar a sustentabilidade do processo de desenvolvimento.

O Banco Mundial, como se sabe, centrava suas operações de crédito em projetos de infra-estrutura e de apoio a políticas macro-econômicas, e de sua carteira de empréstimos não constavam projetos em saúde, até que na década de setenta começou a interessar-se pelo setor e, somente entre 1974 e 1978, acrescentou essa área a empréstimos negociados com 44 países.[6] Em 1980, iniciou operações de crédito para financiar diretamente projetos na área de saúde, baseado na avaliação de que é preciso propiciar acesso mais amplo das populações pobres aos serviços de saúde, de educação e outros da área social para poder conseguir reduzir a pobreza e promover o crescimento. Do valor total de 21,4 bilhões de dólares de empréstimos concedidos pelo Banco Mundial no ano fiscal de 1996, 29% destinaram-se à área social, e coube à saúde a parcela maior, equivalente a 11%. Em termos absolutos, os montantes destinados à saúde elevaram-se significativamente, pois passaram de 300 milhões de dólares anuais, no período entre 1987 e 1989, a cerca de 2,5 bilhões por ano entre 96 e 98 (previsto), da mesma maneira que o número de projetos cresceu, passando de oito, em 1987-89, para 33 em 1996-98.[7] O conteúdo desses projetos é muito variado e o caso específico do Brasil será comentado no capítulo seguinte.

O Banco Inter-Americano de Desenvolvimento (BID), por sua vez, vem participando crescentemente do processo de moderniza-

[6] Documento do Banco Mundial. "Bank Lending for Health", Washington, 1979.

[7] Documento do Banco Mundial. "Investing in HNP", Washington, maio de 1997.

ção do setor da saúde em vários países dasAméricas, com base no entendimento de que este é um dos elementos chaves para a redução da pobreza na região e um dos seus campos prioritários de atuação. Para colocar em prática esse compromisso, o BID tem focalizado suas operações na promoção do acesso eqüitativo aos serviços sociais em geral, e, em particular, em projetos de melhoramento dos serviços de saúde e de desenvolvimento do "capital humano" dos países, através de financiamentos para iniciativas de formação e capacitação de recursos humanos.

A cooperação bilateral em saúde, por outro lado, é oferecida basicamente por países que fazem parte da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), representados em geral por agencias governamentais dedicadas à promoção do desenvolvimento. Note-se que a participação desses organismos bilaterais no total de recursos da assistência oficial para o desenvolvimento (ODA) destinada à saúde era de aproximadamente 35% no início da década.[8] Como seria exagerado tentar enumerar todas as possibilidades de cooperação em saúde com o conjunto dos parceiros bilaterais do Brasil, serão indicadas apenas as características gerais das políticas e dos programas de cooperação em saúde das agências mais atuantes, de maneira a mostrar o universo de oportunidades existentes.

Na região das Américas, a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) apóia programas para melhorar a prestação de serviços de saúde através de instituições públicas e de organizações não-governamentais, concentrando-se na atenção primária à saúde e no atendimento às crianças, principalmente em países ou regiões com altas taxas de mortalidade infantil. Para atingir seus objetivos, fornece apoio técnico para a execução de programas de imunização, com dedicação especial à erradicação do sarampo, à prevenção de diarréias, principalmente através de pesquisas científicas, à elevação dos níveis nutricionais dos recém-nascidos e das mães, assim como estimula a lactância materna, colabora com iniciativas para instruir as mães acerca da prevenção das infecções respiratórias agudas, coopera na prevenção, controle e tratamento da Aids em crianças e

[8] Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993, Oxford University Press, Nova York, 1993.

também contribui na vigilância das doenças transmitidas por vetores, como a malária, o dengue e outras.

A Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (CIDA) focaliza suas ações principalmente na formação de recursos humanos para o setor da saúde. Trabalha em associação com organizações multilaterais, Ongs e o setor privado, patrocinando projetos comunitários para melhorar o abastecimento de água e o saneamento em localidades pobres. Atua também na prevenção e controle da Aids, com ênfase maior na saúde das mulheres e no controle de sua fecundidade.

Já a União Européia financia projetos relacionados com nutrição, a fim de auxiliar os países em desenvolvimento a alcançar a auto-suficiência nesse campo, colabora na prevenção da Aids, no controle do uso de drogas e no atendimento primário à saúde, particularmente na área rural. A cooperação dos seus países-membros que mais privilegiam o setor da saúde, como a França, a Holanda, a Grã-Bretanha e a Espanha, são muito parecidos, na medida em que se voltam para atividades de apoio à saúde materno-infantil, Aids, nutrição, educação em saúde e formação de recursos humanos. A Agência Japonesa para a Cooperação Internacional (JICA) oferece cooperação em pesquisa sobre prevenção, diagnóstico e tratamento de enfermidades, desenvolvimento da saúde da comunidade, administração de hospitais, planejamento familiar e saúde ambiental.

Finalmente, é preciso mencionar que milhares de organizações não-governamentais, dos mais variados tipos, tamanhos e finalidades, prestam cooperação em saúde com contribuição voluntária e com fundos canalizados por governos e fundações, individualmente ou através de redes regionais e globais que se constituíram recentemente.

O Brasil tanto recebe cooperação internacional em saúde como oferece. Neste último caso, principalmente para países em desenvolvimento da América Latina, do Caribe e da África, e tem procurado expandir e diversificar a interlocução com diferentes atores nessa área, a exemplo de outros países em desenvolvimento, como a Argentina, a China, Cuba, a Coréia, a Índia, o México e a África do Sul.

Verifica-se, enfim, que a cooperação internacional em saúde integra as atividades de uma vastíssima gama de atores internacionais, compreendendo organizações e agências especializadas da ONU,

bancos multilaterais de desenvolvimento, agências governamentais de países desenvolvidos e de países em desenvolvimento e organizações não-governamentais. Sabe-se também que os recursos envolvidos são negociados em vários níveis, com instituições governamentais e associações privadas, representando um conjunto apreciável de oportunidades que evidenciam a presença marcante e crescente dos temas da saúde nas agendas de diferentes foros internacionais. Como declarou o Representante do Secretário-Geral das Nações Unidas em seu discurso na abertura da Assembléia Mundial da Saúde de 1997, *"les problèmes de santé publique se posent maintenant d'embleé à l'échelle planétaire ... et il est donc indispensable de reaffirmer que la santé demeure l'un des objectifs prioritaires de la communauté internationale"*.[9]

A par da multiplicidade de organizações e de atores que hoje trabalham com assuntos de saúde na esfera internacional, em contraste com a época em que a Oms foi criada e era praticamente a única organização a se ocupar internacionalmente do tema, observa-se também que o alcance das deliberações sobre questões sanitárias nos foros internacionais vem ampliando-se, à medida que se desenvolveram novas percepções a respeito do seu significado e de suas interrelações com outras áreas.

3.3. A ampliação dos interesses da saúde no plano mundial

Nos mais diferentes foros, ao longo dos últimos anos, foram sedimentando-se reflexões e conceitos inovadores a respeito do papel social, das repercussões econômicas e das dimensões internacionais da área da saúde, cujo resultado mais visível é o reconhecimento, atualmente generalizado, de que os assuntos sanitários vêm progressivamente ramificando-se e hoje não só influem como são afetados por várias outras atividades, com repercussões no plano internacional. Nas páginas seguintes, procurar-se-á mostrar como se deu a ampliação do campo de interesses do setor da saúde e de que maneira as mudanças

[9] Discurso do Secretário Executivo da Comissão Econômica das Nações Unidas para a Europa na abertura da 50ª Assembléia Mundial da Saúde. Genebra, 5/5/1997, texto datilografado.

estão abrindo possibilidades de maior interlocução com áreas com as quais a saúde mantinha reduzidos contatos no passado, inclusive a diplomática.

Historicamente, as questões da saúde eram vistas como um assunto técnico, circunscrito aos aspectos médicos, ao passo que agora são relacionadas com o estado geral de bem-estar de uma população, que é influenciado por uma multiplicidade de fatores sociais, econômicos e políticos.[10] Com base nesse entendimento hoje predominante, o campo de atuação da saúde abrange não só o tratamento e a reabilitação de enfermos, mas também os fatores que incidem direta ou indiretamente sobre a situação de saúde como um todo, compreendendo, entre outras, as ligações desta com o meio ambiente, com a educação, com a infra-estrutura disponível, com a área do trabalho e com o comércio internacional.

As questões suscitadas em relação ao meio ambiente envolvem, via de regra, as normas e as práticas de manejo de resíduos industriais e não-industriais, os níveis de contaminação do ar, a qualidade dos alimentos e certos parâmetros de produção agro-industrial. No que diz respeito à educação, são considerados tópicos como a adoção de disciplina sobre saúde nos programas escolares dos diversos níveis de ensino, a utilização da rede escolar para a formação de hábitos de vida menos vulneráveis aos riscos para a saúde e a transmissão de conhecimentos sobre a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis ou contra o uso de drogas ilícitas.

Na área do trabalho, os temas comumente abordados são os acidentes e as enfermidades profissionais, a segurança dos ambientes de trabalho e questões relacionadas com a reabilitação de casos de invalidez transitória e permanente. As preocupações associadas à infra-estrutura de serviços para o atendimento das necessidades básicas giram em torno do fornecimento de água e de saneamento, das condições de moradia e dos seus impactos sobre a saúde. Os assuntos de comércio internacional se referem basicamente ao controle bromatológico sobre produtos animais e vegetais, naturais ou processa-

[10] Documento da Organização Mundial de Saúde, "Report of the Task Force on Health in Development", doc. A 50/15, Genebra, 1996.

dos, e ao reconhecimento ou harmonização de legislações de diferentes países para registro e comercialização de mercadorias que afetam a saúde.

Todos esses aspectos têm algum tipo de projeção internacional, seja porque as medidas que forem adotadas a respeito de alguns deles ultrapassam os limites das fronteiras, seja porque vários países dispõem de experiências bem-sucedidas para solucionar dificuldades do setor, que podem ser intercambiadas e aproveitadas por outros para aperfeiçoar seus próprios sistemas; qualquer que seja o caso, contêm um potencial de cooperação que pode ser aproveitado internacionalmente.

Outra faceta do entendimento que se tem hoje a respeito do papel do setor da saúde é a de que ele pode contribuir decisivamente para a coesão social e para a melhoria da qualidade de vida das populações, desde que disponha de meios efetivos para atender os segmentos desassistidos, e, inversamente, é aceito que o setor fica muito prejudicado em situações de pobreza e de desintegração social, pois nesses casos a propagação de doenças é acelerada e os níveis de violência aumentam[11]. A conscientização disseminada desta função social do setor tem servido para fazer aumentar sua área de atuação e contribuído para alargar sua margem de influência interna e externa, com efeitos diretos sobre a abrangência da cooperação internacional em questões sanitárias.

É amplamente difundido e acatado, ademais, que a saúde hoje representa um componente fundamental do desenvolvimento, pois além de ser um dos seus objetivos é também um de seus pré-requisitos essenciais, na medida em que níveis elevados de saúde influem positivamente nas taxas de produtividade econômica dos países, tornando-os mais competitivos no mercado internacional. Esta percepção faz com que o campo de interesses do setor se estenda, abrindo caminhos para que a saúde estabeleça uma articulação mais intensa com outras áreas de atividades, e, conseqüentemente, propicie novos tipos de cooperação internacional.

Justamente por esse motivo, a importância econômica do

[11] Documento da Organização Pan-Americana de Saúde, "Estado, Desarollo y Salud", Série Discussões Técnicas, nº 36, Washington, 1994.

setor da saúde e o seu papel como fator de desenvolvimento foram objeto de análise aprofundada do Banco Mundial recentemente. O seu relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993 traz um longo e minucioso estudo dedicado exclusivamente ao tema "Investir em Saúde", o qual, sem deixar de admitir a validade da noção universalmente aceita de que a saúde é um elemento indispensável para o bem-estar dos indivíduos e da sociedade e um "bem público" inquestionável, acrecenta, logo a seguir, que a sua relevância se deve também a razões econômicas.[12] A afirmação apóia-se em evidências de que a melhoria dos níveis de saúde contribuem para o crescimento econômico de quatro maneiras distintas, a saber: ao reduzir os prejuízos do setor produtivo causados pelo absenteísmo dos trabalhadores em decorrência de doença; ao permitir o aproveitamento econômico de recursos naturais cuja exploração era total ou parcialmente inacessível pela presença de enfermidades endêmicas na região onde estão localizados; ao aumentar o número de crianças matriculadas em escolas e elevar os seus níveis de aproveitamento, reduzindo as taxas de evasão e de repetência; e ao liberar recursos que originalmente seriam gastos em tratamento de doenças para utilização em outros setores.

Baseado em pesquisas realizadas em países em desenvolvimento de diferentes regiões, o Relatório sustenta que são significativos os ganhos em produtividade quando a força de trabalho é sadia, pois diminuem as ausências do emprego devido a doenças, prolonga-se o período de vida economicamente ativa dos indivíduos e aumentam as oportunidades de trabalho melhor remunerado. Para ficar em um só exemplo, os levantamentos mostram que a incidência de enfermidades degenerativas encurta substancialmente o período de vida economicamente ativa dos trabalhadores, acarretando não só uma elevada perda de receitas para os indivíduos afetados e uma sobrecarga para os respectivos orçamentos domésticos, mas ocasionando também dispêndios altos e prolongados para os sistemas públicos de saúde responsáveis pela oferta e administração dos atendimentos correspondentes, com conseqüências negativas para o conjunto da economia.

O documento também cita pesquisas realizadas na Ásia e

[12] World Development Report 1993, "Investing in Health", the World Bank, Oxford University Press, New York, 1993.

na África, segundo as quais a descontaminação de áreas rurais anteriormente infestadas por insetos transmissores de doenças e o controle das enfermidades prevalentes tornaram essas regiões atrativas para investimentos e induziram o deslocamento de migrantes, aumentando expressivamente a produção agro-industrial de locais cujo potencial era sub-aproveitado. Utilizando-se dos dados apurados e das análises das taxas de crescimento econômico de mais de setenta países em desenvolvimento durante os últimos vinte e cinco anos, o Relatório conclui que naqueles em que as populações desfrutam de boas condições de saúde o ritmo de crescimento é mais rápido.

Sabe-se, por outro lado, que o setor da saúde é um dos principais empregadores na grande maioria dos países e tem-se observado, nos últimos anos, a internacionalização crescente das indústrias de produtos para a saúde, compreendendo desde os setores industriais que produzem medicamentos, imunobiológicos, hemoderivados e equipamentos com tecnologia avançada, até o setor de prestação de serviços, que se tem estabelecido em diferentes países através de empresas de seguro privado ou de planos de medicina em grupo. Acrescente-se, ainda, que aproximadamente 7% do PNB dos países da América Latina estão relacionados com atividades do setor da saúde,[13] constituindo um mercado apreciável de mão-de-obra, serviços, produtos e tecnologias.

Por todos os motivos apresentados, parece indiscutível que também do ponto de vista econômico tem aumentado a importância do setor da saúde na área internacional, criando pontos de aproximação com o trabalho diplomático.

Na verdade, em um mundo cada vez mais globalizado,é natural que as dimensões internacionais da saúde se expandam e se tornem mais nítidas, já que o setor passa a ser mais influenciado pelas tendências de transnacionalização e também busca soluções para resolver seus problemas com muito mais freqüencia do que antes na esfera internacional.

O aumento da transmissão de doenças através das fronteiras, em decorrência da propagação de vetores que causam as enfer-

[13] Documento da OPAS. "Salud Internacional, un debate Norte-Sur", Série Desarollo de Recursos Humanos nº95, Washington, 1992, pp. 182.

midades, dos movimentos migratórios e de refugiados, da presença de exércitos de ocupação resultante de guerras ou de contaminações ambientais transfronteiriças, é um motivo a mais para que as autoridades sanitárias tratem de conhecer melhor e participar de negociações de acordos e compromissos internacionais nessas áreas e procurem se mobilizar para tomar parte em eventuais acordos internacionais que venham a estabelecer regras para o controle desses casos.

Os aspectos internacionais envolvidos na produção, difusão, apropriação, utilização e consumo de conhecimento científico e tecnológico de valor estratégico para o setor de saúde de um país também ganharam importância, pois compreendem questões como a tendência à transferência de pesquisas arriscadas dos países desenvolvidos para os países em desenvolvimento, o patenteamento de medicamentos, as políticas dos grandes financiadores públicos e privados de pesquisas em saúde e a importação de equipamentos tecnologicamente sofisticados, com enormes efeitos econômicos e sociais.

O extraordinário aumento do comércio internacional dos mais variados produtos que afetam a saúde nos últimos anos e as estimativas de que essa tendência deve crescer no futuro, sobretudo na área de biotecnologia,[14] constitui outro tema que ressalta a crescente importância internacional do setor da saúde e demonstra a necessidade de um acompanhamento próximo das deliberações da Organização Mundial de Comércio (OMC) e da Conferência das Nações Unidas para o Comércio e o Desenvolvimento (UNCTAD), que influem no encaminhamento desse assunto.

A tendência atual de incluir temas relacionados com a saúde nas negociações para a formação de mecanismos regionais e subregionais de integração é mais um elemento a sinalizar a presença dos assuntos sanitários em foros internacionais e a indicar o crescimento de sua área de interesses.

3.4. Campos potenciais de integração entre a diplomacia e o setor da saúde

Diante do quadro descrito acima, é possível apresentar, a

[14] idem, pp. 183.

título meramente indicativo, alguns campos com potencial para atuação integrada de diplomatas e especialistas em saúde:

a. atividades de promoção de desenvolvimento em geral em foros multilaterais e bilaterais;

b. obtenção e prestação de cooperação internacional na área da saúde;

c. captação de recursos financeiros junto a bancos multilaterais de desenvolvimento, organismos, programas, fundos e agencias especializadas da ONU, assim como de agências governamentais bilaterais;

d. acompanhamento das deliberações em foros globais que tratam de assuntos econômico-comerciais de interesse da saúde, como a Omc e a Unctad;

e. atuação em foros internacionais especializados em saúde, como a Oms e a Opas, bem como junto ao Unicef e ao Fnuap, entre outros organismos;

f. participação em conferências internacionais específicas e seu "follow-up", como a Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente, promovida recentemente pela Opas e a Conferência sobre Comércio de Serviços de Saúde, patrocinada pela Unctad;

g. tratamento de questões que afetam internamente a área de saúde em mecanismos de integração, como o Mercosul e a Alca; e, principalmente,

h. seguimento das recomendações adotadas pelas conferências que compõem a agenda social da ONU.

Em síntese, a expansão do campo de interesses do setor da saúde no plano internacional foi acompanhada e estimulada pela tendência de crescimento da importância dos temas sociais na agenda internacional, conforme foi visto no capítulo I, e encontrou no ciclo de conferências da agenda social da ONU, comentadas no Capítulo II, o respaldo político-diplomático que precisava para poder viabilizar-se, resultando dessa coincidência de fatores um bom número de oportunidades para o desenvolvimento de trabalho coordenado no tratamento das questões de saúde no plano internacional, como se verá a seguir.

CAPÍTULO 4
Oportunidades e perspectivas de atuação coordenada da diplomacia com o setor da saúde e os reflexos sobre a política externa brasileira

Tendo como referência os campos potenciais de coordenação indicados antes, este capítulo apresentará as oportunidades disponíveis para cooperação internacional em saúde, enfatizando os temas que oferecem maiores possibilidades para um trabalho integrado entre diplomatas e especialistas em saúde. Procurará também mostrar como o Brasil tem respondido, em geral, às situações que serão descritas e comentará as perspectivas de atuação futura e seus possíveis reflexos sobre a política externa brasileira. O objetivo principal é fornecer elementos de informação que possam servir como uma contribuição para a definição de estratégias e linhas de ação específicas a serem conduzidas pela Chancelaria.

Convém esclarecer que não deixarão de ser apontados vários temas que aparecem simultaneamente em programas de diversos organismos, instituições, mecanismos de integração e agências bilaterais, pois o propósito é fornecer o panorama mais amplo possível das possibilidades, apesar do risco de que o texto apresente redundâncias em algumas passagens.

4.1. Os documentos finais das conferências da agenda social

A análise começará focalizando os componentes relativos à saúde dos documentos aprovados pelas conferências da agenda social da ONU. Na Rio-92, os assuntos sanitários constam do Capítulo 6, da Seção 1, da Agenda 21; os programas previstos contemplam as seguintes áreas: satisfação das necessidades de atendimento primário da saúde, especialmente nas zonas rurais; controle das enfermidades contagiosas; proteção dos grupos vulneráveis; melhoria das soluções para enfrentar os desafios de saúde urbana; e redução dos riscos para

a saúde decorrentes da poluição e dos perigos ambientais. O documento define as atividades a serem desenvolvidas em cada área, estabelece que em todos os casos haverá apoio e assistência internacionais adequadas, estima o custo anual médio para a implementação das iniciativas e sugere os meios para que as ações atinjam seus objetivos.

Em relação ao atendimento primário da saúde, o texto prevê um conjunto de ações dirigidas principalmente para as áreas rurais, compreendendo a criação de infra-estrutura sanitária para atender as necessidades básicas, o fornecimento de água limpa, alimentos seguros e saneamento, a promoção de educação sanitária nas escolas e o apoio ao desenvolvimento de pesquisas sobre comportamentos saudáveis. Estima o custo anual médio para executar essas atividades, no período entre 1993 e 2000, em cerca de US 40 bilhões, dos quais US 5 bilhões a serem providos pela comunidade internacional em termos concessionais ou doações.

No que diz respeito às doenças contagiosas, o texto recomenda um esforço conjugado dos países e da comunidade internacional para a implementação das metas acordadas por quase todos os Governos e organizações pertinentes das Nações Unidas em foros internacionais como a Cúpula Mundial da Criança e outros, dentre as quais aquelas relativas à erradicação da poliomielite, à redução da mortalidade por sarampo e à diminuição das diarréias infantis, infecções respiratórias agudas, malária, tuberculose e Aids. As atividades abrangem programas para identificar e controlar os riscos ambientais causadores de doenças contagiosas, inclusive a adoção de normas e estratégias nacionais e internacionais sobre fiscalização de vetores, manejo de resíduos e incentivos a práticas agrícolas ecologicamente não-predatórias, iniciativas para acelerar as pesquisas sobre vacinas, para proporcionar educação e difundir informações a respeito da prevenção das enfermidades endêmicas transmissíveis, para reduzir a vulnerabilidade de mulheres e crianças ao vírus da imunodeficiência humana, para aperfeiçoar a capacidade de pronto diagnóstico e tratamento e para o desenvolvimento e disseminação de tecnologias eficazes de controle das doenças. O custo anual até o ano 2000 foi estimado em cerca de quatro bilhões de dólares, dos quais novecentos milhões a serem fornecidos pela comunidade internacional em termos concessionais.

A seguir, o documento afirma o compromisso dos

governantes de dar ênfase especial à proteção da saúde das crianças, dos jovens, das mulheres, das populações indígenas, dos idosos e dos deficientes, por serem mais vulneráveis aos riscos a que estão expostos. As ações recomendadas compreendem programas de cuidados pré-natais, amamentação materna, imunização e nutrição, proteção das crianças contra os efeitos dos compostos tóxicos ambientais e ocupacionais, oferecimento de melhor informação, educação, aconselhamento e tratamento de problemas específicos de saúde dos jovens, incorporação de questões sanitárias nas ações voltadas para a mulher e o fortalecimento dos serviços preventivos e curativos para as populações indígenas, inclusive integrando os seus conhecimentos tradicionais. Os custos totais para a execução das atividades está orçado em 3,7 bilhões de dólares anuais até o ano 2000 e a parcela de participação da comunidade internacional corresponde a quatrocentos milhões de dólares, nas mesmas bases descritas para os casos anteriores.

Ao tratar especificamente da saúde nos centros urbanos, a Agenda 21 assinala que as condições sofríveis de vida das cidades, geradas pela rápida urbanização, expõem as populações a sérios riscos ambientais, devido à poluição e a alojamentos inadequados e superpovoados, que contribuem para a ocorrência de doenças respiratórias, tuberculose, meningite e outras enfermidades, agravadas pelas condições geralmente precárias dos serviços de saúde ambiental. A tônica das atividades previstas recai sobre o desenvolvimento e a implementação de planos de saúde municipais e locais, envolvendo parcerias entre o setor público e instituições sociais nacionais ou internacionais. Os custos giram em torno de 222 milhões de dólares anuais até o ano 2000, dos quais 10% ficariam a cargo de fontes internacionais.

Na seqüência, o documento se ocupa dos riscos para a saúde decorrentes da poluição e dos perigos ambientais diretos. Declara inicialmente que em muitos lugares do mundo, sobretudo nos países recém-industrializados, o meio ambiente geral, os locais de trabalho e até as moradias estão de tal forma poluídos que a saúde de centenas de milhões de pessoas tem sido afetada negativamente, e estabelece, a seguir, um elenco de ações para corrigir a situação, abrangendo o desenvolvimento de tecnologias para o controle da poluição do ar e da água, o aprimoramento dos controles na distribuição e uso de pesticidas, o avanço de técnicas de manejo de resíduos sólidos e a adoção de

normas e procedimentos internacionais para controlar a exposição de trabalhadores a riscos para a saúde decorrentes de contatos com substâncias tóxicas e radiações. Os gastos anuais estimados para a implementação dessas atividades até o ano 2000 chegam a 3 bilhões de dólares e a contribuição internacional corresponde a 115 milhões de dólares.

Na Conferência sobre Direitos Humanos, os documentos adotados, de natureza muito mais conceitual e genérica, não incluem relação tão objetiva e pormenorizada de ações no campo da saúde, mas referem-se a alguns aspectos do tema, a saber: ao reconhecerem que a prática de descarregar ilicitamente substâncias e resíduos tóxicos e perigosos constitui grave ameaça ao direito à vida e à saúde de todos; ao recomendarem que os mecanismos e programas nacionais e internacionais de defesa e proteção da infância devem ser fortalecidos, particularmente para amparar as crianças acometidas por doenças; ao afirmarem que deve ser prestada atenção especial às pessoas portadoras de deficiência, a fim de garantir-lhes plena participação em todos os aspectos da sociedade; ao estipularem que os Estados têm a obrigação de criar e manter mecanismos adequados para promover e proteger os setores vulneráveis de suas populações, particularmente nas áreas de saúde e educação; ao determinarem a importância de que as mulheres desfrutem de elevados padrões de saúde física e mental durante todo o seu ciclo de vida; ao reafirmarem o direito da mulher a uma assistência de saúde acessível e adequada e à gama mais ampla possível de serviços de planejamento familiar; ao conclamarem todos os países para, em colaboração com a comunidade internacional, reduzirem as taxas de mortalidade materno-infantil, diminuírem os índices de desnutrição e ampliarem o acesso a fontes seguras de água potável; e, finalmente, ao expressarem o apoio à realização de estudos sobre meios para melhorar a proteção de crianças em conflitos armados, assim como à elaboração urgente de propostas para facilitar a prestação de atendimento daquelas traumatizadas por guerras.

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, os temas de saúde estão tratados nos capítulos VII (Direitos Reprodutivos e Saúde Reprodutiva) e VIII (Saúde, Morbidade e Mortalidade) do Plano de Ação. Inspiradas no conceito de direitos reprodutivos, as ações previstas abrangem a garantia de acesso a todos

os serviços de assessoramento, informação e educação em matéria de planejamento familiar, atendimento pré-natal e pós-parto, serviços especiais para promover e estimular a lactância materna e programas para a prevenção e tratamento apropriado da infertilidade, para a prevenção do aborto e para o tratamento de suas conseqüências. Para atender ao previsível aumento da demanda mundial por contraceptivos, as agências internacionais, juntamente com os países, deverão manter um sistema eficaz e coordenado de serviços globais, regionais e subregionais para aquisição e para a transferência de tecnologias que facilitem aos países em desenvolvimento produzirem e distribuírem produtos essenciais de boa qualidade utilizados pelos serviços de saúde reprodutiva.

Ao tratar de saúde, morbidade, e mortalidade, as ações recomendadas são no sentido de os países ampliarem o alcance dos serviços de atenção primária à saúde, aumentando as atividades de informação e educação particularmente para os grupos vulneráveis. As medidas aprovadas também incluem a transferência de tecnologia para que os países em desenvolvimento possam aumentar sua capacidade de produzir medicamentos genéricos, e, assim, assegurar à população uma oferta ampla e acessível a esses produtos de menor preço, assim como o apoio para reforçar os mecanismos regionais de produção, de controle de qualidade, de aquisição e de distribuição de vacinas e antibióticos, de modo que ganhem eficiência e possam atender o aumento previsto da demanda por esses produtos nas próximas décadas.

Para diminuir as taxas de mortalidade infantil, o Plano estabelece que os países, com apoio internacional, melhorem os serviços de orientação e atenção pré-natal, sobretudo o atendimento aos casos de gravidez de alto risco, intensifiquem a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, ampliem a assistência ao parto e ao recém-nascido e desenvolvam ações com vistas a reduzir as enfermidades infecciosas e parasitárias infantis, além de acabar com a desnutrição e diminuir os níveis de insalubridade ambiental. No que diz respeito à prevenção e controle da transmissão do Hiv e Aids, o documento determina um enfoque multisetorial, cujas estratégias devem procurar aumentar a conscientização da população para os riscos de contrair a doença, incentivar mudanças de comportamento e capacitar os provedores de serviços para se especializarem na orientação de adolescentes, caben-

do à comunidade internacional mobilizar os recursos humanos e financeiros necessários para ajudar na tarefa.

Na Cúpula Mundial para o Desenvolvimento Social, os Chefes de Estado e de Governo estabeleceram o compromisso de promover a adoção de programas de educação sanitária para crianças, adolescentes e adultos, a garantia de acesso não-discriminatório aos serviços básicos de saúde, a execução de atividades de prevenção contra doenças, a redução da mortalidade materno-infantil, a proteção dos deficientes e a melhoria dos programas relacionados com o combate à disseminação do Hiv/Aids e seu tratamento. Decidiram também empenhar-se para que as organizações internacionais, sobretudo as instituições financeiras, apóiem os programas e iniciativas de prevenção e controle do Hiv/Aids, assim como assumiram a obrigação de esforçar-se para conseguir que as ações globais de combate a doenças graves e letais como cólera, tuberculose, febre tifóide e Hiv/Aids, sejam melhor coordenadas e mais efetivas, e anunciaram seu propósito de promover a transferência de tecnologias para aumentar a eficácia dos programas dos países em desenvolvimento destinados a prevenir o uso de drogas e a reabilitar os usuários.

Ao especificar o conteúdo das estratégias para combater a pobreza, o Plano determina o compromisso da comunidade internacional de complementar os esforços nacionais destinados a elevar a expectativa de vida, reduzir as taxas de mortalidade infantil e materna, combater a desnutrição, assegurar serviços de atendimento primário à saúde, eliminar ou controlar as doenças que constituem graves problemas de saúde pública e fornecer serviços de saneamento em quantidade suficiente. Ao se referir à necessidade de os países em desenvolvimento aumentarem o número de empregos produtivos como condição para a promoção do desenvolvimento, o Plano volta a mencionar as questões sanitárias e afirma que o atendimento das necessidades dos trabalhadores em matéria de saúde deve integrar as medidas para incentivar a formação de micro e pequenas empresas e que a cooperação internacional precisa estar pronta para colaborar nesse particular. Quando se ocupa das medidas para incentivar a integração social, o documento coloca entre elas o fornecimento de serviços que permitam aos diferentes grupos sociais usufruir do direito aos mais elevados padrões de saúde e inclui entre os instrumentos para fomentar a eqüidade

a ampliação dos serviços básicos de saúde a toda a sociedade, particularmente para os grupos vulneráveis.

Na Conferência Mundial sobre a Mulher, os temas da saúde foram salientados desde o início, na Declaração de Pequim, que reconhece o direito de todas as mulheres a controlar todos os aspectos de sua saúde, por ser um requisito básico para a potencialização de seu papel na sociedade. Na Plataforma de Ação, o assunto é abordado no Capítulo IV, seção C, que define os objetivos estratégicos a serem alcançados e as medidas concretas que devem ser tomadas em relação a cinco grandes áreas, a saber: a promoção do acesso da mulher a serviços de saúde de baixo custo e de boa qualidade; o fortalecimento de programas de prevenção; a incorporação da perspectiva de gênero nas estratégias para enfrentar os desafios das enfermidades sexualmente transmissíveis e de outras questões de saúde sexual e reprodutiva; o apoio a pesquisas e à divulgação de informações sobre a saúde das mulheres; a supervisão do desenvolvimento da saúde das mulheres. O documento indica que todas essas ações poderão ser executadas pelos Governos em parceria com diferentes órgãos e entidades nacionais e, sempre que necessário, com apoio de instituições internacionais.

O documento propõe, ainda, iniciativas para reduzir os riscos à saúde nos locais de trabalho das mulheres, particularmente para as grávidas e lactantes, para racionalizar as políticas e práticas de aquisição de medicamentos, para facilitar o acesso a tratamentos adequados e a serviços de reabilitação de mulheres dependentes de entorpecentes e suas famílias e para melhorar o estado nutricional de todas as meninas e mulheres.

As recomendações abrangem, por fim, programas de educação e informação específicos para adolescentes sobre questões de saúde sexual e reprodutiva e sobre doenças sexualmente transmissíveis, assim como estratégias para coibir o uso de drogas, para ampliar os serviços de prevenção, detecção precoce e tratamento do câncer de mama e de outros cânceres do sistema reprodutivo, para promover pesquisas sobre questões relativas à saúde da mulher, em particular sobre as enfermidades cardiovasculares, os cânceres, as infecções e lesões do sistema reprodutivo, a redução dos problemas de saúde relacionados com o meio ambiente e o acompanhamento dos aspectos ligados ao envelhecimento.

A Conferência sobre Assentamentos Humanos dispôs, no Preâmbulo da Agenda Habitat, que a saúde humana e a qualidade de vida são pontos centrais do esforço para o desenvolvimento de assentamentos humanos sustentáveis. Ao tratar do primeiro dos seus dois temas centrais – Moradia Adequada para todos –, a Habitat-II assumiu o compromisso de promover a construção de instalações sanitárias adequadas nos assentamentos humanos, por entender que fazem parte da infra-estrutura indispensável para atender as necessidades básicas de seus habitantes, além de outros melhoramentos que afetam o estado sanitário geral das populações, como sistemas para fornecimento de água, saneamento e serviços de manejo de resíduos.

Na parte referente ao segundo tema principal – Desenvolvimento de Assentamentos Humanos Sustentáveis em um Mundo em Urbanização –, o tratamento dispensado às questões de saúde foi mais pormenorizado. O documento admite, em seu início, que a qualidade de vida dos habitantes dos assentamentos humanos está intimamente relacionada, entre outros fatores, com os seus níveis de saúde e de nutrição e que a prevenção de enfermidades depende tanto de um controle ambiental eficiente quanto de serviços clínicos acessíveis, uma vez que muitos contaminantes ambientais, como materiais radioativos e poluentes orgânicos, entram na cadeia alimentar e acabam afetando os seres humanos, comprometendo a saúde das gerações atuais e futuras.

Para responder a esses desafios, a Conferência recomenda que os Governos, em conjunto com a comunidade internacional, reforcem os serviços de saúde ambiental, de modo a prevenir, mitigar e tratar as doenças resultantes das precárias condições dos ambientes de trabalho e de moradia em que vivem as populações carentes, tendo como referência os objetivos da Agenda 21. Estabelece, ainda, a adoção de medidas para prevenir e controlar os níveis de poluição do ar, da água, e do solo, assim como para garantir o acesso a serviços sanitários de prevenção e tratamento das doenças causadas por esses fatores. Estimula também o intercâmbio internacional de informações, experiências e assistência técnica para fortalecer os programas de saúde ambiental nos países em desenvolvimento e prevê ações para Governos e parceiros internacionais promoverem, em conjunto, a redução dos riscos ambientais para a saúde, dentre os quais o estabelecimento de normas para diminuir a quantidade de lixo industrial jogada no meio

ambiente sem o devido processamento, o treinamento de recursos humanos para monitorar a aplicação desses procedimentos e seus impactos, a recuperação de áreas contaminadas e a promoção do tratamento adequado de resíduos sólidos e líquidos.

De uma maneira geral, observa-se que as recomendações das conferências cobrem uma vastíssima gama de assuntos relacionados com múltiplos aspectos dos temas de saúde e que a grande maioria deles se presta a um trabalho integrado, no plano internacional, entre diplomatas e especialistas em saúde, de modo que o seu potencial possa ser bem aproveitado. Essa abordagem coordenada justifica-se não só porque as atividades acordadas foram elaboradas em eventos promovidos pela ONU, e, portanto, resultam de negociações internacionais com a participação de praticamente todas as Chancelarias do mundo, mas também porque a implementação dos programas inclui a colaboração de organizações, instituições e agências internacionais, que estão sujeitas a influências político-diplomáticas que escapam da competência dos órgãos setoriais encarregados da saúde, os quais precisam, por isso mesmo, de quem esteja habituado a lidar com essas questões, como é o caso das Chancelarias..

No caso brasileiro, os técnicos e especialistas da saúde estão habilitados a contribuir substantivamente para que o País possa extrair o máximo rendimento das oportunidades, porque conhecem em profundidade os tópicos e podem, assim, definir precisamente as demandas e os interesses nacionais nos casos em que o Brasil venha a solicitar cooperação, ou indicar as capacidades e experiências que podem ser oferecidas nos casos em que o Brasil se disponha a prestar assistência. Seus subsídios e informações poderiam, portanto, apoiar a atuação diplomática e este esforço conjunto permitiria, em princípio, que todos os atores envolvidos maximizassem os ganhos.

Presume-se, por outro lado, que é do interesse da política externa brasileira utilizar as possibilidades reais que se abrem não só para intensificar e renovar o teor do relacionamento com parceiros tradicionais do País, mas também para explorar frentes inovadoras de cooperação, e, assim, dar substância ao intercâmbio existente com países e outros interlocutores internacionais com os quais as relações ainda podem ser ampliadas. Os dividendos diplomáticos obtidos pelo Brasil em razão do tratamento conferido aos temas sociais durante o ciclo

de conferências da ONU e a boa receptividade usualmente dispensada a propostas de cooperação em saúde reforçam, ainda mais, as chances de êxito de um trabalho nessa direção.

A esses aspectos positivos se contrapõem, todavia, algumas dificuldades, pois a implementação das ações evidentemente não é automática, pela natureza não-mandatória dos documentos das conferências, pela relativa superficialidade dos compromissos dos países desenvolvidos em relação aos recursos financeiros necessários para custeá-las e por uma certa "fadiga" dos doadores em bancar projetos de desenvolvimento, causadas por vários motivos, entre os quais a ampliação recente dos problemas sociais em seus próprios territórios, cujas soluções passaram a consumir parte dos recursos antes alocados para a ajuda ao desenvolvimento.

No cômputo geral, porém, os fatores positivos tendem a se sobrepor e eventuais resistências podem ser superadas com um trabalho de convencimento consistente e bem fundamentado.

As respostas brasileiras às decisões das conferências têm sido, até agora, mais expeditas no âmbito nacional, pois em cumprimento às recomendações acordadas ou inspirado em parte por elas, o Governo resolveu criar novos foros em sua estrutura institucional ou reformular órgãos já existentes, com a atribuição de tratarem, internamente, dos compromissos assumidos pelo País naqueles eventos e apresentarem propostas para o encaminhamento político e operacional das decisões aprovadas, além de adotar políticas e programas relacionados com os temas das conferências. São exemplos disso a criação da Comissão de Políticas de Desenvolvimento Sustentável e Agenda 21 da Câmara de Recursos Naturais, no âmbito da Casa Civil da Presidência da República; a criação da Secretaria Nacional de Direitos Humanos na área do Ministério da Justiça e o lançamento da Política Nacional de Direitos Humanos; a criação da Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, incorporada à estrutura do ex Ministério do Planejamento e Orçamento; o fortalecimento do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, também no Ministério da Justiça, e o lançamento das "Estratégias da Igualdade: Plano de Ação Nacional para a Igualdade de Gênero". O Ministério das Relações Exteriores, por sua vez, criou o Departamento de Direitos Humanos e Temas Sociais, em uma clara demonstração de que está atento à crescente importância dos temas

sociais na agenda internacional.

Até o momento, porém, essas respostas não têm sido acompanhadas, na mesma intensidade, por ações na esfera internacional com vistas a aproveitar plenamente as chances surgidas, o que se explica, em boa medida, pelo fato de que tradicionalmente os assuntos sociais contam com espaço reduzido na pauta de trabalho do Itamaraty. Esta timidez da atuação externa na área social pode ser explicada, também, pela própria novidade do tratamento internacional de questões que, até pouco tempo atrás, eram consideradas exclusivamente da órbita interna dos países. As perspectivas de mudança dessa situação, porém, são promissoras, já que a área social é prioritária entre os compromissos programáticos do Governo e existe uma conscientização mais aguda dos dirigentes do setor da saúde a respeito da necessidade e da conveniência de interagir mais freqüentemente com parceiros externos, ao mesmo tempo em que há um ambiente internacional favorável, pelas razões expostas.

É possível, portanto, esboçar uma sistemática de trabalho para permitir uma atuação internacional mais incisiva com esta finalidade. O esforço integrado poderia consistir basicamente em selecionar os temas mais importantes, à luz das necessidades nacionais, e, dentre eles , os tópicos que mereceriam trabalho prioritário, juntamente com a identificação precisa do que se quer e do que se pode oferecer, inclusive com estimativa dos custos e indicação das fontes nacionais e estrangeiras que poderiam financiar as ações; a seguir, escolher os organismos, as instituições financeiras (mundiais ou regionais) e as agências bilaterais mais propensas a se interessarem pela cooperação nos temas selecionados; preparar documentos para fundamentar as escolhas, com a especificação dos motivos para solicitar a cooperação ou a descrição das experiências nacionais bem-sucedidas a serem oferecidas; definir as estratégias de negociação a serem seguidas nos contatos com os diferentes interlocutores; analisar a conjuntura do relacionamento do Brasil com os possíveis parceiros, para prognosticar a viabilidade de execução da estratégia e o seu momento mais apropriado; estabelecer a forma de participação das missões diplomáticas no exterior na execução das estratégias; por fim, definir os mecanismos de acompanhamento e de avaliação dos resultados, para conhecer os impactos e fazer os ajustes e atualizações necessárias.

As escolhas poderiam ser definidas por grupos de assuntos, pela natureza dos temas ou segundo as fontes e/ou destinatários da cooperação, tendo como referências principais as diretrizes mais gerais da política externa e a Estratégia Social elaborada pelo Governo. O trabalho evitaria diagnósticos generalistas e seria orientado para a concretização de ações, sem deixar de ser suficientemente minucioso para poder ser convincente. Seria, enfim, um exercício complexo, em bases permanentes e dividido em etapas, com vantagens evidentes, pois o tratamento dessas questões deixaria de ser predominantemente reativo e pontual e passaria a ser proativo e sistêmico, com maiores chances de obter resultados desejáveis e efetivos. A ação coordenada nos moldes sugeridos atenderia aos interesses da diplomacia, que passaria a contar com um embasamento técnico consistente e sistemático para desenvolver ações externas em uma área hoje prioritária da agenda internacional, com reflexos positivos sobre os objetivos estratégicos da política externa, e, da mesma forma, beneficiaria os órgãos setoriais envolvidos nas diferentes atividades, que teriam o respaldo político e a capacidade de articulação internacional do Itamaraty para ajudá-los.

As atividades de diferentes foros multilaterais também contemplam cooperação em saúde e serão comentadas a seguir.

4.2. Os programas regulares de organismos, instituições e mecanismos multilaterais

Organização Mundial da Saúde

A introdução ao Nono Programa Geral de Trabalho da Organização,[1] relativo ao período 1996-2001, destaca entre as características da atual situação geral da saúde nos países em desenvolvimento a denominada "transição epidemiológica", ou seja, a incidência simultânea de elevados níveis de doenças infecciosas e parasitárias, próprias da pobreza, e de enfermidades crônico-degenerativas, típicas do desenvolvimento, acarretando uma carga dupla de desafios e de

[1] World Health Organization. "Ninth General Programme of Work, 1996-2001", Geneva, 1994.

responsabilidades para os sistemas públicos de saúde. Salienta entre as tendências gerais a expansão da epidemia do Hiv/Aids, as altas taxas de mortalidade materno-infantil, o alastramento da tuberculose, a persistência das doenças diarréicas como uma das principais causas de morte de crianças, os altos índices de desnutrição e o número crescente de inválidos.

Reconhece, por outro lado, os bons resultados obtidos por programas de planejamento familiar, os expressivos progressos alcançados na área de imunização e os impactos positivos para a saúde decorrentes de melhores serviços de fornecimento de água e de sancamento. Adverte, a seguir, que em sua imensa maioria os sistemas de saúde do mundo estão sobrecarregados, pelo aumento significativo das demandas e pela elevação dos custos, levando muitos países a concentrarem suas preocupações na busca de novos mecanismos de financiamento para o setor e de formas mais eficientes para controlar os gastos. Nessas condições, conclui que as estratégias de saúde não devem limitar-se à assistência prestada aos doentes e precisam enfatizar mais as ações de promoção e proteção à saúde.

Para responder a esses desafios, a principal referência política do Programa continua sendo a "Estratégia de Saúde para Todos no ano 2000", adotada pelos países-membros da Oms na Conferência de Alma-Ata de 1978, já mencionada, que é calcada na atenção primária à saúde, compreendendo os seguintes elementos: educação sanitária para prevenir doenças; melhoria dos índices nutricionais; fornecimento adequado de água e saneamento básico; atendimento materno-infantil; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento das doenças consideradas como grave problemas de saúde pública; e provisão de medicamentos essenciais.

O foco central do Programa é a concessão de apoio aos países para que consigam desenvolver capacidades para melhorar o estado geral de saúde das suas populações e ampliar a eqüidade de acesso aos serviços. A fim de atingir esses objetivos, foram definidas dez metas e todos os países comprometeram-se a cooperar para que elas sejam alcançadas. A primeira delas é elevar a expectativa de vida em todos os países a pelo menos 60 anos; a segunda é assegurar o acesso universal a um conjunto pré-acordado de serviços de assistência e de prevenção de boa qualidade, incluindo o tratamento de doenças

comuns e o fornecimento de medicamentos essenciais, vacinas e hemoderivados. A terceira meta é garantir a sobrevivência e o desenvolvimento sadio das crianças, reduzindo-se as taxas de mortalidade infantil a níveis pré-acordados. A meta seguinte é melhorar os níveis de saúde das mulheres, sobretudo com a diminuição das taxas de mortalidade materna, e, na seqüência, as metas dizem respeito à melhoria do acesso ao planejamento familiar, à erradicação ou controle de enfermidades que são problemas graves de saúde pública (poliomielite, lepra, tétano neo-natal, malária. hepatite B, doenças cardíacas e outras), à prevenção dos casos de invalidez, à elevação dos índices nutricionais, à diminuição dos riscos ambientais que afetam a saúde e à promoção de condutas saudáveis.

As principais atividades previstas abrangem o oferecimento de apoio para fortalecer a capacidade dos países desenvolverem instrumentos eficientes de controle financeiro e de gerenciamento da assistência à saúde, programas de treinamento para profissionais da saúde, fornecimento de informações e subsídios para que os países possam elaborar planos de combate a epidemias e de socorro a vítimas de emergências e catástrofes, assistência para a implementação de planos destinados a reduzir a desnutrição, para a formulação de políticas de abastecimento de medicamentos e vacinas e para a montagem de sistemas de informação.

Anualmente, o Diretor-Geral da Oms faz um balanço das atividades em andamento e ressalta os problemas conjunturais mais graves ou emergentes, para que sejam feitas as atualizações e adaptações necessárias nas Metas qüinqüenais. Em 1996, o Diretor-Geral chamou atenção para o fato de que a situação mundial da saúde mostrava duas tendências opostas: de um lado, centenas de milhões de pessoas estariam ficando livres de doenças infecciosas graves e, de outro, haveria a iminência de uma crise global relacionada com enfermidades contagiosas, devido ao rápido e intenso recrudescimento de algumas doenças, causado principalmente pelo intenso movimento de populações, pela urbanização descontrolada em muitos países, pelas mudanças ecológicas e pela expansão do comércio internacional de alimentos e seus derivados.

O Relatório de 1997, por sua vez, focalizou a expansão

recente das doenças não transmissíveis e crônicas, que causam quase a metade do total de mortes no mundo e que se deve, em parte, ao envelhecimento das populações. As sugestões apresentadas para minorar o problema compreendem o estudo dos fatores de risco que causam as doenças e a expansão das medidas preventivas, através de vários projetos de estudos a respeito de doenças cardio-vasculares, circulatórias, diabetes, reumáticas, transtornos mentais e neurológicos.

O conjunto do trabalho realizado pela Oms é relevante para o setor da saúde brasileiro, na medida em que as estratégias e as metas estabelecidas no Programa em vigor, assim como as questões específicas analisadas pela Assembléia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo correspondem, de modo geral, a temas que constam, inclusive, do Programa de Metas e Ações Prioritárias lançado pelo Ministério da Saúde no atual Governo. Na avaliação da maioria das autoridades sanitárias consultadas, porém, os resultados práticos que chegam ao Brasil não raro estão aquém das expectativas, seja por causa de um certo distanciamento que existe no Brasil em relação ao que está sendo produzido na sede da Organização, seja porque falta-lhes poder, em alguns casos, para influenciar, de longe, o rumo ou a efetividade do trabalho que está sendo feito. Seguramente, a Delegação do Brasil em Genebra não é indiferente a essa inquietude, mas não é muito o que pode acrescentar, isoladamente, para alterar esse quadro, pelo próprio conteúdo técnico e específico dos temas em discussão.

Essa situação indica, portanto, a conveniência de ser reconsiderada a forma de participação do Brasil nos trabalhos da Oms, que será comentada nos próximos parágrafos.

As ligações do Brasil com a Oms são históricas e remontam à sua própria criação, pois foi por proposta de um dos delegados brasileiros à Conferência de São Francisco que criou a ONU, o Dr. de Paula Souza, que aquele foro declarou ser a saúde um dos assuntos da competência das Nações Unidas. Foi também graças a uma iniciativa do Brasil, em conjunto com a China, logo depois da assinatura da Carta da ONU, que foi aprovada a realização de uma conferência internacional para constituir formalmente um organismo mundial que se ocupasse exclusivamente de assuntos sanitários. Esta decisão acabou sendo implementada por convocação do Ecosoc, no ano seguinte, e ocorreu em Washington, quando foi aprovado o documento constitutivo da Oms.

Convém lembrar, ainda, que o brasileiro Marcelino Candau dirigiu a Organização por vinte anos, período em que ela consolidou sua posição e definiu o perfil que mantém até hoje.

Nos últimos anos, cidadãos brasileiros ocupam os postos de Diretor do Programa de Saúde Mental, de Sub-Chefe do Programa de Idosos e de Sub-Gerente do Programa de Aids. Paralelamente a essas funções exercidas por brasileiros no Secretariado, em 1995 o Brasil foi eleito, com um mandato de três anos, para o Conselho Executivo, sendo representado por renomado cientista. O Brasil também é membro antigo do Programa de Doenças Tropicais, sendo que o atual presidente da Fundação Oswaldo Cruz foi o primeiro representante de países em desenvolvimento a exercer a presidência daquele foro, em 1996.

Além disso, os Ministros da Saúde participam regularmente das sessões anuais da Assembléia Mundial da Saúde, quando opinam sobre o direcionamento das atividades da Organização, intervêm nos debates e aproveitam os encontros para manter entendimentos bilaterais ou com grupos regionais de países. Em seu discurso perante a 49ª Assembléia Mundial da Saúde, em 1996, o Brasil propôs uma readequação da Organização, começando pela adoção de um enfoque integrado no tratamento dos diversos temas, de modo a reunir simultaneamente os aspectos vinculados à melhoria do funcionamento dos serviços de assistência e as questões relacionadas com a promoção da saúde, em substituição aos programas independentes de hoje, que geram uma compartimentalização das áreas temáticas e retardam a consecução dos objetivos da Estratégia de Saúde Para Todos. O chefe da delegação brasileira sugeriu, ainda, uma reorientação da própria cooperação prestada pela Oms, de maneira que a Organização reforce sua função técnico-normativa e apóie o fortalecimento das capacidades nacionais, assegurando aos países a possibilidade de desenvolverem a pesquisa em saúde que necessitam para enfrentar seus problemas específicos, ao invés de concentrar a maior parte dessas atividades em Genebra. Na sistemática de trabalho proposta, os núcleos de colaboração da Oms nos próprios países seriam fortalecidos e estimulados a formarem redes a fim de se tornarem a principal fonte de cooperação entre os países, a um custo bem menor para a Oms, que teria sua difícil situação financeira aliviada com a redução do número de especialistas

permanentes.[2]

Em sua alocução na Assembléia de 1997, o Ministro da Saúde brasileiro fez um chamamento à comunidade internacional para ampliar a cooperação e o apoio à implementação de políticas e estratégias de combate às enfermidades crônicas nos países em desenvolvimento, reforçando a importância de as ações serem coordenadas, de modo a cobrirem os fatores de risco e a assistência e tratamento. Sem desconhecer as dificuldades financeiras da Oms, solicitou empenho mais determinado e decidido nessa tarefa e manifestou a disposição do seu Ministério de colaborar. Destacou, ainda, a influência da tecnologia sobre o setor da saúde na atualidade e conclamou os participantes a buscarem, em conjunto, maneiras para evitar o recurso abusivo a equipamentos avançados e para redirecionar a sua utilização, de modo que possa solucionar problemas de maior alcance coletivo e contribuir para a redução das desigualdades.[3]

O protagonismo exercido pelo Brasil ao longo da história da Organização e o teor dos últimos discursos apresentados pelas delegações brasileiras, com nítidas conotações políticas, mostram com clareza que a visão que o país tem da Oms não é puramente técnica e que há espaço para uma abordagem dos temas incluindo seus aspectos diplomáticos e sanitários. Para tanto, parece essencial reforçar o envolvimento das áreas diplomática e de saúde no acompanhamento das tendências políticas e das matérias substantivas em debate, através de um intercâmbio mais freqüente e sistematizado de informações, de uma participação ativa e contínua de ambas as partes nos diferentes órgãos que compõem a Organização, de um contato mais estreito com funcionários do Secretariado e da preparação conjunta de posições a serem defendidas nas reuniões dos órgãos políticos e das comissões técnicas. Um trabalho incipiente nesse sentido já existe, mas pode ser intensificado e ampliado, pois suas vantagens parecem notáveis, na medida em que facilitaria à Chancelaria familiarizar-se melhor com os mecanismos operacionais da Oms e com os temas nos quais ela con-

[2] Documento do Ministério da Saúde, Discurso do Senhor Secretário-Executivo, Doutor José Carlos Seixas, na 49ª Assembléia Mundial da Saúde, Brasília, 1996, pp. 1-4.

[3] Documento do Ministério da Saúde, Discurso do Senhor Ministro da Saúde, Doutor Carlos César Albuquerque, perante a 50ª Assembléia Mundial da Saúde, Brasília, 1997.

ção são favoráveis, até porque a experiência passada mostra que uma das características do Unicef é a sua capacidade de produzir resultados concretos, tornando-se um aliado valioso. Mesmo assim, a multiplicidade de atores e a grande quantidade de pequenos projetos em andamento recomendam o estabelecimento de contatos estreitos entre a Abc e o Ministério da Saúde, com o fim de seguir o desenrolar das ações, sugerir eventuais ajustes para que elas sejam compatíveis com as prioridades governamentais para o setor e avaliar seus resultados.

Fundo das Nações Unidas para Assuntos Populacionais

O programa para o Brasil do Fundo das Nações Unidas para Assuntos Populacionais no período de 1992 a 1996 tinha como objetivo de longo prazo contribuir para os esforços do Governo no sentido de melhorar a qualidade de vida da população, por meio de ações destinadas a facilitar uma efetiva compreensão das interrelações entre questões populacionais e o processo de desenvolvimento. Seus objetivos específicos eram a redução das taxas de morbidade e mortalidade materno-infantis, o fortalecimento da capacidade técnica e institucional do Governo para integrar variáveis populacionais no planejamento do desenvolvimento sócio-econômico e a ampliação da cobertura dos serviços de planejamento familiar.

A estratégia geral era concentrar recursos nas periferias dos centros urbanos e nas áreas rurais menos assistidas em estados pré-selecionados, privilegiando a região nordeste; o Programa estava dividido em cinco componentes: saúde materno-infantil e planejamento familiar; educação, informação e comunicação; coleta e análise de dados; formulação de políticas populacionais; e mulher, população e desenvolvimento. O valor total dos recursos estava orçado em 15 milhões de dólares para os cinco anos.

A avaliação realizada ao se encerrar o Programa apontou algumas inconsistências no seu desenho, pois nenhum dos objetivos específicos tratava de recursos naturais, meio ambiente ou desenvolvimento sustentável, o que é uma lacuna considerável, e, além disso, o Programa deixava de incluir mecanismos adequados para

monitoramento.[5] Os componentes eram complementares entre si e, portanto, corretos em princípio, mas o eixo central do Programa, explícito ou implícito, era a redução das taxas de fecundidade, refletindo uma linha de pensamento superada pela Conferência do Cairo, que aumentou, como comentado anteriormente, o alcance da abordagem dos temas populacionais, ao incluir, entre outros aspectos, as migrações e as interrelações entre população, desenvolvimento e meio ambiente. Nota-se, ainda, a falta de projetos pioneiros ou experimentais, assim como iniciativas para aproveitar melhor o conhecimento existente no país sobre os temas contemplados.

Este balanço sugere que o próximo programa qüinqüenal incorpore projetos interligando as políticas populacionais e o meio ambiente, assim como o conceito abrangente de saúde reprodutiva. Outra providência recomendável seria consultar a Comissão Nacional de População e Desenvolvimento a respeito das prioridades programáticas e solicitar sua opinião sobre projetos apresentados ao Fnuap. Os preparativos para o próximo ciclo da cooperação (1998-2002), aliás, já estão em andamento e a proposta em elaboração inclui quatro áreas programáticas, a saber: população e desenvolvimento, saúde reprodutiva, promoção de apoios (advocacy) e questões de gênero.[6]

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento usa como marco de referência principal para suas atividades de cooperação a noção de desenvolvimento humano, exposta no primeiro capítulo. Isto equivale a dizer que na definição das linhas gerais de ação dos seus Programas de Longo Prazo, assim como na apreciação de propostas de projetos que lhe são submetidos, o Pnud leva em conta para decidir suas posições os possíveis impactos que as estratégias e atividades sugeridas poderão ter sobre os três indicadores que compõem o

[5] Relatório de Consultoria, "Avaliação do Programa do Fundo de População das Nações Unidas no Brasil", Instituto Sociedade, População e Natureza, Brasília, 1996, pp. 6-14.
[6] Documento do FNUAP, "Bases para o Programa de Cooperação entre o Brasil e o FNUAP 1998-2002", Brasília, abril de 1997.

Índice de Desenvolvimento Humano, ou seja, de que forma poderão incidir sobre os níveis e a distribuição de renda, sobre os índices de expectativa de vida e sobre as taxas de escolaridade. Segundo documento recente do Pnud, essa visão está associada, em boa medida, às concepções acolhidas pelo ciclo de conferências da agenda social da ONU, que constituem, assim, um outro balizamento importante a marcar o alcance e o conteúdo da cooperação que o Programa oferece.[7]

No caso particular do Brasil, entende o Pnud que está emergindo no país um novo padrão de desenvolvimento, reflexo das tendências contemporâneas da globalização dos mercados, da liberalização econômica e da formação de blocos regionais de comércio, e que a consolidação desse novo modelo requer, no plano econômico, a transformação produtiva e a reestruturação industrial para conferir maior competitividade ao setor produtivo do país, e, na área social, a melhor distribuição entre grupos e regiões dos frutos do crescimento, assim como a redução da pobreza e a busca de padrões de vida mais elevados, juntamente com a preservação ambiental. Em princípio, portanto, atividades destinadas a contribuir para o enfrentamento desses desafios podem ser objeto da cooperação, mas as áreas-chave de atuação são mais específicas.

No âmbito das políticas sociais, as prioridades consistem na promoção da educação básica, na qualificação da mão-de-obra e no combate à pobreza, encaixando-se a cooperação na área da saúde no conjunto das ações públicas contra a pobreza, envolvendo, teoricamente, toda a gama de atividades com este objetivo descritas em outros trechos do trabalho.

Esses antecedentes deixam claro que existe, da parte do Pnud, abertura para um trabalho conjunto com instituições brasileiras na área da saúde, através de ações diretas e/ou indiretas. Este potencial, contudo, tem sido pouco aproveitado, pois a sua cooperação com o Ministério da Saúde tem se limitado, nos últimos anos, ao apoio a iniciativas voltadas para o desenvolvimento institucional decorrentes de projetos em andamento com financiamentos do Banco Mundial e na realização de alguns estudos e levantamentos de dados que, sem deixarem de ser relevantes, representam parcela mínima do universo que pode

[7] Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil. PNUD/IPEA. Brasília, 1996. pp. 3.

ser explorado. Para ser mais exato, o apoio do Pnud tem sido aplicado na criação e/ou aprimoramento de instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação de ações de saúde do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde da região nordeste, na capacitação de recursos humanos em programas de saúde da mulher, da criança e do adolescente e em apoio ao Projeto Aids, com recursos repassados pelo Banco Mundial.

A reduzida participação explica-se , em parte, pelo fato de que o Pnud qualificou o Brasil como um país "graduado" para fins de recebimento de assistência oficial para o desenvolvimento, mas parece plausível que uma aproximação maior do Itamaraty com o Ministério da Saúde possa ensejar a identificação de possibilidades para sensibilizar o Pnud a engajar-se com mais determinação nos esforços nacionais de promoção da melhoria da saúde, sobretudo à luz dos novos conceitos que aquele Programa passou a adotar.

Outros órgãos do sistema das Nações Unidas também desenvolvem atividades que afetam o setor da saúde, mas deixarão de ser analisados porque a cooperação que vêm prestando ao Brasil diretamente na área sanitária tem sido quase inexistente nos últimos anos. Parece oportuno, porém, acrescentar alguns comentários sobre o conjunto das atividades dos organismos da ONU, porque este tem sido um tema recorrente nos debates de vários foros internacionais, inclusive nas conferências sobre temas sociais.

Primeiramente, tem sido lembrado com freqüência que todos esses organismos são peças de um único sistema – o das Nações Unidas – e, como tal, devem desenvolver atividades complementares entre si, de modo a facilitar que os propósitos enunciados na Carta da Organização sejam alcançados. A partir dessa avaliação, vem se confirmando uma tendência cada vez mais firme no sentido de persuadir as agências a aprimorarem a coordenação entre as suas respectivas áreas de competência, tanto na elaboração das estratégias e programas de médio e longo prazo como na execução das ações. O principal argumento para apoiar esse posicionamento é que o trabalho nesses moldes refletiria com mais propriedade o entendimento dos países e dos próprios organismos de que os temas de desenvolvimento precisam ser tratados integradamente, pois todos reconhecem que já se mostraram deficientes as tentativas passadas de promovê-lo de forma segmentada e,

além disso, essa estratégia evitaria superposições de esforços, ineficiências e desperdícios que geram sérios prejuízos, particularmente desaconselháveis em uma conjuntura marcada pela escassez de recursos.

O Brasil tem se aliado a esse movimento e apoiado as decisões que visam implantar o modelo integrado de cooperação, mas poderia empenhar-se mais decididamente para que o redirecionamento na atuação das agências torne-se uma prática regular. A área da saúde oferece um exemplo animador das vantagens da coordenação interagencial, pois a criação do Programa das Nações Unidas contra Aids (Unaids), que congrega as atividades de todas as agências do sistema envolvidas na prevenção e combate da doença, tem produzido resultados positivos não só internacionalmente mas também no âmbito interno, desde que foi constituído, em setembro de 1997, o Grupo Nacional para articular o trabalho das representações das agências no Brasil.

Esta tendência inovadora mereceria ser estudada cuidadosamente pela Chancelaria e pelos demais órgãos brasileiros interessados em cooperação internacional, para eventualmente proporem sua aplicação a outros setores da própria área da saúde ou a outros campos de atividades. Trata-se de um enfoque bastante promissor, que abre perspectivas para um ou mais países juntarem-se a grupos maiores ou menores de organismos multilaterais, segundo as áreas temáticas selecionadas para a cooperação, e formarem uma espécie de consórcios para atender as demandas dos países beneficiários. Esta modalidade de cooperação tem sido pouco explorada até hoje e pode constituir um filão a ser aproveitado tanto pelo Itamaraty quanto pelos órgãos setoriais.

Banco Mundial

O número e os valores envolvidos nos projetos negociados pelo Brasil com o Bird para o setor da saúde nos últimos anos confirmam a tendência do Banco de financiar projetos para a área social, antes não contemplados em seu portfólio.

Em 1990, foi assinado o Projeto Nordeste II, com recursos externos de 217 milhões de dólares, com os objetivos de melhorar o estado de saúde da população rural do nordeste e de apoiar o desenvolvimento institucional do Ministério da Saúde e das Secretaria Estaduais

e Municipais envolvidas. Previa a realização de obras civis e aquisições de equipamentos para melhorar as instalações das unidades de saúde nos municípios selecionados, a prestação de assistência técnica para aperfeiçoar a organização, a gerência e a operação dos serviços e o treinamento de recursos humanos. Sua programação revelou-se muito rígida e foi amplamente reformulada em 1995, tornando-se mais uma fonte de financiamento para custear os serviços rotineiros prestados pelo Sistema Único de Saúde. A alteração comprometeu sensivelmente as finalidades originais do Projeto, mas a experiência acumulada permitiu a negociação dos projetos seguintes em bases mais realistas, de modo a assegurar maior efetividade e melhores resultados.

O Projeto para o Controle de Doenças Endêmicas no Nordeste foi firmado pouco depois, no total de 164 milhões de dólares, dos quais a metade proveniente do Bird. Abrangia mais de mil municípios daquela região, além de algumas localidades do Centro-Oeste e do Sul e continha ações de prevenção e controle, pesquisa operacional e mobilização das comunidades. Os investimentos estavam dirigidos para a melhoria da capacidade de diagnóstico e tratamento das enfermidades, para a montagem de uma rede de laboratórios, para a divulgação de técnicas educativas às populações de risco e para pesquisas relacionadas com várias doenças. O projeto beneficiou uma população de aproximadamente 60 milhões de habitantes e os resultados foram considerados extremamente positivos.

À mesma época, foi assinado o Projeto para o Controle da Malária na Bacia Amazônica, no montante de 145 milhões de dólares, divididos em partes iguais entre o Banco Mundial e o Governo brasileiro. Sua área de atuação compreendeu 650 municípios, com população estimada em 19 milhões de habitantes e as atividades incluíram a incorporação de novas tecnologias para a prevenção da doença, programas educacionais, obras de saneamento e controle nas áreas de maior transmissão, concentrando-se nos grupos mais expostos ao contágio, como garimpeiros, colonos e população indígena.

Em 1994, iniciou-se a execução do Projeto de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, com os objetivos de reduzir o risco de infecção pelo Hiv e de desenvolver a capacidade técnica e gerencial das instituições e unidades de saúde dos três níveis de Governo para monitorar a evolução da doença. Abarca todo o território

nacional e contempla tanto programas conduzidos por instituições governamentais quanto projetos executados por fundações e entidades civis, compreendendo o fornecimento de medicamentos e preservativos, material educativo e instalação de laboratórios e equipamentos. Inclui também ações de prevenção e de orientação para usuários de drogas injetáveis, com recursos do Ministério da Saúde e do Programa das Nações Unidas para o Controle de Drogas (Undcp). O Projeto está em pleno andamento, com resultados parciais satisfatórios, e já se iniciaram conversações para a assinatura de novo contrato de empréstimo para financiar atividades relacionadas com o mesmo tema.

No final de 1996, entrou em efetividade um novo projeto abrangente e inovador, denominado "Reforma do Sistema Único de Saúde", com a participação do Bird e do Bid, no valor inicial de 650 milhões de dólares, e sua implementação está na fase inicial. Outros projetos estão sendo objeto de tratativas preliminares com o Bird, visando o financiamento de atividades relacionadas com a descentralização da assistência às doenças transmissíveis, o fortalecimento do atendimento pré-hospitalar, a melhoria dos serviços nas regiões Norte e Centro-Oeste e o apoio à reforma da formação dos profissionais da saúde.

Esta retrospectiva sumária mostra a intensidade do relacionamento do setor da saúde com o Banco Mundial e a perspectiva de que o volume dos empréstimos nos próximos anos venha a crescer ou pelo menos se manter nos níveis atuais, visto que o Governo brasileiro tem demonstrado interesse em utilizar esses financiamentos para melhorar o desempenho do setor e o Banco tem avaliado positivamente a maneira pela qual o lado brasileiro tem conduzido os projetos.

Vale recordar que o Itamaraty tem uma importante participação no encaminhamento dessas relações, pois como membro da Comissão de Financiamento Externo (Cofiex) pode influir diretamente na decisão de autorizar ou não o início de negociações formais entre o Ministério da Saúde e o Banco e também pode contribuir, com seu apoio político e contatos regulares e freqüentes com a Direção e funcionários do Bird, em Washington, para que as negociações sejam desenvoltas.

Além dos programas dos organismos da ONU e dos projetos das instituições financeiras internacionais, a cooperação multilateral em saúde também se desenvolve através de mecanismos que reú-

nem países em desenvolvimento; um exemplo dessa prática, de particular interesse para o Brasil, é a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (Cplp), em cujo âmbito foram tomando forma várias iniciativas de colaboração em saúde nos últimos anos, algumas delas anteriores à própria constituição formal da Comunidade.

Comunidade de Países de Língua Portuguesa

Em 1994, iniciaram-se os contatos sobre as possibilidades de cooperação em saúde e para a definição de áreas prioritárias, em reunião dos Ministros da Saúde dos sete países paralela à realização da Assembléia Mundial da Saúde. Foram escolhidas como áreas de interesse imediato para o trabalho conjunto o controle de endemias, a saúde mental, a Aids, a vigilância sanitária das doenças preveníveis, o funcionamento dos laboratórios de saúde pública, as zoonoses, os sistemas de informação em saúde e o desenvolvimento de recursos humanos, assim como ficou decidida, por sugestão do Brasil, a realização do encontro seguinte no Rio de Janeiro, alguns meses depois.

Na reunião do Rio, da qual participou o Itamaraty, os ministros inicialmente ressaltaram que a decisão de colaborar em questões sanitárias era importante em si mesma e também representava um fator positivo para impulsionar e dar substância à criação da CPLP, que estava em negociação. A seguir, reiteraram o interesse nos temas selecionados previamente e definiram as diretrizes que deveriam orientar a execução do esforço conjunto.[8]

O Brasil apresentou uma oferta muito abrangente de cooperação, cobrindo as áreas de endemias, saúde mental e Aids. Contemplava atividades de formação de recursos humanos, de vigilância sanitária e de divulgação de publicações técnicas, com uma estratégia de ação politicamente avançada: ao invés de propor "pacotes" fechados, os programas oferecidos eram deliberadamente flexíveis, a fim de permitir ajustes segundo as demandas específicas e mais urgentes de cada país, em conformidade com as diferentes infra-estruturas existentes, as disponibilidades de recursos humanos e as distintas metodologias

[8] Ata Final do II Encontro de Ministros da Saúde dos Países de Língua Oficial Portuguesa. Rio de Janeiro, 12 de agosto de 1994.

usadas por cada país no acompanhamento epidemiológico das doenças. Não foi acompanhada, porém, de garantias da existência de recursos nacionais para financiar as operações, e este elemento se revelou, desde o início das tratativas, um sério complicador para que as ações deslanchassem, persistindo até hoje como um obstáculo para que a cooperação seja mais desenvolta. Em todos os demais aspectos, a oferta brasileira era modelar.

A proposta de cooperação em saúde mental foi apenas esboçada; sua elaboração concluiu-se depois do encontro técnico sobre o assunto realizado em Guiné-Bissau, no início de 1995, e foi apresentada diretamente aos Ministros da Saúde em nova reunião realizada à margem da Assembléia Mundial da Saúde daquele ano. Compreendia ações para prevenir e tratar a violência infantil, a organização de sistema de serviços de assistência e a oferta de vagas para estudantes dos Palops em instituições brasileiras especializadas. Na mesma ocasião, foi reiterada na íntegra a oferta apresentada no Rio.

Ainda em 1995, a Fundação Oswaldo Cruz apresentou ao Fundo Fiduciário Perez Guerrero, administrado pela ONU, um projeto de cooperação para treinar recursos humanos e desenvolver tecnologias nos Palops, a fim de melhorar e expandir o sistema de atenção primária à saúde naqueles países. A concessão dos recursos para financiar a iniciativa foi aprovada em 1997 e a primeira missão realizada em setembro do mesmo ano.

Em 1996, a Agência Brasileira de Cooperação organizou missão de cooperação a Angola e Moçambique, da qual participaram técnicos do Ministério da Saúde das áreas que tinham sido acordadas pelos ministros, os quais repetiram, mais uma vez, o oferecimento inicial. As autoridades angolanas manifestaram sua concordância com o esquema de trabalho proposto, sugerindo apenas ligeiras alterações na área de endemias, enquanto que os moçambicanos preferiram enfatizar a importância de receber cooperação para a capacitação de técnicos de níveis superior e médio, pois este era o ponto central de programa que acabara de ser lançado no país para promover a sua recuperação.

Este, aliás, foi o tema central do III° Encontro de Ministros da Saúde, promovido em conjunto pelo Governo de Portugal e pela Oms em Lisboa, em maio de 1996. Os ministros africanos expressaram interesse em projetos para reforçar a autonomia técnica dos sistemas

de saúde de seus países, tendo como eixo central a formação profissional dos níveis médio e superior, preferivelmente nos próprios países dos candidatos, para reduzir o número de bolsistas treinados no exterior que não retornam às suas pátrias.[9] A prioridade passou a ser, assim, o apoio para a elaboração de políticas e planos para a formação de recursos humanos.

Apesar dessa mudança de ênfase, em nenhum momento os países africanos da CPLP voltaram atrás na boa receptividade que haviam manifestado à primeira oferta brasileira, mesmo com o inconveniente já apontado. Tanto é assim que os especialistas brasileiros da área de saúde mental estão ultimando os preparativos para começar a execução do seu programa no início de 1998, provavelmente custeado pela OMS, que aceitou contribuir com recursos financeiros para sua implementação depois de várias e demoradas negociações. Da mesma forma, está bastante próximo o início das atividades da cooperação em Aids, com recursos da Unaids e do Projeto que o Brasil mantém com o Banco Mundial nesse campo. Já os técnicos da área de endemias, embora continuem dispostos a colaborar, ainda não encontraram uma forma de viabilizar financeiramente o oferecimento apresentado e aceito.

Depreende-se de todo esse processo que por mais democrática e tecnicamente exemplar que tenha sido a proposta original brasileira e por mais promissora que tenha sido a reação inicial dos parceiros, a efetividade da cooperação permanece duvidosa para ambos os lados. Em primeiro lugar por razões financeiras, já que a ausência de recursos nacionais para viabilizá-la, as dificuldades para a obtenção de financiamentos de terceiras fontes e as próprias limitações dos Palops para se empenharem na sua captação parecem não ter sido totalmente superadas; em segundo lugar, pelas circunstâncias políticas daqueles países, ainda submetidos aos efeitos dos recentes conflitos que viveram ou às rivalidades internas que limitam o poder de decisão dos governantes; por último, pela reduzida capacidade técnica e precária infra-estrutura disponíveis nos Palops, que prejudicam a absorção de formas mais elaboradas de colaboração. O resultado dessa combinação adversa de fatores é um perceptível desgaste político para quem

[9] Relatório Final da Consulta Internacional sobre Recursos Humanos para a Saúde dos Países Africanos Lusófonos, Lisboa, 13 a 15 de maio de 1996.

tomou a iniciativa de propor atividades reconhecidamente necessárias para aquêles países, uma vez que, depois de três anos de apresentadas, elas ainda não produziram benefícios condizentes com as expectativas despertadas.

Para transformar essa conjuntura pouco favorável e dar-lhe uma perspectiva mais promissora, parece essencial admitir, pelo menos para os casos de países com as características dos Palops, o esgotamento da estratégia de tentar viabilizar a implementação da cooperação por meio de operações triangulares, em que um dos co-partícipes assumiria a responsabilidade total ou parcial pelo financiamento das atividades, hoje ainda vigente. A ABC tem diligentemente procurado alternativas para essa sistemática, como a criação do Fundo Brasileiro de Cooperação, em parceria com a OEA, mas parece inevitável cogitar de uma solução que lhe dê mais autonomia de ação, cujo ponto central seria considerar a cooperação como um investimento, com repercussões políticas positivas, e não mais como um gasto. Uma possibilidade a ser ponderada nos níveis decisórios competentes seria a criação de um Fundo para Cooperação Internacional, administrado pelo Itamaraty e constituído com dotações orçamentárias específicas, inclusive com a participação de órgãos setoriais que habitualmente oferecem e recebem colaboração externa, de modo a instrumentalizar mais apropriadamente uma vertente importante e tradicional da atuação diplomática brasileira.

Em síntese, o sucesso ou o fracasso da cooperação brasileira aos Palops em matéria de saúde afetará os interesses diplomáticos do país, pois faz parte das diretrizes da nossa política externa, como se sabe, promover o desenvolvimento de relações amistosas e estreitas com aquêles países, e, nessas condições, justifica-se uma atuação concertada de todos os atores envolvidos para assegurar que as iniciativas brasileiras nesse campo específico sejam bem-sucedidas e rendam tanto os dividendos diplomáticos como os resultados técnicos esperados.

Nas páginas seguintes, serão abordados os principais tópicos e tendências recentes do tratamento dos temas da saúde em diversas instâncias regionais e sub-regionais, a começar pela Organização Pan-Americana de Saúde, que é o único organismo hemisférico a ocupar-se exclusivamente de questões sanitárias.

4.3. Os foros regionais e sub-regionais

Organização Pan-Americana da Saúde

Em seu relatório anual de 1996, a Opas registrou os consideráveis progressos obtidos recentemente na região quanto à redução das taxas de mortalidade infantil e à elevação da expectativa de vida, ao mesmo tempo em que afirmou que as doenças infecciosas continuam sendo uma causa significativa da morbidade e mortalidade na maioria dos países. Assinalou também que o crescimento da cobertura de vacinação das crianças foi um dos maiores triunfos da região na década de 90, mas advertiu que a violência, especialmente em ambientes domésticos, passou a constituir um dos mais graves problemas de saúde pública nas grandes cidades das Américas. Destacou, ainda, que houve um aumento expressivo das doenças crônicas e degenerativas.[10] O perfil sanitário da região traçado pela Organização mostra, em suma, contrastes marcantes entre conquistas e problemas e este contexto levou a Opas a considerar como prioridade central de suas "Orientações Estratégicas e Programáticas" para o período 1995-98 a superação das desigualdades de acesso e de cobertura dos serviços sanitários.

As atuais condições da saúde no Brasil não são muito diferentes do resto da região, pois têm como características principais a queda progressiva das doenças infecciosas e a ascensão das doenças crônico-degenerativas como fator de mortalidade, ao mesmo tempo em que vem ocorrendo um aumento significativo da esperança de vida ao nascer e uma redução das taxas de fecundidade, que conduzem ao envelhecimento da população. Persistem ainda as altas taxas de mortalidade infantil e tem aumentado a incidência da violência e dos acidentes como causas de morte em centros urbanos. O funcionamento do sistema de serviços, por outro lado, tem inconsistências que acentuam as diferenças sócio-econômicas e regionais.[11] Essas circunstâncias fazem com que as autoridades brasileiras coincidam com a avaliação da Opas de que a função central do setor da saúde é a de contribuir

[10] Informe Anual del Director de la Organización Panamericana de la Salud, Documento Oficial nº 283, Washington, 1997.

[11] Documento do Ministério da Saúde, "Informe sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil", Brasília, Setembro 1995.

para a redução e superação das desigualdades.

Tendo esse quadro como referência, a Opas decidiu, em conjunto com os seus países-membros, que suas ações no período 1995-98 devem seguir cinco orientações estratégicas, que constituem um guia a respeito do que a Organização pretende fazer para cooperar tecnicamente com os países e para estimular a cooperação entre eles. São elas: saúde no desenvolvimento; promoção e proteção da saúde; desenvolvimento de sistemas de saúde; perigos ambientais e seus efeitos sobre os níveis de saúde; e prevenção e controle de doenças.

As principais áreas de trabalho da Organização ao tratar da "Saúde no Desenvolvimento" têm sido a discussão e o acompanhamento dos temas de saúde nos processos de integração sub-regional, envolvendo questões como o estabelecimento de normas e padrões comuns para os Estados-Partes na área de produtos para a saúde ou as tratativas e dificuldades para a harmonização de legislações e regulamentos técnicos que afetam o setor da saúde. Outros aspectos considerados nessa categoria de trabalho são a promoção do desenvolvimento científico e tecnológico regional em matéria de saúde, – abrangendo tópicos como a integração dos processos de produção e distribuição de conhecimentos científicos na região, – a promoção de pesquisas, – especialmente o fortalecimento da capacidade regional de produção de vacinas, – e a montagem de uma rede coordenada para a compilação e difusão de informações científicas e técnicas no campo da saúde.

No que se refere ao "Desenvolvimento de Sistemas de Serviço de Saúde", as áreas que estão sendo trabalhadas dizem respeito à promoção da eqüidade e do acesso universal à assistência de saúde, privilegiando o estudo e o debate sobre a formulação e implantação de sistemas de saúde locais eficientes e inovadores, apoio a políticas sobre medicamentos, assistência para a organização, modernização e financiamento de redes de serviços de laboratório clínico e de diagnóstico e a prestação de assessoria para a reformulação dos sistemas de formação dos profissionais da saúde.

As áreas de trabalho mais importantes da "Promoção e Proteção da Saúde" estão dirigidas à proteção dos grupos de alto risco, à reorganização dos serviços de saúde para atenção de doenças crôni-

cas e à proteção do público contra as doenças associadas a maus hábitos alimentares e às deficiências nutricionais mais comuns na região. A área de trabalho relacionada com a "Proteção e Desenvolvimento Ambiental", por sua vez, compreende o apoio à formulação de políticas e modelos de serviços de saneamento básico e de abastecimento de água, assim como a realização de estudos para a determinação de normas que evitem ou diminuam problemas de saúde causados por fatores ambientais. Finalmente, na área de "Prevenção e Controle de Doenças", as principais linhas de trabalho da Organização são no sentido de fortalecer os programas de combate a enfermidades antigas, emergentes ou reemergentes.[12]

Como o detalhamento das ações de cada uma dessas áreas de trabalho é discutido nas sessões do Conselho Executivo da Organização, os membros desse foro consideraram, em 1996 e 1997, entre outros temas, os Planos Regionais sobre violência e saúde, sobre investimentos em saúde e meio ambiente, sobre a erradicação do vetor da dengue, sobre saúde dos adolescentes e sobre nutrição, além de examinarem assuntos como Aids, saúde mental, vacinas e doenças não transmissíveis.[13]

No caso do Brasil, os principais projetos a serem desenvolvidos com apoio da OPAS, cobrem as áreas de saúde ambiental, medicamentos essenciais, proteção dos alimentos, desenvolvimento de recursos humanos, malária, saúde materno-infantil, nutrição, doenças transmissíveis, diabetes e promoção da saúde, no valor total de aproximadamente 11 milhões de dólares. Em uma avaliação conjunta do Ministério da Saúde e da Opas realizada em 1996, todos os participantes concluíram que os programas desenvolvidos pela Organização são compatíveis com as áreas consideradas mais importantes internamente.[14]

O conjunto de atividades previsto pela Opas foi também cotejado com o Programa de Ações e Metas Prioritárias lançado pelo

[12] Documento da OPAS, "Orientações Estratégicas e Programáticas 1995-98", Documento Oficial nº 269, Washington, 1995.

[13] Documentos da OPAS, "Programa de temas de la 118ª Reunión del Comité Ejecutivo", CE 118/1, Rev 2, Washington, junho de 1996 e "Programa de temas de la 120ª Reunión del Comité Ejecutivo", CE 120/1, Rev 3, Washington, junho de 1997.

[14] Informe Final de la Reunión de Evaluación Conjunta de la Cooperación de la OPS/OMS en Brasil, Brasília, 6-8 de março de 1996.

Ministério da Saúde em março de 1997 e novamente foi evidenciada a afinidade dos conteúdos dos dois documentos.[15] Em linhas gerais, portanto, as ações que estão sendo desenvolvidas pelo setor da saúde no Brasil são condizentes com as orientações e metas estabelecidas pela Opas, que tem apoiado muitas das iniciativas em andamento. A colaboração inclusive intensificou-se no segundo semestre de 1997, quando o Ministério da Saúde decidiu delegar à Organização a compra de vacinas para suprir a demanda do Programa Nacional de Imunização, ao invés de adquirí-las diretamente de fornecedores internacionais, como vinha fazendo anteriormente.

O bom entrosamento também se deve à ativa participação do Brasil nos trabalhos da Organização, a começar pelo fato de que o médico brasileiro Carlyle Guerra de Macedo foi o seu Diretor durante doze anos, tendo deixado o cargo no final de 1994, além do número expressivo de especialistas brasileiros que ocupam cargos técnicos no Secretariado. As contribuições brasileiras para a Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Meio Ambiente, realizada em 1995, e para a Reunião Especial sobre Reforma do Setor da Saúde, no mesmo ano, serviram para reforçar as boas relações entre a Organização e o Governo brasileiro e convém recordar, ainda, que tradicionalmente o Brasil é indicado pela Opas para representar a região no Programa de Doenças Tropicais da Oms e que esta praxe foi confirmada mais uma vez em 1997, com o apoio do Itamaraty, que realizou gestões junto aos Governos da região para conseguir o apoio necessário à candidatura.

Do ponto de vista político, os Ministros da Saúde brasileiros têm participado sistematicamente das reuniões anuais do Conselho Diretor da Opas e apresentado propostas substantivas para o encaminhamento dos trabalhos.

O elevado grau de simetria existente entre os programas da Opas e as ações prioritárias do Ministério da Saúde brasileiro, bem como as boas relações políticas do Brasil com a Organização demonstram que as perspectivas para um trabalho conjunto são favoráveis. O acompanhamento diplomático dos trabalhos da Organização é que poderia ser intensificado, através de um trabalho prévio e integrado com os órgãos setoriais brasileiros, de modo que o Itamaraty aproveite me-

[15] Documento do Ministério da Saúde, "Ações e Metas Prioritárias", Brasília, março de 1997.

lhor algumas oportunidades disponíveis para ampliar sua interlocução com outros Estados da região, sobretudo com os países limítrofes. A participação regular de diplomatas, devidamente instruídos, nas reuniões dos diferentes programas e comitês da Opas em Washington, às quais o Ministério da Saúde nem sempre pode enviar representante, teria as vantagens de propiciar a obtenção de dados e informações que seriam transmitidas às autoridades nacionais da saúde através da Secretaria de Estado, municiando-as com elementos para a definição de posições futuras e contribuindo também para incorporar a vertente da saúde na agenda diplomática brasileira. Evitar-se-ia, assim, que o Ministério da Saúde desenvolva sozinho, como vem fazendo hoje, uma espécie de "diplomacia regional de saúde", nem sempre afinada com as linhas gerais e estratégicas da política externa.

Cúpula das Américas

A Cúpula das Américas confirmou a relevância que os Governos da região atribuem aos temas sanitários, como se pode constatar pelos resultados das deliberações que tiveram lugar durante a reunião de Chefes de Estado e de Governo do hemisfério realizada em Miami em dezembro de 1994. Na Declaração de Princípios adotada, os Governantes assumiram um conjunto de compromissos relativos à preservação e fortalecimento das democracias nas Américas, à promoção da prosperidade, à erradicação da probeza e à garantia do desenvolvimento sustentável, e, dentre as medidas para eliminar a miséria, manifestaram a obrigação de trabalhar individual e coletivamente para melhorar o acesso da população aos cuidados básicos de saúde, estalecendo no Plano de Ação aprovado os passos a serem seguidos para cumprir esse objetivo.

Os compromissos nessa área compreendem o apoio a um conjunto abrangente de iniciativas, dentre as quais a redução da mortalidade infantil; a adoção de um pacote básico de serviços clínicos preventivos e de saúde pública; a prevenção do Hiv/Aids; a ampliação das imunizações; o desenvolvimento de serviços comunitários de saúde; o aperfeiçoamento e a ampliação da infra-estrutura de saúde pública; a realização de estudos sobre meios alternativos de financiamento, gestão e prestação de serviços; e a ampliação dos programas de combate

a endemias e a doenças transmissíveis. No apêndice do documento, há um chamamento categórico para o Banco Inter-Americano de Desenvolvimento apoiar as atividades especificadas no Plano de Ação, tendo em conta, inclusive, as políticas acordadas por ocasião do aumento do seu capital, que acabava de ser aprovado.[16]

Em seguimento a essas recomendações, a Opas, na qualidade de agência coordenadora da execução das decisões atinentes à saúde, promoveu reunião em Washington, com a participação dos Governos e das agências de cooperação, na qual foram definidas as mudanças que devem ser feitas na organização, na gestão e no financiamento do setor e acordadas as modalidades de cooperação para que elas sejam implementadas. Trata-se de uma reforma com amplas repercussões, que vem ganhando espaço político inclusive nas campanhas eleitorais da região e que contém uma ampla gama de possibilidades para colaboração entre os países e destes com os organismos internacionais. O Brasil indicou como temas prioritários para receber cooperação nesse campo o apoio à recuperação da capacidade operativa da rede de serviços, à melhoria do seu gerenciamento, aos programas de redução da mortalidade infantil e de prevenção de doenças transmissíveis, ao aperfeiçoamento do controle sobre os riscos ambientais para a saúde e à melhoria do sistema de vigilância sanitária de alimentos e de outros produtos para a saúde[17].

Também em continuidade às decisões da Cúpula de Miami, realizou-se a Conferência Pan-Americana sobre Saúde, Meio Ambiente e Desenvolvimento, (Copasad), em Washington, em setembro de 1995, com os objetivos de fazer um balanço dos progressos e obstáculos identificados pelos países das Américas para a implementação do componente relativo à saúde da Agenda 21 e de aprovar um Plano Regional sobre essa matéria. Coordenada pelo Ministério da Saúde, a preparação brasileira para a Copasad seguiu os padrões dos preparativos para as conferências da agenda social da ONU, com a realização de seminários para a discussão dos temas da Conferência com os demais órgãos governamentais, inclusive o Itamaraty, e com entidades da

[16] Cúpula das Américas, Declaração e Plano de Ação, Miami, 9-11 de dezembro de 1994.

[17] Documento do Ministério da Saúde, "Informe sobre a reforma do setor saúde no Brasil", Brasília, setembro de 1995.

sociedade civil, resultando das consultas um documento de diagnóstico e conceitual que foi muito bem acolhido no evento e que pode servir como uma referência básica para a elaboração de um Plano Nacional sobre o assunto, providência esta, aliás, recomendada pela própria Conferência.[18]

Ainda em cumprimento às recomendações de Miami, realizou-se em novembro de 1996, em Santa Cruz de la Sierra, a Conferência de Cúpula sobre o Desenvolvimento Sustentável. Ao definirem os elementos que deveriam constar do "Plano de Ação para o Desenvolvimento Sustentável das Américas", adotado ao final do evento, os Chefes de Estado e de Governo indicaram como itens essenciais a promoção do acesso equitativo e efetivo aos serviços básicos de saúde, a garantia de níveis adequados de nutrição, o aumento da segurança alimentar e a ampliação dos serviços de abastecimento de água potável.[19] O Plano de Ação, por sua vez, enumera uma série de iniciativas a serem empreendidas pelos Governos, com apoio internacional, que dizem respeito ao campo da saúde, a saber:

Iniciativa 1 – fortalecer os programas de ampliação de acesso à água segura e potável, de controle e melhoria da qualidade do ar e de melhoria da saúde, a fim de reduzir as taxas de mortalidade e de morbidade infantil e materna;

Iniciativa 2 – reforçar os programas nacionais e aquêles promovidos pela Opas para o controle de enfermidades infecto-contagiosas emergentes e reemergentes;

Iniciativa 3 – promover a cooperação e o intercâmbio de informações sobre políticas nacionais voltadas para a redução dos efeitos dos problemas ambientais sobre a saúde;

Iniciativa 4 – melhorar a cobertura e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população, com ênfase especial nos cuidados básicos para os grupos mais vulneráveis;

Iniciativa 6 – incorporar aos planos nacionais de desenvolvimento a melhoria da capacidade de resposta imediata a surtos de

[18] Documento do Ministério da Saúde, "Plano Nacional de Saúde e Ambiente, Diretrizes para Implementação", Brasília, julho de 1995.

[19] Declaração e Plano de Ação de Santa Cruz de la Sierra, documento da OEA GT/CCDS – 51/96 rev. 2, de 26 de novembro de 1996.

enfermidades;

Iniciativa 32 – promover a segurança ambiental nos locais de trabalho;

Iniciativa 39 – impulsionar a cooperação técnica e financeira internacional, inclusive a cooperação horizontal, para a execução de programas de sanamento ambiental.

Paralelamente às medidas que vêm sendo tomadas por países e organismos internacionais para a execução das recomendações de Miami, já foram iniciados os preparativos para a próxima Cúpula, programada para realizar-se em Santiago do Chile, em abril de 1998. A fim de assegurar que os temas da saúde tenham o devido destaque, a Opas propôs algumas iniciativas a serem consideradas pelos Chefes de Estado e de Governo quando examinarem o tema mais amplo da "erradicação da pobreza e da discriminação no hemisfério". O objetivo é incluir no documento final de Santiago compromissos dos Governos no sentido de promoverem ações conjuntas para assegurar a qualidade, a segurança e a eficácia dos medicamentos, particularmente daqueles considerados essenciais; apoiarem iniciativas regionais para incentivar a pesquisa, o desenvolvimento, a produção e a utilização, até o ano 2002, de vacinas tecnologicamente avançadas; estimularem o desenvolvimento e a implementação de sistemas nacionais e regionais de informações e de vigilância sanitária com tecnologias modernas; colaborarem para o desenvolvimento e a aplicação de tecnologias novas, apropriadas e de baixo custo, com vistas a aumentar o fornecimento de água potável e de saneamento básico. Essas ações serão executadas através da cooperação bilateral e multilateral e com o apoio financeiro do Bird e do Bid, entre outras instituições financeiras internacionais.

De uma forma geral, portanto, as perspectivas geradas pela Cúpula das Américas na área da saúde parecem extremamente positivas. Por um lado, o evento incluiu os temas sanitários na agenda de trabalho dos governantes do continente, mostrando a sintonia da região com a tendência internacional mais geral de atribuir importância crescente a esses tópicos nas relações entre os países. Criou espaços de interlocução entre eles até agora pouco explorados e definiu temas atuais e importantes para a cooperação, inclusive pelas suas repercussões políticas internas. Por outro lado, a importância diplomática do

mecanismo é reconhecida por todas as Chancelarias e, naturalmente, pelo Itamaraty, que tem acompanhado criteriosamente a execução das decisões tomadas e participado regularmente das reuniões do grupo encarregado do monitoramente das ações. As condições, portanto, são favoráveis para a realização de um trabalho coordenado entre diplomatas e especialistas do setor da saúde, que espontaneamente já começou a ser ensaiado, mas que ainda poderá ser mais intensificado no futuro.

Área de Livre Comércio das Américas

A Cúpula das Américas também definiu a meta de ser negociada, até 2005, a constituição de uma "Área de Livre Comércio das Américas". Os preparativos para lograr tal objetivo foram iniciados na Iª Reunião de Ministros Responsáveis pelo Comércio no Hemisfério, realizada em Denver, em junho de 1995, quando foram constituídos sete grupos de trabalho, depois reformulados, e definidos os mandatos de cada um, de maneira que pudessem começar a produzir os subsídios para o futuro processo negociador. De modo geral, as atribuições de cada grupo de trabalho consistem em identificar e examinar, em suas respectivas áreas de competência, as medidas relacionadas com o comércio vigentes nos países, a fim de sugerir possíveis enfoques para o desenvolvimento das negociações, que deverão ter início por ocasião da próxima Cúpula.

Dos grupos criados, dois lidam com assuntos que afetam o setor da saúde, a saber: o GT sobre Medidas Sanitárias e Fitossanitárias e o GT sobre Normas e Barreiras Técnicas ao Comércio. O primeiro, presidido pelo México, realizou quatro reuniões até o final de 1997 e está procedendo ao exame dos métodos de análise de risco sanitário e fitossanitário utilizados no hemisfério. O grupo se propõe a servir de foro para o intercâmbio de informações, para divulgar os dispositivos do Acordo da Omc sobre a mesma matéria, para promover e facilitar o processo de harmonização e de adoção de normas sanitárias e fitossanitárias no hemisfério, consultar organismos especializados para atender a demandas específicas dos países, estimular os países do hemisfério a cumprir as diretrizes internacionais sobre o assunto, incentivar os integrantes da Alca a notificarem à Omc as medidas adotadas

nesse campo e promover programas de capacitação e assistência técnica com o apoio de organizações hemisféricas e internacionais.[20] Como o tema "saúde humana" foi expressamente considerado fora da competência do Grupo, o acompanhamento dos seus trabalhos vem sendo realizado primordialmente pelo Itamaraty e pelo Ministério da Agricultura e apenas subsidiariamente pelo Ministério da Saúde, que reconhece a importância e as conseqüências do tema sobre o setor mas não tem conseguido viabilizar, nesse estágio inicial dos preparativos, a presença de seus representantes nas reuniões. O Itamaraty tem fornecido constantemente informações sobre o andamento dos preparativos e enviado convites para que o Ministério da Saúde participe de todos os encontros, internos e externos, o que certamente ajuda para que as autoridades sanitárias venham a mobilizar-se mais no futuro.

O Grupo de Trabalho sobre Normas e Barreiras Técnicas ao Comércio, presidido pelo Canadá, concluiu o inventário de práticas nacionais sobre padrões e regulamentações técnicas que influem no comércio do hemisfério e começou a trabalhar, no segundo semestre de 1997, em um conjunto de ações que tem como principal referência o Acordo de Barreiras Técnicas da Omc, conforme proposta apresentada pelo Mercosul e aprovada pela reunião de Ministros em Belo Horizonte, em maio de 1997. Também nesse grupo a participação do Ministério da Saúde tem sido discreta, embora tenha consciência de que as decisões que venham a ser aprovadas nesse âmbito afetarão o setor.

Trata-se, enfim, de um processo que se inicia, do qual as autoridades sanitárias tencionam participar mais intensamente à medida que forem amadurecendo as deliberações, pois não desconhecem a importante influência que a Alca exercerá sobre o setor.

Mercosul

Nos termos do Tratado de Assunção, que constituiu o Mercosul, em 1991, e do Cronograma de Las Leñas, que determinou as prioridades de trabalho até o final de 1994, os temas de saúde eram tratados no Sub-Grupo de Trabalho III, então denominado de "normas

[20] Cfe. Minuta de la IV Reunión del Grupo de Trabajo sobre Medidas Sanitarias y Fitosanitarias del ALCA, México, 21-23 de enero de 1997.

técnicas", particularmente em duas de suas comissões temáticas: a de "alimentos" e a de "produtos para a saúde", esta última sub-dividida nos comitês de medicamentos, de cosméticos, de produtos médicos, de saneantes e de psicotrópicos/entorpecentes. A única preocupação em relação às questões sanitárias nesse período era a de estabelecer os regulamentos técnicos que deveriam reger o comércio dos produtos de interesse da saúde.

Com a adoção do Protocolo de Ouro Preto para regular o funcionamento do Mercosul como união aduaneira, em 1° de janeiro de 1995, foram criadas instâncias para tratar de novas áreas temáticas, e, ao mesmo tempo, os Estados-Partes foram percebendo que a abrangência dos assuntos sanitários era mais ampla do que havia sido originalmente pensado e que as deliberações de várias outras instâncias também incidiam sobre o setor. Em decorrência dessa evolução, o tratamento dos temas de saúde foi se expandindo e hoje as questões sanitárias são examinadas fragmentadamente em diversos foros, cujas pautas de negociação abrangem, direta ou indiretamente, seus diferentes aspectos.

No âmbito do Grupo Mercado Comum (GMC), quatro subgrupos de trabalho lidam com temas de saúde, a saber: o de regulamentos técnicos (antes denominado de normas técnicas), o de agricultura, o de assuntos trabalhistas, emprego e seguridade social e o de meio ambiente. Os trabalhos da Comissão de Alimentos do Sub-Grupo de Regulamentos Técnicos têm se desenvolvido com um ritmo moderado, pois já conseguiu negociar e ver aprovada por resoluções do GMC a harmonização de um número expressivo de leis, regulamentos e normas, mas ainda continua pendente de harmonização um vasto conjunto de regulamentos técnicos.[21]

Portanto, apesar dos progressos obtidos até agora, os especialistas dos quatro países admitem que a tarefa a cumprir é trabalhosa e demorada, não só pela complexidade natural dos temas, mas também pela disparidade das legislações e pelas pressões a que estão submetidos, uma vez que o comércio de alimentos é um dos ítens de peso considerável na pauta de exportações e importações intra Mercosul,

[21] Prieto, Cynthia Maria. "La Participación de la Salud en el MERCOSUR. Informe para la Reunión de Ministros de Salud del Cono Sur" – Asunción, janeiro de 1996.

movimentando valores bastantes elevados. Um elemento complicador adicional é o fato de que nenhum dos Estados-Partes definiu com precisão e clareza os limites das atribuições dos diferentes órgãos governamentais que se ocupam internamente dessa matéria, o que gera discordâncias e competições que acabam se refletindo no processo negociador quadripartite. Todos esses fatores têm influído para que ocorram, vez por outra, divergências e impasses nas negociações, sob a alegação de que as exigências de um ou outro país poderiam configurar barreiras técnicas ao comércio ou serviriam de pretexto para práticas desleais de comércio; algumas dificuldades também têm acontecido devido às posições contraditórias que às vezes são assumidas por delegados de um mesmo país que representam instituições nacionais com opiniões diferentes sobre um mesmo tema.

Para atenuar as inflexibilidades e sugerir fórmulas para a construção de consensos que façam avançar os entendimentos, assim como para evitar que certas controvérsias venham a repercutir negativamente no andamento do próprio processo de integração, é oportuna uma ação coordenada entre as Chancelarias e os técnicos dos vários órgãos nacionais envolvidos. No caso do Brasil, este trabalho já vem sendo feito, tanto por iniciativa da coordenação nacional do sub-grupo (o Inmetro, do Ministério da Indústria, do Comércio e do Turismo) quanto do Itamaraty, que têm promovido reuniões para concertar as posições internas e para definir em conjunto as linhas de atuação mais apropriadas, sempre que necessário. Esta prática, porém, poderia sistematizar-se e repetir-se antes de cada rodada de discussões quadripartites.

Na Comissão de Produtos para a Saúde, do mesmo Sub-Grupo, a situação geral é bastante similar, pois já foi possível harmonizar, até o momento, um número apreciável de regulamentos sobre o registro de empresas, sobre a inspeção de estabelecimentos e sobre os requisitos para a comercialização de muitos produtos, mas o rol de assuntos pendentes ainda é imenso e abrange desde as normas para controle de medicamentos e registro de produtos até as regras para o funcionamento de laboratórios e para a fabricação de vacinas. As negociações em curso nos vários comitês especializados nem sempre conseguem avançar com rapidez, tanto em razão das diferenças das legislações e das posturas dos países quanto pelas implicações econômico-comerciais dos temas em exame. A principal tensão que se tem obser-

vado decorre do antagonismo entre uma concepção condescendente e outra rigorosa a respeito dos requisitos para registro e comercialização de produtos novos e, freqüentemente, as discussões ultrapassam os aspectos científicos da questão e ganham nítidos contornos de política comercial. Trata-se, enfim, de um assunto delicado que, pelos interesses em jogo, deveria ser conduzida integradamente pelas áreas da saúde, da indústria e comércio e diplomática, que será examinado mais detidamente no capítulo seguinte.

Os demais sub-grupos do GMC que têm nas suas respectivas áreas de trabalho alguns tópicos de interesse do setor da saúde são: o de "Agricultura", pois procura harmonizar legislações e normas relativas às boas práticas de fabricação de produtos de origem animal e vegetal, compatibilizar os sistemas de inspeção e certificação de estabelecimentos agro-industriais e os padrões de qualidade desses produtos, e todos esses temas têm vinculações estreitas com os níveis de saúde da população; o Sub-Grupo sobre "Assuntos Trabalhistas, Emprego e Seguridade Social", pois compete a esse foro, por um lado, considerar questões relativas ao exercício das profissões no âmbito do Mercosul, inclusive para os diferentes profissionais da área da saúde, e, por outro, cabe-lhe negociar acordos para definir regimes de atendimento de saúde que beneficiem os cidadãos dos quatro países, com conseqüências diretas sobre cada sistema nacional; finalmente, o Sub-Grupo sobre meio ambiente, cujo mandato inclui a promoção do saneamento ambiental, com reflexos importantes para o setor da saúde.

Na estrutura da Comissão de Comércio do Mercosul (Ccm), dizem respeito à saúde, ainda que indiretamente, as negociações dos Comitês Técnicos sobre Tarifas, Nomenclaturas e Classificação de Mercadorias, sobre Defesa do Consumidor e sobre Assuntos Aduaneiros. O primeiro analisa e determina a atualização da Tarifa Externa Comum (Tec) e propõe as modificações consideradas necessárias, podendo incidir sobre a saúde ao definir aberturas tarifárias para bens não produzidos no Mercosul consumidos pelo setor, como medicamentos. O segundo recebeu a incumbência de elaborar um projeto de Regulamento Comum para a defesa do consumidor, do qual constam cinco artigos a respeito da proteção da saúde, e este é um assunto com um nível não desprezível de dificuldades, uma vez que o Brasil é o país que dispõe do Código mais completo e avançado, considerado interna-

mente como uma conquista política importante, e a enorme diferença de seu conteúdo em relação às legislações equivalentes dos demais países é um elemento de controvérsias freqüentes. Quanto ao Comitê de Assuntos Aduaneiros, as vinculações com a saúde se referem às normas de inspeção e fiscalização nas fronteiras de mercadorias utilizadas pelo setor.

O Grupo *Ad-Hoc* de Serviços, por sua vez, tem a função de elaborar um projeto de acordo marco sobre serviços e seu trabalho inclui a normatização de serviços de hospitais, de médicos e de outros profissionais da saúde; a Reunião Especializada de Ciência e Tecnologia, por fim, pretende desenvolver na área da saúde a padronização de procedimentos de pesquisa de vacinas e de novas tecnologias para sua produção, assim como normas para o funcionamento de laboratórios de bio-segurança que trabalham com doenças novas emergentes e reemergentes e a harmonização de requisitos para pesquisas em seres humanos.

Diante do tratamento disperso dos temas da saúde no Mercosul e da conscientização de que, nessas condições, provavelmente os interesses da saúde pública corriam o risco de ficar relegados a um segundo plano, o Ministério da Saúde propôs, no segundo semestre de 1995, a criação de um sub-grupo específico para se ocupar dos temas da saúde, com o objetivo de incorporar, na maior medida possível, os seus múltiplos aspectos.

Após consultas com o Itamaraty sobre a pertinência e a viabilidade política da idéia, o assunto foi amplamente discutido em um foro que havia sido criado há pouco: a Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul. A iniciativa em si prosperou sem maiores dificuldades, mas gerou diferenças de opinião a respeito do alcance da competência do sub-grupo a ser constituído. A sugestão brasileira era transferir na íntegra para o sub-grupo proposto as competências das duas comissões do SGT III já comentadas e incluir na sua pauta negociadora temas tipicamente sanitários que não eram considerados por nenhuma outra instância do Mercosul. Esta proposta foi aceita com algumas ressalvas pelos demais países[22], mas a criação do sub-grupo foi finalmente

[22] Acordo nº6/96 da Reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL e anexos, Brasília, 2 de outubro de 1996.

aprovada na reunião de dezembro de 1996 do GMC,[23] que se mostrou sensível à falta de convicção a respeito dos limites precisos do mandato a ser outorgado ao novo sub-grupo e delegou à Reunião de Ministros (Rms) a tarefa de definir, de forma conclusiva, suas pautas negociadoras.

Reiniciadas as conversações sobre o assunto no âmbito da Rms, o frágil consenso que havia sido obtido anteriormente manteve-se em relação a quase todas as áreas temáticas, mas a de alimentos suscitou longas e penosas discussões internas e nas reuniões quatripartites, constituindo o único e insuperável entrave, até o final de 1997, para que o sub-grupo comece a funcionar. Para determinar precisamente a extensão da competência do sub-grupo em matéria de alimentos, várias alternativas foram infrutiferamente tentadas e, diante da necessidade de desbloquear o assunto, começou a ser considerada, em fins de 1997, a hipótese, ainda em bases muito preliminares, de criação de um foro para tratar exclusivamente desse tema. O prazo que havia sido concedido à Reunião de Ministros da Saúde para concluir a definição das competências do que seria o Sub-Grupo da Saúde há muito tempo se esgotara sem uma solução conciliatória e essa matéria encontra-se ainda pendente, gerando visíveis desgastes diplomáticos, embora as negociações técnicas na Comissão de Alimentos não tenham sido interrompidas.(*)

A Reunião de Ministros da Saúde, por sua vez, foi criada em agosto de 1995 como um foro para promover o delineamento conjunto de macro-políticas na área da saúde[24] e na área da saúde e tem conseguido avançar na implementação do Plano de Trabalho que elaborou, incluindo a consideração de temas como atendimento de saúde nas áreas de fronteira, intercâmbio de sistemas de informação em saúde, utilização de tecnologia e cooperação com organismos extra-zona.

Sem desconhecer o papel dos coordenadores nacionais dos vários sub-grupos, o Itamaraty tem participado diretamente de todo o processo descrito acima, através de contatos freqüentes com o Ministério da Saúde e outros órgãos setoriais, a fim de transmitir informa-

[23] Resolução nº 151/96 do Grupo Mercado Comum do Mercosul, Fortaleza, dezembro de 1996.

[24] Resolução nº 20/95 do Grupo Mercado Comum do Mercosul.

*Em 8/5/199, a Resolução 4/98 do Grupo Mercado Comum aprovou as pautas negociadoras do Subgrupo da Saúde, que realizou sua primeira reunião em Buenos Aires em Julho do mesmo ano.

ções sobre as tendências do contexto político-diplomático em que se insere cada uma das sucessivas reuniões e também para orientar os técnicos a respeito das estratégias de negociação mais adequadas às circunstâncias de cada rodada de conversações, além de coordenar a atuação das delegações durante as discussões quadripartites. Este trabalho integrado tem sido valorizado pelas autoridades sanitárias e tem reflexos positivos sobre a execução de uma política externa que prioriza a integração com os demais parceiros do Mercosul. As perspectivas para o prosseguimento dessa atuação coordenada são, portanto, positivas e as possibilidades tendem evidentemente a crescer, à medida que a integração progredir.

Tratado de Cooperação Amazônica

Resultado da decisão dos Governos da Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Guiana, Peru, Suriname e Venezuela de institucionalizarem e orientarem o processo de cooperação na Amazônia e de unirem os seus esforços para promover um desenvolvimento harmônico na região, o Tratado de Cooperação Amazônica (TCA), firmado em 1978, estabeleceu como áreas de ação imediata a saúde, o meio ambiente, a ciência e a tecnologia, os transportes, o turismo, os recursos hídricos e os assuntos indígenas, que deveriam ser promovidas através de cooperação técnica científica e tecnológica, bilateral e multilateral.[25]

A fim de operacionalizar a cooperação nessas áreas, o TCA previa a criação de comissões especiais[26] e, das cinco existentes hoje, uma dedica-se especificamente às questões sanitárias: a Comissão Especial de Saúde da Amazônia (Cesam). Foi criada em março de 1988 como órgão de coordenação do Conselho de Cooperação Amazônica, instituído pelo TCA para acompanhar a implementação do Tratado.

Os objetivos da Cesam são os de incentivar, coordenar e supervisionar a execução dos programas adotados pelos países-membros do Tratado no campo da saúde e atuar como mecanismo de capta-

[25] Tratado de Cooperação Amazônica, assinado em Brasília em 3 de julho de 1978.

[26] Idem, artigo 28.

ção de recursos financeiros junto a fontes internacionais, assim como coordenar a aplicação dos fundos obtidos.[27] Suas atribuições incluem a definição de áreas prioritárias para o trabalho conjunto, a seleção de estratégias e de ações para realizá-lo, a elaboração de estudos que contribuam para a melhoria das condições de saúde da região amazônica, o acompanhamento da execução de programas e projetos e a divulgação de informações a respeito das ações de saúde desenvolvidas por cada um dos países.

Inicialmente, foi acordado que cada país membro realizaria um diagnóstico das principais questões de saúde em suas respectivas regiões amazônicas, e, a seguir, elaborariam em conjunto perfis de projetos para atender particularmente às necessidades das zonas fronteiriças, concentrando as ações nas áreas materno-infantil, saúde ambiental, medicamentos básicos, medicina tradicional e organização e funcionamento dos serviços de saúde. A Cesam foi encarregada de solicitar a cooperação técnica necessária para o levantamento dos dados com vistas à preparação dos perfis de projetos.

Na segunda reunião, em 1991, as atenções concentraram-se na adoção de medidas urgentes para combater a epidemia de cólera que se alastrava na região, mas também foram aprovadas iniciativas que seriam desenvolvidas em conjunto pelos países, cobrindo as seguintes áreas:

- estabelecimento de um sistema regional de informações com dados fornecidos pelos próprios países, de modo que as ações de prevenção e de assistência de saúde programadas por cada um deles para a Amazônia pudessem ser concatenadas e acabassem se complementando com as dos demais;
- cooperação para controlar e diminuir a morbidade infantil, através de ações conjuntas de prevenção e controle das causas das principais doenças;
- combate conjunto de doenças tropicais através da vacinação maciça das populações e de medidas de saneamento ambiental;
- montagem de uma infra-estrutura de serviços de saúde, de modo a permitir uma assistência multinacional nas áreas de fronteira;
- ações de assistência à população indígena;

[27] Cfe. "Acta Constitutiva de la Comisión Especial de Salud en la Amazonia", Brasília, 18 de março de 1988.

- ajuda mútua em caso de desastres;
- mecanismos de provisão de medicamentos essenciais.

Nessa mesma ocasião, foram apresentados ante-projetos de cooperação em áreas específicas, compreendendo o apoio a atividades de atenção primária à saúde, estudos sobre medicina tradicional e pesquisa sobre plantas medicinais da região, além de ter sido discutida e aprovada proposta para a formação de uma rede regional de cooperação técnica em saúde, composta pelas instituições competentes de cada país.

Na reunião seguinte, a decisão mais importante foi a aceitação da idéia de um projeto de âmbito regional, denominado "Promoção da Saúde da População Indígena da Amazônia", com o propósito de potencializar e ampliar, ao abrigo do TCA, programas de atenção primária à saúde dirigidos às populações indígenas que vinham desenvolvendo, individualmente, o Brasil, a Colômbia, o Equador, o Peru e a Venezuela. As atividades previstas abrangiam as áreas de saúde materna e infantil, imunizações, nutrição, controle de doenças transmissíveis, educação para a saúde e medicina tradicional e seriam implementadas com a junção dos projetos nacionais em andamento, com as devidas adaptações. Em 1995, iniciaram-se negociações para obter apoio financeiro à execução do Projeto com a União Européia, que foi receptiva mas sugeriu que as ações se estendessem a grupos populacionais não-indígenas no interior da região e nas áreas periféricas dos centros urbanos. Os ajustes feitos na proposta inicial acabaram sendo contestados pelo Brasil que, ao formular sua parte do projeto original, tinha indicado como população-alvo exclusivamente as comunidades indígenas e já vinha desenvolvendo ações com este propósito, sentindo-se prejudicado pelas alterações feitas. Nessas circunstâncias, até o final de 1997 as negociações acabaram não sendo retomadas.

Também em 1995, foi discutida e aprovada a elaboração de projetos para pesquisar os efeitos da contaminação por mercúrio em áreas de risco para a saúde, bem como foi enfatizada a importância de ser intensificado o intercâmbio de experiências, estudos e informações sobre saúde na Amazônia.[28]

As iniciativas enumeradas acima mostram que os países-

[28] Cfe. "Acta Final de la IV Reunión Ordinária de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia". Lima, 7 de junho de 1995.

membros do TCA estão conscientes da importância de melhorar os níveis de saúde das populações da região amazônica juntando os esforços nacionais e que estão decididos politicamente a fazê-lo; revelam, também, que as autoridades sanitárias dispõem de uma acervo de conhecimentos que lhes permite definir as ações a serem desenvolvidas, mas deixam claro, ao mesmo tempo, que os Governos se ressentem da escassez de recursos para implementá-las, individualmente ou em grupo, assim como não têm conseguido sensibilizar, até o momento, fontes extra-zona para financiar os projetos apresentados, cujos resultados, conseqüentemente, têm ficado aquém do esperado.

Se, do ponto de vista da política externa brasileira, as relações com os vizinhos amazônicos continuam sendo um tema de significativa importância, e a freqüência dos recentes encontros bilaterais de alto nível com quase todos eles confirma essa afirmação, seria essencial que a Chancelaria brasileira, em conjunto com os órgãos setoriais da saúde, se desdobrasse para buscar maneiras de conseguir apoios – nacionais e internacionais – para revigorar a Cesam e, assim, atender os interesses diplomáticos e sanitários envolvidos.

4.4. O âmbito bilateral

Nos parágrafos seguintes, procurar-se-á traçar um quadro geral da cooperação internacional brasileira em matéria de saúde no plano bilateral, sem a pretensão de constituir um inventário completo e detalhado de todos os atuais projetos em desenvolvimento ou em processo de negociação.

Esquematicamente, a cooperação recebida tem se desenvolvido com dez países e a cooperação prestada com outros oito, embora essa divisão, a rigor, seja relativamente artificial, pois há, via de regra, uma permuta de interesses. Do conjunto das fontes de cooperação, algumas são tradicionais, como a França e o Japão, e outras recém iniciaram negociações com o Brasil nesse campo, como a Rússia e a Índia; cada uma apresenta uma configuração específica em termos de ações, formato e duração dos programas e raros são os parceiros que oferecem cooperação em diversas modalidades.

Iniciando-se pela Europa, a França é uma das mais anti-

gas e principais parceiras, desenvolvendo, hoje, projetos de cooperação técnica nas áreas de Aids, sangue e hemoderivados, gestão de sistemas de saúde e atendimento pré-hospitalar de emergências; na área científica e tecnológica, quatro iniciativas atualmente são implementadas, ainda em bases interinstitucionais, entre a Fundação Oswaldo Cruz e, respectivamente, o Instituto Pasteur, o Instituto Nacional de Ciências e de Pesquisas Médicas (Inserm), a Escola de Saúde Pública de Rennes e a Agência de Medicamentos.

O Projeto sobre Aids tem possibilitado a realização de treinamentos de curto prazo para profissionais brasileiros em diferentes instituições francesas, abrangendo desde a humanização do atendimento, a assistência domiciliar, os serviços de apoio psicológico e o funcionamento dos hospitais-dia, até o aprimoramento do diagnóstico, o financiamento de pesquisas e a realização de seminários sobre o tema, sendo todas as iniciativas consideradas valiosas pelos especialistas brasileiros. Na área de sangue e hemoderivados, há um intenso intercâmbio de técnicos nacionais e franceses que executam ações dirigidas ao estabelecimento de padrões de produção e de controle de qualidade, sendo que a maioria dos administradores da rede pública brasileira nessa área foi treinada na França. O Projeto de Gestão apóia municípios no aperfeiçoamento de seus sistemas de informação e de planejamento de custo hospitalar, assim como na montagem de mecanismos de avaliação dos serviços de saúde. A cooperação em serviços de emergência, por sua vez, tem se desenvolvido diretamente com os municípios interessados, com o acompanhamento e avaliação do Ministério da Saúde. Todos esse projetos são avaliados anualmente, durante as reuniões da Comissão Mista franco-brasileira, quando também são apresentadas propostas de renovação para os períodos seguintes, com as devidas atualizações.

No final de 1997, estavam sendo negociados um projeto de apoio para aprimorar a rede dos laboratórios oficiais brasileiros de controle de qualidade de produtos que afetam a saúde e várias iniciativas de cooperação transfronteiriça com a Guiana Francesa. Na área de ciência e tecnologia para a saúde, prosseguem as negociações sobre uma proposta brasileira de Ajuste Complementar em matéria de saúde ao Acordo Básico de Cooperação Científica, a fim de oficializar os projetos interinstitucionais em andamento e modernizar os termos da

cooperação, à luz das legislações vigentes nos dois países.

Com o Reino Unido, desenvolve-se um projeto abrangente e inovador, que abrange os três níveis de governo no Brasil. No nível federal, contempla o treinamento de peritos e a estruturação de núcleos regionais formadores de especialistas em economia da saúde, enquanto que em alguns estados e municípios as ações estão dirigidas para as áreas de concepção de modelos assistenciais, sistemas de informação e treinamento de recursos humanos.

A cooperação com a Espanha, por sua vez, engloba um projeto já aprovado para a organização do sistema brasileiro de transplantes de órgãos, inspirado no modelo daquele país, e um projeto em negociação a respeito dos impactos da incorporação tecnológica sobre os sistemas de saúde. Na metade de 1997, iniciaram-se contatos com o fim de obter o apoio espanhol para a melhoria da rede de laboratórios públicos de controle de qualidade de produtos para a saúde, a exemplo das tratativas com a França. Em relação à Rússia, estão sendo exploradas possibilidades de cooperação relacionadas à produção de vacinas, pesquisas em virologia, desenvolvimento de "kits" para diagnóstico e aproveitamento de propriedades terapêuticas de plantas brasileiras.

Passando-se agora para a América do Norte, a cooperação com os Estados Unidos tem sido diversificada, mas ainda pode crescer muito. O "National Institutes of Health" (Nih) – tradicional e renomada instituição norte-americana de pesquisa em saúde – tem apresentado, por via diplomática, uma série de propostas de cooperação em pesquisa básica com institutos e universidades brasileiras, algumas delas envolvendo investigação em seres humanos. Dada a natureza da maior parte das propostas, a avaliação exige tempo e nem sempre a resposta brasileira coincide com os prazos pretendidos pelo lado norte-americano. A fim de agilizar esse procedimento mas, principalmente, para dar oportunidade a que as instituições brasileiras interessadas também possam tomar a iniciativa de propor pesquisas e que estas sejam compatíveis com as ações prioritárias do Governo, está sendo negociado com os "Nih" um instrumento para reger a colaboração em novas bases. O Governo brasileiro também apresentou proposta de Ajuste Complementar na área da saúde ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Tecnológica, de modo a sistematizar e estimular o relacionamento científico e tecnológico entre ambos os países na área sanitá-

ria, e a expectativa é de que venha a ser firmado no primeiro trimestre de 1998.*

Em termos de cooperação técnica, os contatos têm sido intensos com o "Center for Disease Control (Cdc)", que está colaborando para a reestruturação da rede brasileira de laboratórios de saúde pública encarregados do controle epidemiológico de doenças no país e com a "Food and Drugs Administration (Fda)", com a qual há uma negociação em andamento para apoiar a avaliação completa do funcionamento dos laboratórios e centros brasileiros que compõem o sistema brasileiro de vigilância sanitária, inclusive das instalações, equipamentos, metodologias utilizadas, padrões de qualidade e de segurança, assim como para a capacitação de recursos humanos.

Com o Canadá, a cooperação é recente mas bastante promissora. Além de um projeto específico que está sendo discutido com o Instituto de Reabilitação de Montreal sobre desenvolvimento e capacitação gerencial dos serviços dirigidos a portadores de deficiências físicas, há um enorme interesse do setor da saúde brasileiro e uma boa disposição do lado canadense para incrementar a cooperação na área de organização, planejamento, financiamento e administração do sistema de serviços de saúde, pois a experiência do Canadá é inovadora e bem-sucedida.

Na Ásia, o principal parceiro tem sido o Japão, que dispõe de excelente estrutura para a prestação de cooperação em saúde. Atualmente, dois projetos vêm sendo desenvolvidos: o primeiro, executado com a Fiocruz, diz respeito à saúde do trabalhador e seu objetivo é a implementação de serviços de monitoramento nos ambientes de trabalho para identificação dos riscos existentes à saúde, juntamente com a avaliação clínica periódica das pessoas expostas, de modo a permitir o estabelecimento de medidas que controlem ou reduzam os impactos dos fatores adversos; o segundo refere-se à melhoria da saúde da mulher e da criança na região nordeste e concentra as atividades no aperfeiçoamento da assistência à gestante, ao parto e à atenção perinatal, com vistas a reduzir a morbidade e mortalidade materna e neo-natal, através do fortalecimento e reorganização dos serviços de atendimento

* O Ajuste complementar na área de saúde foi assinado pelos ministros da saúde dos dois países em maio de 1998.

e da capacitação de pessoal que atende as comunidades pobres.

Um parceiro com o qual o diálogo começou recentemente mas contém um potencial formidável é a China. Na reunião sobre cooperação científica e tecnológica entre os dois países, realizada em Brasília, em 1996, o lado brasileiro apresentou três propostas de projetos de grande interesse para o setor da saúde, com a finalidade de obter o apoio daquele país para o estabelecimento de mecanismos de controle de qualidade dos produtos e serviços da medicina tradicional chinesa oferecidos nas redes pública e privada de assitência à saúde no Brasil; para implantar o uso rotineiro de medicamentos de origem vegetal pela população brasileira, especialmente da área rural, com segurança, eficácia e qualidade; e para a realização, no Brasil, de pesquisa científica básica e estudos clínicos em medicina tradicional chinesa, particularmente a acupuntura. Este seria apenas o início de uma colaboração que pode ampliar-se enormemente.

Com a Índia, as conversações diretas com as autoridades sanitárias começaram no final de 1995, quando equipe do Ministério da Saúde integrou missão exploratória na área de cooperação àquele país, organizada pelo Itamaraty. Naquela ocasião, as duas partes identificaram como áreas de interesse mútuo para cooperação a biotecnologia (sobretudo pesquisa e desenvolvimento de novas vacinas), a epidemiologia (especialmente o controle e tratamento de doenças infecciosas antigas e emergentes), a vigilância sanitária (normatização do registro de medicamentos) e a gestão de sistemas de saúde (particularmente em programas de agentes comunitários de saúde). A intenção expressa pelos dois lados era a de aprofundar os entendimentos em novo encontro, marcado para se realizar no Brasil, com a finalidade de serem definidas as diretrizes da cooperação e elaborados os projetos que, idealmente, poderiam ser firmados durante a projetada visita oficial do Ministro da Saúde brasileiro à Índia, atendendo a convite que lhe fora enviado por seu homólogo indiano. O ritmo pretendido para as negociações, porém, arrefeceu-se, devido às profundas mudanças políticas vividas pela Índia em decorrência dos resultados das últimas eleições, mas o grande interesse do setor da saúde brasileiro em promover a cooperação permanece.

Na região da América Latina e do Caribe, o sentido da

cooperação se inverte, pois a ênfase tem sido na prestação de assistência pelo Brasil. Com a Bolívia, foi realizado, em 1996, extenso levantamento dos problemas sanitários na área de fronteira entre os dois países e elaborado um programa de atividades para 1998 e 1999, a ser financiado parcialmente com recursos da Opas. Com a Colômbia, foram identificadas como áreas prioritárias para o trabalho conjunto, em reunião de cooperação entre os dois países realizada em Brasília, em dezembro de 1996, os temas de saúde ambiental e de biologia molecular, mas falta definir o apoio financeiro necessário à execução das ações previstas.

Ainda na América do Sul, a cooperação brasileira com o Paraguai é antiga e até 1995 concentrava-se no apoio ao controle da Raiva, abrangendo questões de vigilância epidemiológica, imunização, funcionamento de laboratórios e capacitação de recursos humanos. No segundo semestre de 1996, foi definido um programa de atividades para os dois próximos anos, contemplando várias ações para o controle e combate a zoonoses naquele país, com recursos da Opas e dos ministérios da saúde dos dois países. Por seu turno, o programa de cooperação com a Venezuela existe desde 1993 e tem sido executado por instituições de pesquisa dos dois países.

Em relação ao Caribe, o Brasil tem recebido cooperação de Cuba para o desenvolvimento tecnológico de procedimentos com vistas ao controle de qualidade de vacinas e de medicamentos, assim como tem prestado assistência àquele país na área de saúde mental, sobretudo para a reestruturação dos serviços psiquiátricos. Com a Jamaica, o Brasil iniciou um programa, em 1997, para obter apoio nas pesquisas e tratamento de doença que atinge particularmente a população negra (Anemia Falciforme) e está oferecendo cooperação para a montagem, naquele país, de serviços de prevenção contra a Aids.

Na América Central, finalmente, foram iniciadas conversações sobre cooperação com El Salvador na última reunião da Comissão Mista Bilateral de Cooperação, em 1996, quando o Governo salvadorenho solicitou apoio brasileiro nas áreas de Aids, saúde mental, controle de zoonoses e saúde ambiental. Em resposta, o Ministério da Saúde organizou a vinda de missão daquele país ao Brasil, no primeiro semestre de 1997, para conhecer o programa nacional de doenças sexualmente transmissíveis e Aids e ofereceu colaboração para a organi-

zação dos serviços de atendimento hospitalar e ambulatorial, para iniciativas de prevenção e em projetos de pesquisa. O atendimento completo da demanda esbarra, mais uma vez, nas conhecidas restrições orçamentárias, embora exista a "expertise" brasileira e o interesse de repassá-la a outros países.

Na África, a cooperação vinha se concentrando nos Palops, como foi comentado anteriormente, mas há perspectivas muito favoráveis para estendê-la à África do Sul, depois dos contatos ministeriais mantidos em 1997, por iniciativa brasileira, e a vinda de missão exploratória daquele país a Brasília, em dezembro do mesmo ano, quando foram definidas com maior precisão as áreas prioritárias e reiterado o convite para que o Ministro da Saúde visite oficialmente a República sul-africana no primeiro trimestre de 1998.

No Oriente Médio, técnicos do Ministério da Saúde participaram de duas missões promovidas pelo Itamaraty à Palestina, em 1995 e 1996, e acordaram com seus interlocutores a transferência de conhecimentos brasileiros para a estruturação da rede de conservação de vacinas e para a capacitação de recursos humanos, assim como para a elaboração de um plano de assistência odontológica, abrangendo repasse de tecnologia e eventual fornecimento de equipamentos e veículos para atendimento volante.

Verifica-se, portanto, que a cooperação internacional do Brasil em saúde não exclui nenhuma área geográfica, embora sejam diferentes a natureza, a intensidade e as finalidades do relacionamento com cada país; a boa reputação que desfruta e a sua abrangência tornam esse tipo de cooperação um veículo idôneo para a execução da política externa brasileira, desde que o Itamaraty decida investir politicamente nessa atividade e considere-a um meio eficaz para ampliar o escopo da sua atuação diplomática. Para tanto, é possível discutir com os especialistas no assunto as maneiras de explorar plenamente o potencial disponível, que está longe de ser aproveitado em sua totalidade.

Os antecedentes favorecem um trabalho nesse sentido, pois graças à estreita ligação entre o Ministério das Relações Exteriores e o setor da saúde é que tem sido possível viabilizar, aos poucos, a atual rede de conexões da saúde com todos os parceiros mencionados. Os esforços das duas instituições, aliás, complementam-se naturalmen-

te, na medida em que a Assessoria Internacional do Ministério da Saúde procura, dentro de suas funções institucionais, analisar as circunstâncias político-diplomáticas que incidem na cooperação em saúde com cada país, tenta montar estratégias, ainda que parciais, para a condução da cooperação, busca continuamente novas oportunidades junto a parceiros tradicionais ou recentes, acompanha as ações dos organismos multilaterais no Brasil, assessora as instituições de saúde brasileiras em seu relacionamento com fontes externas e monitora e avalia as ações em desenvolvimento, estando preparada para ser uma colaboradora do Itamaraty nesse exercício e servir de ligação com as áreas técnicas pertinentes.

Em uma avaliação geral, percebe-se que a cooperação técnica recebida tende a concentrar-se em alguns tópicos relacionados à gestão em saúde e ao controle de qualidade e que o conteúdo da cooperação costuma surgir de problemas concretos e emergenciais, que exigem solução rápida. A cooperação científica e tecnológica, por sua vez, apresenta-se mais difusa e é bastante reduzido o número de ações desenvolvidas através dos canais oficiais. Origina-se, não raro, de interesses de pesquisadores nacionais e estrangeiros e é decidida, via de regra, em contatos individuais, sem compromisso formalizado.

Bom número de agências de cooperação estrangeiras têm facilidade para identificar e articular ações de seu interesse no Brasil, pois dispõem de políticas de cooperação estabelecidas e rotinizadas, com estratégias precisas para obter os resultados pretendidos, mas não parecem interessadas se as ações que oferecem são compatíveis com as linhas gerais da política nacional para o setor. Em geral, omitem as formalidades a serem cumpridas e muitas vezes estabelecem relações assimétricas com os beneficiários da cooperação, pois de seu lado figura um Governo estrangeiro e, do lado brasileiro, uma instituição sem o equivalente respaldo político. Nota-se, ainda, que o domínio que várias agências possuem a respeito de aspectos correlatos à cooperação científica, como retorno econômico e direitos de propriedade intelectual, é bastante superior ao dos seus interlocutores nacionais e que usualmente preferem ações dirigidas ao nível local e às regiões norte e nordeste, que nem sempre são capazes de absorver devidamente os resultados ou mobilizar os recursos de contrapartida.

Esses traços apenas esboçados não invalidam de nenhu-

ma maneira a importância e a utilidade da cooperação em saúde, mas servem justamente de insumos para um trabalho integrado da diplomacia com o setor da saúde, já que muitos deles têm caráter mais político do que técnico e podem ser objeto de gestões diplomáticas.

CAPÍTULO 5

Negociações internacionais correntes em matéria de saúde e suas repercussões diplomáticas

Este capitulo procurará destacar algumas negociações correntes na área de saúde nas esferas multilateral, sub-regional e bilateral que merecem acompanhamento sistemático do Itamaraty, seja pelas suas implicações no terreno diplomático, seja pela importância que têm ou poderão ter sobre o sistema de saúde brasileiro. O propósito é ressaltar a relevância de certos aspectos ligados à saúde que estão inseridos em temas mais amplos, habitualmente tratados pelo Itamaraty, mostrando que a participação ativa da Chancelaria em suas negociações resultará em ganhos para todas as instituições nacionais envolvidas.

Da infinidade de possibilidades mencionadas no capitulo anterior, foram selecionados apenas três casos, por serem emblemáticos para ilustrar a variedade de situações que envolvem temas da saúde no plano internacional e por conterem novas oportunidades e desafios, devido à dimensão que ganharam nos últimos anos.

A primeira situação localiza-se na área multilateral e constitui um aspecto das discussões sobre comércio de serviços em andamento na Organização Mundial do Comércio (Omc), no Acordo Geral sobre Comércio de Serviços (Gats) e na Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (Unctad), mais especificamente as negociações sobre regulamentação do comércio internacional de serviços de saúde. A segunda situação refere-se à harmonização das legislações e normas dos Estados-Partes do Mercosul na área de registro e comercialização de produtos para a saúde. A última situação é de caráter bilateral e diz respeito à utilização de temas da saúde como veículo para a consolidação de parcerias ainda incipientes do Brasil com a China, a Índia e a Rússia.

5.1. O comércio internacional de serviços de saúde

Além de ser um componente essencial do desenvolvimento e um fator decisivo para a promoção do bem-estar da população, o setor da saúde tem sido encarado cada vez mais como uma área que gera crescentes atividades econômicas, e, dentre elas, está situado o comércio internacional de serviços.[1] A reforma do setor da saúde que está sendo levada a cabo na grande maioria dos países, inclusive nos mais desenvolvidos, acelerou a expansão desse setor, ao forçar uma redução dos serviços prestados pelos Governos e abrir espaços para o setor privado no financiamento, produção e prestação de serviços de saúde.

Segundo um especialista na matéria, a medicina estaria passando por mudanças profundas, que fazem com que ela deixe de ser um serviço social e passe a ser um conjunto comercializável de tratamentos ou de pacotes de serviços padronizados que são colocados à venda.[2] Descontados os eventuais excessos de opiniões como esta, a verdade é que as novas tecnologias em comunicação têm alterado radicalmente os antigos padrões de assistência médica e facilitado a disseminação internacional dos serviços de saúde, pois os recursos modernos permitem que profissionais da saúde de diferentes regiões do mundo possam examinar simultaneamente o mesmo paciente ou que professores de medicina ensinem curso idêntico em diferentes continentes ao mesmo tempo. Em conseqüência, empresas privadas, hospitais sem fins lucrativos, faculdades de medicina, operadores de seguros de saúde e sistemas governamentais de serviços de saúde passaram a se interessar pelo uso dos recursos disponíveis, a fim de desenvolver conexões internacionais e vender seus serviços.

Alguns estudiosos do assunto chegam a comentar que os padrões de admissão, acreditação, certificação e licenciamento dos prestadores de serviços em saúde (pessoas físicas e jurídicas), assim como os parâmetros para o controle de qualidade desses serviços ten-

[1] Documento da OPAS, "El Comercio Internacional de Servicios de Salud: principales cuestiones y oportunidades para los países de America Latina y el Caribe", Serie Informes Tecnicos N° 33, Washington, 1994.

[2] Warner, David C. "Some Developments in Trade in Health Services", LBJ School of Public Affairs, University of Texas, 1997.

dem a deixar de ser determinados nacionalmente para serem estipulados em função dos múltiplos acordos mundiais e regionais sobre comércio que estimulam o movimento de profissionais. Para eles, os países que não dedicarem atenção a essa tendência sem precedentes de aumento da mobilidade dos prestadores de serviços em saúde terão suas competitividades prejudicadas no futuro próximo.

Independentemente das diferentes visões que as autoridades governamentais e os especialistas possam ter em relação ao tema, todos concordam que a contribuição do comércio internacional de serviços de saúde pode ser positiva para os setores interno e externo das economias e dos próprios sistemas de saúde nacionais, assim como entendem que, nesse contexto, é importante que os países em desenvolvimento superem as dificuldades enfrentadas nesse setor, para aumentar sua competitividade e sua participação no novo mercado mundial. Por outro lado, vai se consolidando o entendimento de que a nova situação precisa ser acompanhada de um ordenamento internacional equilibrado, contendo princípios e normas sobre os seus aspectos legais, comerciais e éticos, assim como é consensual que a prática desse comércio precisa ser disciplinada através de um marco regulamentador negociado em foros como o GATS, a OMC e a UNCTAD

Essas preocupações justificam-se na medida em que o comércio internacional de serviços de saúde até o início da década recebia pouca atenção dos profissionais de saúde, dos economistas especializados em saúde e dos peritos em comércio, pois tradicionalmente esses serviços não eram vistos como itens objeto de comércio. Hoje, porém, mudou a situação, não só porque aumentou expressivamente o volume desse tipo de comércio mas também porque o seu potencial de crescimento começou a ser reconhecido, tornando-se uma área de competição internacional para um número importante de países em desenvolvimento. As negociações do Acordo Geral de Comércio de Serviços e a constituição de mecanismos regionais e sub-regionais de integração certamente conferiram importância aos assuntos relacionados com a promoção do comércio de serviços em geral, inclusive o de saúde, mas os compromissos para a liberalização desse comércio são ainda bastante limitados.

Por ser o GATS o marco multilateral que rege o comércio internacional de serviços, os países em desenvolvimento em geral, e o

Brasil em particular, devem procurar negociar dentro desse mecanismo o acesso de suas exportações aos mercados dos países desenvolvidos e, para este fim, é recomendável que os negociadores diplomáticos, as autoridades sanitárias e os especialistas em comércio juntem esforços para identificar as questões centrais, os riscos, as oportunidades e as ameaças que configuram este novo campo de ação, à luz das atuais características da economia internacional.

Para dar uma idéia de grandeza dessas novas possibilidades, basta citar estatísticas recentes da Opas, segundo as quais o gasto total em saúde na região das Américas, em 1994, alcançou, em média, cerca de 12,4% do Produto Interno Bruto (PIB) do continente, incluindo-se os Estados Unidos e o Canadá, e 6,7% do Pib da América Latina e do Caribe. Em números absolutos, essas cifras equivalem a U$1,1 trilhões de dólares em toda a região e a U$ 111,2 bilhões na América Latina e no Caribe e desses totais U$ 492 bilhões correspondem a gastos públicos e U$ 626,1 bilhões a gastos privados; tomando-se a América Latina e o Caribe em separado, os valores chegam a U$ 44,9 bilhões e a U$ 67,3 bilhões respectivamente. [3] Os itens principais estão certamente relacionados com o comércio de produtos, como medicamentos e equipamentos, mas os montantes da área de serviços não deixam de ser significativos, principalmente se for levado em conta que os gastos privados superam aqueles do setor público e são efetuados pelos segmentos mais prósperos, que consomem boa quantidade de serviços em suas diversas modalidades, sobretudo seguros.

O Gats define o que se entende por "comércio de serviços" ao estabelecer quatro modalidades gerais em que se realizam as operações deste mercado; com base nessa referência, é possível identificar as formas específicas do comércio internacional de serviços de saúde. A primeira modalidade consiste no fornecimento de um serviço do território de um país ao território de outro; no caso da saúde, isto significava, até recentemente, questões de "royalties" e de licenciamento. Com os avanços da telemedicina e dos recursos da informática aplicados à saúde, essa modalidade passou a incluir a prática de assistência médica com o emprego de meios audio-visuais

[3] Documento da OPAS, "The New Scenario in the Health Services Sector in a Rapid Changing Techonological and Economic Environment – The Region of the Americas", Geneva, June 1997.

interativos e com a transmissão de dados, abrangendo consultas, diagnósticos e procedimentos terapêuticos que reduzem à metade os custos de prestação desses mesmos serviços por meios convencionais, além de permitir a transmissão de conhecimentos atualizados para estudantes e profissionais dos países em desenvolvimento, através de programas educativos, e facilitar a assistência médica a comunidades pouco acessíveis em áreas remotas, como no caso da Amazônia.

Os maiores beneficiários desses serviços, usualmente conhecidos como "telemedicina", são países de nível médio de desenvolvimento, como o Brasil, que dispõem de uma razoável estrutura tecnológica instalada e profissionais de saúde qualificados, que podem ser treinados para receber e prestar esse tipo de atividade. Dada a tendência geral de redução dos preços dos equipamentos necessários e dos custos dos "links" de comunicação, é possível prever uma expansão considerável dessa prática em um futuro próximo; paralelamente às questões econômicas e tecnológicas, porém, é preciso encontrar soluções para a proteção da privacidade dos pacientes, definir métodos para reconhecimento das qualificações dos prestadores de serviços, formas para determinar a responsabilidade dos provedores e outras questões, através de negociações em foros internacionais que tratam do comércio de serviços.

A Organização Mundial da Saúde admite que os recursos tecnológicos abrem novos caminhos, mas adverte que apesar de todos os seus possíveis benefícios, é imprescindível o estabelecimento de normas para regular o seu emprego e para garantir que os países em desenvolvimento estejam preparados para tirar proveito das vantagens oferecidas, pois há atualmente uma escassez de mão-de-obra especializada nesses países para gerenciar sistemas sofisticados desse tipo e as instalações e equipamentos são deficientes.

A segunda modalidade reconhecida pelo GATS é a prestação de serviços no território de um país a consumidor de outro país. No caso da saúde, compreende o atendimento médico direto por parte de entidades ou profissionais de saúde de um país a pacientes estrangeiros que viajam com este propósito ou que necessitam de atenção em casos de acidentes ou urgências, assim como a prestação de serviços educativos a estudantes e profissionais estrangeiros que se deslocam a um país para receber cursos de formação, especialização ou educação

continuada em medicina, odontologia, enfermagem e ocupações paramédicas. Os países que tradicionalmente têm atraído pacientes estrangeiros são os mais desenvolvidos, que podem oferecer tratamentos especializados e tecnologia super-moderna, mas um número crescente de países em desenvolvimento (Costa Rica, Cuba, Jordânia e Egito, entre outros), têm procurado despertar o interesse de consumidores estrangeiros, investindo nas suas capacidades para oferecer assistência de boa qualidade a preços mais baixos ou tratamentos que são encontrados exclusivamente nesses lugares.

O atendimento a pacientes estrangeiros em geral compreende serviços hospitalares para tratamentos especializados e cirúrgicos com alto componente tecnológico, como cirurgias de transplantes e tratamento oncológico, serviços médicos e odontológicos ambulatoriais nas áreas de fronteira e serviços relacionados à promoção e recuperação da saúde, como termas e "spas". Uma novidade importante nesse setor é que alguns sistemas públicos de saúde de países desenvolvidos começam a incluir em suas redes de unidades prestadoras de serviços instituições de saúde de países em desenvolvimento, que podem oferecer preços mais reduzidos, da mesma maneira que certas seguradoras privadas dos países desenvolvidos estão oferecendo tratamentos de saúde no exterior, de modo a reduzir o preço das apólices .Note-se que o Brasil tem recebido um número crescente de pacientes dos países limítrofes, que procuram serviços de alta complexidade, o que recomenda a negociação de mecanismos de ressarcimento para evitar ônus muito pesado sobre o sistema nacional de saúde. Quanto à formação de estudantes estrangeiros nas profissões da saúde, as atividades concentram-se no nível de pós-graduação, através dos cursos tradicionais de mestrado e doutorado e também de residências em hospitais, educação continuada e simpósios de atualização.

Os compromissos apresentados ao Gats em relação à prestação de serviços de saúde a consumidores estrangeiros em princípio não têm restrições, embora alguns poucos países tenham indicado limitações na cobertura dos seus seguros públicos no exterior.[4] Em uma atitude cautelosa, a Organização Mundial da Saúde recomenda aos

[4] Documento da UNCTAD, "International Trade in Health Services: Difficulties and Opportunities for Developing Countries", Doc. TD/B/COM.1/EM 1/2. março de 1997.

Governos interessados em promover a prestação de serviços a pacientes estrangeiros em larga escala que organizem o funcionamento dessas atividades sem prejudicar o acesso e a cobertura de saúde da população local, considerem os custos sociais desse tipo de estratégia e encontrem formas para assegurar que as receitas obtidas sejam empregadas em favor do sistema público nacional; salienta, por outro lado, a importância de se garantir, através de normas internacionais, a efetividade dos serviços prestados aos pacientes de países em desenvolvimento que são tratados no exterior.

A terceira modalidade prevista no GATS é a prestação de serviços de um profissional (pessoa física) de um país no território de outro, incluindo todos os ramos da saúde. Segundo estimativas da Unctad, os países em desenvolvimento fornecem cerca de 56% de todos os profissionais de saúde de países desenvolvidos que migram e recebem cerca de 11%. Apesar da saturação dos mercados dos países desenvolvidos em setores tradicionais, verificam-se novas aberturas em áreas específicas, como enfermagem para idosos e deficientes ou pacientes em reabilitação de dependência de substâncias químicas ou, ainda, prestação de serviços médicos em áreas remotas. O Brasil vem recebendo número crescente de profissionais estrangeiros que prestam serviços em municípios afastados dos grandes centros urbanos, muitas vezes de forma irregular, e esta situação requer correções que só podem ser alcançadas com a participação de várias instituições, inclusive do Itamaraty.

As restrições à movimentação dos profissionais de saúde podem decorrer de medidas discriminatórias na concessão de autorização para o exercício da profissão, de limitações no reconhecimento das qualificações, de exigências desiguais para permitir a residência, da imposição de dificuldades para a repatriação dos salários e, principalmente, de medidas que condicionam a entrada do profissional no país estrangeiro à comprovação de que inexistem cidadãos ou residentes disponíveis no país anfitrião para executar o mesmo trabalho (economic needs test). A maioria dos compromissos apresentados ao GATS sobre entrada temporária de estrangeiros não é especificada por setor, o que torna difícil avaliar como eles afetam particularmente os profissionais de saúde.

A quarta modalidade prevista no GATS consiste no estabelecimento de uma empresa prestadora de serviços de um país no território de outro. Subdivide-se basicamente em três categorias de atividades, a saber: gerenciamento e operações de hospitais; seguros de saúde; e educação em saúde. Na primeira, o mais comum é o estabelecimento de firmas no exterior através de "joint-ventures" com sócios locais, principalmente através de contratos de gestão e licenciamento ("licensing"): A segunda categoria é a mais procurada, como conseqüência do início da abertura dos mercados de alguns países, inclusive o Brasil, que recentemente deu início ao processo legislativo para regulamentar as atividades dos planos privados de saúde. Na última, o que se observa é o estabelecimento de renomadas instituições de ensino médico dos países desenvolvidos em certas regiões do mundo em desenvolvimento por meio de associações com escolas locais.

Os compromissos oferecidos no GATS na área de gestão e operacionalização de hospitais têm sido bastante limitados no que diz respeito à equiparação de tratamento das firmas estrangeiras com as empresas nacionais, e as restrições recaem sobretudo na participação acionária, nas exigências para autorização de funcionamento e no tipo de operações permitidas. No Brasil, permanecem vedados os investimentos estrangeiros para a operacionalização de estabelecimentos de saúde. Quanto aos seguros, a tendência geral é de abertura dos mercados à competição estrangeira com base no entendimento de que a concorrência poderá reduzir o valor das apólices, ampliar o alcance dos benefícios e melhorar as condições de ingresso para os segurados, tornando esse tipo de proteção acessível para um contingente mais numeroso da população e, consequentemente, reduzindo as pressões sobre o setor público que, via de regra, é deficiente nos países em desenvolvimento.

A OMS opina que a maior competitividade resultante do estabelecimento de empresas estrangeiras pode ser positiva, mas não conduz automaticamente ao aumento generalizado da qualidade dos serviços e contém riscos para o sistema público, que pode acabar com menos recursos financeiros, devido à provável adesão da classe média aos seguros privados, com isso deixando de contribuir para os sistemas públicos. Também pode ficar com menos recursos humanos, devido à transferência de profissionais da área pública para a privada, que ofe-

rece melhores salários. Salienta, portanto, a importância da regulamentação nacional e internacional para o funcionamento das empresas.

As considerações acima deixam bastante evidente que a expansão do comércio internacional de serviços de saúde e o seu potencial de crescimento precisam ser acompanhados de mecanismos que estimulem a transferência de tecnologia e de recursos financeiros para os sistemas nacionais de saúde, inclusive para modernizá-los, pois, em caso contrario, dificilmente poderão se beneficiar das vantagens que essa atividade proporciona.

Sensível a essa questão, a UNCTAD promoveu, em junho de 1997, reunião de peritos para examinar as dificuldades dos países em desenvolvimento na disputa pelo novo mercado, para discutir as oportunidades surgidas, abordar as implicações do comércio de serviços de saúde para o desenvolvimento e fazer um balanço das estratégias adotadas por Governos e empresas com vistas a aumentarem suas participações nesse ramo do comércio.[5]

Os debates focalizaram temas como o licenciamento de prestadores de serviços, o reconhecimento de suas qualificações profissionais, a regulamentação dos seguros internacionais de saúde, a normatização das práticas de "marketing" e do emprego das novas tecnologias e as estratégias para a exportação de serviços de saúde.[6] O Secretário-Geral da UNCTAD, Embaixador Rubens Ricúpero, aproveitou a ocasião para declarar que a indústria de serviços de saúde está se tornando uma das mais importantes dentro do ramo mais geral dos serviços e enfatizou a importância de se estabelecerem normas internacionais com a finalidade de promover um equilíbrio entre os aspectos comerciais e sociais desse setor.[7]

Quaisquer que sejam as posições dos Governos a respeito do tema, o fato é que o crescimento do comércio internacional de serviços de saúde tem e terá impactos importantes sobre as políticas e prioridades dos Governos no setor da saúde e os países em desenvolvimento são vulneráveis a distorções mercadológicas que podem afetar negativamente a eficiência dos seus sistemas nacionais. Precisam con-

[5] Cfe. Documento da UNCTAD – TDN 911(3), Genebra, fevereiro de 1997.

[6] Cfe. correspondência oficial do Ministério das Relações Exteriores.

[7] Idem.

tar, portanto, com uma "nova geração" de normas que permitam a expansão desse ramo do comércio de serviços e, ao mesmo tempo, assegurem a qualidade e a cobertura da assistência no plano nacional.

Se considerarmos que o crescimento desse tipo de mercado é condizente com a opção estratégica mais geral do Governo brasileiro que reconhece no comércio exterior um elemento decisivo para o desenvolvimento do país e que o marco normativo internacional para esse setor será negociado primordialmente na OMC, GATS e UNCTAD, é natural que o Itamaraty busque coordenar-se com as áreas técnicas do setor da saúde para poder influir na evolução do tratamento do tema. Essa perspectiva de trabalho justifica-se ainda mais quando se sabe que é ampla a experiência da Chancelaria em negociações naqueles organismos e que as autoridades sanitárias brasileiras, mesmo estando plenamente conscientes das implicações desse tipo de comércio sobre o setor, ainda ressentem-se da falta de familiaridade com os mecanismos internacionais que lidam com a matéria.

5.2. As questões de saúde pendentes no Mercosul

As dificuldades que os Estados-Partes vêm encontrando para harmonizar as suas legislações e normas técnicas relativas ao registro de produtos farmacêuticos e ao controle sanitário dos alimentos têm retardado o avanço de algumas negociações e motivado reclamações que, se não chegam a caracterizar crises de grande impacto, assumem proporções que as transformam, de tempos em tempos, em irritantes diplomáticos. Sem entrar nos detalhes técnicos das controvérsias, os parágrafos seguintes procurarão destacar os aspectos cruciais dos tópicos mais polêmicos, a fim de apresentar as reais dimensões dos problemas e demonstrar a importância de o Itamaraty influir nas tratativas e acompanhar constantemente os seus desdobramentos.

A primeira questão problemática diz respeito ao registro de produtos farmacêuticos. É um tema tratado na Comissão de Produtos para a Saúde, do Sub-Grupo de Regulamentos Técnicos (SGT – III), que tem como objetivo principal de seus trabalhos o estabelecimento de uma norma harmonizada entre os quatro países, calcada nos princípios de simetria e reciprocidade, de modo a unificar os requisitos, procedimentos e prazos relacionados ao registro e, assim, facilitar os

fluxos de comércio intra Mercosul, garantindo, ao mesmo tempo, a qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos que circulam nesse mercado.*

Ao se iniciarem as discussões sobre o tema, em 1994, os Estados-Partes constataram as diferenças marcantes em suas legislações e, para facilitar as negociações, decidiram subdividir o assunto em duas partes: uma relativa aos produtos similares e outra aos produtos novos. Tendo como referência a experiência dos países desenvolvidos que adotam sistemas de controle sanitário para autorizar e controlar a produção e a comercialização de medicamentos, as deliberações a respeito dos produtos similares foram se desenvolvendo com base no entendimento recíproco de que a meta da regulamentação é proteger a saúde pública sem impedir o desenvolvimento da industria farmacêutica e do comércio intra Mercosul.

Os quatro países concordaram que o registro significa um instrumento das autoridades sanitárias para garantir a segurança do consumidor e a eficácia do produto antes da sua entrada no mercado, a ser complementado por recursos adicionais de vigilância sanitária, tais como inspeções do processo produtivo, fiscalização da comercialização e outros. Em outra palavras, os Estados-Partes acordaram que o registro constitui um momento particularmente importante para assegurar a qualidade do acervo terapêutico disponível no Mercosul, cuja regulamentação abrange um conjunto de normas de caráter científico, administrativo e jurídico para as autoridades sanitárias avaliarem a eficácia, a segurança e a qualidade dos produtos farmacêuticos de uso humano.

Ao final de um ano de árduas negociações, foi possível obter consenso a respeito dos requisitos comuns para o registro de produtos farmacêuticos elaborados e registrados em um Estado-Parte e exportado para outro país membro do Mercosul. Através de resolução aprovada pelo Grupo Mercado Comum (GMC), em outubro de 1995, foi definido o que constitui produto similar, a maneira de demonstrar a sua equivalência a outro produto já comercializado no mercado do Estado-Parte receptor e os critérios farmacológicos a serem utilizados nos ensaios e provas de demonstração da equivalência, assim como os

* Desde 1998, a Comissão de Produtos para a Saúde transferiu-se para o Subgrupo 11, que se ocupa de temas sanitários.

requisitos administrativos e científicos, os dados de produção e de controle e as exigências para comercialização. O texto adotado estabelece, ainda, o prazo máximo para a conclusão do processo de exame das solicitações de registro e o procedimento pelo qual o produto fica automaticamente registrado uma vez esgotado o tempo para a tramitação do processo sem que tenha havido qualquer manifestação das autoridades sanitárias.[8]

Como o volume do intercâmbio desses produtos considerados "similares" corresponde aproximadamente a 80% do valor total das operações comerciais de medicamentos no Mercosul, era de se esperar que boa parte das dificuldades estivesse superada com a resolução adotada, mas as divergências persistiram, basicamente em razão das opiniões distintas que se formaram a respeito do início da vigência da decisão tomada. Os entendimentos que viabilizaram a aprovação da resolução incluíam a concordância de todos a respeito da necessidade de que as medidas preconizadas no texto fossem complementadas por uma extensa lista de regras específicas, sobre as quais os países ainda não haviam começado a negociar, e esse ponto foi interpretado diferentemente pelo Brasil e pelos demais integrantes do Mercosul.

De um lado, Argentina, Paraguai e Uruguai argumentavam que a internalização do texto aprovado deveria iniciar-se de imediato e que a ele seriam incorporadas as normas complementares, à medida que fossem sendo acordadas nas reuniões quadripartites seguintes. De outro, o Brasil, que desde o início das negociações mostrara-se cauteloso e insistira na necessidade de dispor de todas as informações pertinentes e do cumprimento à risca de todos os requisitos antes de examinar os pedidos de registro, ponderava que as providências para a internalização só poderiam começar quando estivessem finalmente acordadas todas as medidas adicionais. Este "imbroglio" só pôde ser solucionado no início de 1997, quando o Ministério da Saúde brasileiro resolveu flexibilizar sua posição à luz dos progressos conseguidos no encaminhamento das medidas complementares e deu início aos trâmites para a internalização da Resolução GMC 23/95, que está sendo examinada presentemente pelo Congresso Nacional.*

[8] Resolução 23/95 do Grupo Mercado Comum.

* A Resolução GMC 23/95 foi incorporada a lei brasileira em dezembro de 1998".

Os desgastes no relacionamento entre os Estados-Partes provocados por essa discrepância não foram desprezíveis e agravaram-se, ainda mais, por outra polêmica que se arrastou durante todo o ano de 1996. Enquanto o Brasil defendia a idéia de que os Estados-Partes deveriam procurar inicialmente consensuar o conjunto dos princípios e diretrizes a serem aplicados na harmonização dos procedimentos de registro e das normas do sistema de controle sanitário, para só depois começarem a negociar os seus componentes específicos, os outros sócios do Mercosul se opunham a esta sistemática de trabalho, alegando que as especificidades próprias de cada grupo de medidas para garantir a qualidade, a eficácia e a segurança dos produtos farmacêuticos recomendaria o exame do tema por etapas, de modo a ganhar tempo e não prejudicar as operações comerciais. A fim de diminuir os desacordos, mais uma vez o Ministério da Saúde cedeu e passou a aceitar tacitamente essa abordagem, apesar da relutância das suas áreas técnicas.

Embora as desavenças se referissem a questões processuais, à primeira vista sem maiores significados político-diplomáticos, os interesses diretos dos setores privados dos quatro países eram subjacentes e seus representantes aliavam-se circunstancialmente às posições apresentadas pelas delegações oficiais, a fim de influir no andamento das negociações segundo suas conveniências. Mesmo legítima, essa ação induzia os negociadores, sobretudo quando eram técnicos, a assumirem posições intransigentes, aumentando os riscos de que os desacordos ultrapassassem os limites da instância técnica e se tornassem entraves mais sérios, repercutindo negativamente na área diplomática. Nessas circunstâncias, parece extremamente útil tanto para o setor da saúde quanto para a própria política externa brasileira, que o Itamaraty procure conciliar as partes ao longo do processo negociador, posicionando-se como intermediário nas discussões, mesmo que não domine tecnicamente o assunto.

O principal ponto de dissenso em relação aos produtos farmacêuticos, porém, refere-se ao registro de produtos novos, pelos motivos comentados a seguir. O Brasil considera como "novo" o produto farmacêutico que contém princípio ativo ainda não registrado para comercialização em seu território, exigindo como requisito para conceder o respectivo registro toda a documentação científica relativa ao

produto. Entende que é insuficiente para fazer essa concessão o fato de um produto ser registrado e comercializado em um país que disponha de mecanismos sofisticados de vigilância sanitária, denominados "de referência". Os demais parceiros do Mercosul, ao contrário, consideram que um produto já comercializado em um país "de referência" é similar a produto registrado nos Estados-Partes do Mercosul, e, para fins de registro, exigem comprovantes de sua comercialização e de seu registro naqueles países, mas dispensam a apresentação de informações detalhadas sobre suas propriedades terapêuticas.

Durante os três anos de negociação já decorridos, o argumento central da Argentina, do Paraguai e do Uruguai é o de que os controles realizados em países que possuem um eficiente sistema de vigilância sanitária, com bons laboratórios de controle de qualidade, programas periódicos de inspeção das práticas de fabricação, instituições que produzem trabalhos analíticos sobre novas drogas publicados regularmente em revistas especializadas e que supervisionam sistematicamente as pesquisas clínicas do setor privado, seguindo normas internacionalmente aceitas, seriam uma garantia suficiente para atestar a segurança, a eficácia e a qualidade dos produtos, sem necessidade de os países do Mercosul repetirem as provas.

O Brasil, por sua vez, considera que antes de um novo medicamento ser introduzido no mercado nacional, ele deve ser minuciosamente estudado, uma vez que a documentação completa sobre o produto é valiosa fonte de informações e permite o acompanhamento dos progressos obtidos pelos países mais avançados na metodologia científica utilizada na análise de ações terapêuticas, além de ser mais seguro para a população que o registro esteja totalmente sujeito à apreciação de especialistas nacionais. Tem afirmado, finalmente, que a adoção do registro por similaridade a um "país de referência" equivaleria a reconhecer que o país não tem a capacidade de resolver o que é melhor para ele.[9] A fim de contribuir para desbloquear o tratamento do assunto, o Brasil concordou em considerar o registro em "país de referência" como um subsídio positivo na análise do produto e em conceder o registro por decurso de prazo, mas tem repetido taxativamente que não aceita registrar um medicamento "por similaridade" a um produto registrado em um "país de referência", pois este procedimento contraria a lei que define as atribuições da vigilância sanitária no país (Lei 6 360, de 1976).

Apesar das várias tentativas realizadas para [illegible] ternativas que fossem aceitáveis para todos [illegible] impasse em 1996 e deixou de ser examinado nas reuniões seguintes. Somente no segundo semestre de 1997 o tema voltou a ser incluído na agenda das reuniões da Comissão, por iniciativa brasileira [illegible] reafirmar que o Mercosul não pode, em nenhuma hipótese, [illegible] a importância e a utilidade da regulamentação sanitária, reduzindo-a a uma mera "restrição não-tarifária", como vem sendo equivocadamente qualificada por alguns Estados-Partes, o Brasil apresentou um documento para negociação que pretende ser uma síntese das diferentes concepções a respeito do tema, definindo os contornos de um sistema de registro que seria específico para o Mercosul. O avanço mais expressivo é que o texto admite um prazo menor para a [illegible] registro quando a pesquisa científica que acompanha [illegible] sido realizada em um Estado-Parte, mas nem isso chegou a constituir propriamente uma alteração substantiva, pois o Brasil já [illegible] tado anteriormente a disposição de aceitar [illegible] cunstâncias, os demais países apenas tomaram [illegible] posta brasileira na reunião da Comissão, em novembro [illegible] assunto continua pendente de solução.

Do ponto de vista diplomático, esta não é uma [illegible] excepcional ou singular, pois é previsível que um processo de integração complexo como o do Mercosul não siga um caminho linear, estando sujeito a marchas e contramarchas, de acordo com os interesses em jogo. Contudo, a virtual paralisação das negociações [illegible] que é essencial do ângulo da saúde, pois incide diretamente [illegible] de e qualidade dos medicamentos disponíveis para a população, [illegible] também é expressivo de uma perspectiva comercial [illegible] tem conseqüências importantes sobre a [illegible] que merece a atenção da Chancelaria [illegible] recolocar as discussões em novas [illegible] indicar, enfim, que se trata de mais uma [illegible] trabalho integrado entre o Itamaraty [illegible]

Na Comissão de Alimentos, [illegible] vo de discordância diz respeito aos requisitos [illegible] dos produtos alimentícios e essa controvérsia [illegible] Argentina e o Brasil, estendendo-se a todos os [illegible]

integram e que tratam de sub-setores específicos desse mercado. De uma maneira geral, a tese argentina é a de que as negociações devem favorecer a desregulamentação dos sistemas de controle dos quatro Estados-Partes, com o propósito de impulsionar o comércio, e sua estratégia de negociação é impedir as discussões em torno dos princípios e diretrizes gerais que devem nortear a harmonização dos regulamentos sobre controle, preferindo direcionar as reuniões para o exame específico de casos, produto a produto. Apóia-se também no argumento de que a legislação vigente no Brasil (Decreto 986, de 1969) é anterior ao advento do Mercosul e estaria automaticamente revogada.

O Brasil vem mantendo a posição de que a redução dos entraves ao comércio é uma aspiração legítima não só dos países do Mercosul mas uma meta desejável para expandir as trocas comerciais no mundo inteiro, mas ressalva que as medidas de facilitação do comércio têm como limite o compromisso com a proteção dos consumidores, particularmente em relação à saúde e à segurança da população. Com base nesse raciocínio, o Brasil tem sustentado que se é verdade que a medidas sanitárias não devem obstaculizar desnecessariamente o intercâmbio comercial também é verdadeiro que a simplificação da fiscalização deve ser criteriosa e basear-se em mecanismos efetivos de controle, ponderando que os serviços de controle mais eficazes do mundo impõem rigorosa fiscalização na entrada de produtos nos territórios de seus países e não raro rechaçam muitos deles, utilizando-se de medidas fundamentadas de proteção à saúde e à vida, reconhecidas pela Organização Mundial do Comércio.

O Brasil tem refutado, ainda, a alegação argentina de que a lei brasileira perdeu sua vigência, valendo-se de resolução do GMC que estabelece que nas transações dos Estados-Partes do Mercosul continuam vigorando os regulamentos do país de destino enquanto não forem harmonizadas as normas dos quatro países. Finalmente, o Brasil tem argumentado que a busca de um modelo integrado de vigilância de alimentos deve seguir as referências internacionais nesse campo, em especial as normas do Codex Alimentarius, elaborado pela Fao e pela Omc.

A busca de soluções para essas divergências complica-se de forma acentuada devido ao envolvimento de vários órgãos setoriais dos quatro países nas negociações, com posições nem sempre afinadas

entre si, os quais tomam iniciativas autônomas e contraditórias que agravam a situação. Mesmo assim, o Ministério da Saúde promoveu, no final de 1997, uma reunião da qual participaram vários ministérios (Meio Ambiente, Fazenda, Industria e Comércio), instituições de defesa do consumidor, representantes do Conselho Federal de Nutricionistas e da Opas, com a finalidade de debater a questão do controle de alimentos no Mercosul e de sugerir formas para o seu encaminhamento.

Considerando-se o compromisso governamental de zelar pela saúde da população, os valores movimentados no comércio de alimentos do Mercosul (algumas estimativas indicavam um "turnover" de U$ 2,2 bilhões só entre a Argentina e o Brasil em 1996) e os possíveis impactos negativos da falta de progressos nas negociações da Comissão de Alimentos sobre os esforços integracionistas, de particular interesse para a diplomacia, parece oportuno que o Itamaraty se junte à iniciativa pioneira do Ministério da Saúde de tratar intersetorialmente o tema dos alimentos e esteja, assim, municiado das informações e das opiniões necessárias para conduzir as negociações.

5.3. A cooperação internacional em saúde com "novos" parceiros

Nos últimos anos, têm se intensificado os esforços brasileiros destinados a promover a cooperação com a China, a Índia e a Rússia em matéria de saúde. A China é um país que se tem mostrado interessado e receptivo às iniciativas recentes do Brasil nessa área e parece existir, hoje, suficiente conhecimento mútuo para permitir a estruturação de uma cooperação em bases oficiais e contínuas, ultrapassando-se a fase das missões de prospecção, embora seja uma fonte nova de cooperação, com a qual só existiam, até pouco tempo, programas informais e esporádicos de colaboração no campo da saúde.

Ainda persistem, contudo, dificuldades para ambas as partes identificarem com precisão seus respectivos interlocutores. O Ministério da Saúde brasileiro tem mantido contatos com várias instituições provinciais chinesas que desfrutam de distintos graus de autonomia e também com diversas instâncias do Governo Central, o que gera algumas incertezas; mesmo assim, aos poucos vai se conseguindo conhecer melhor o alcance das atribuições dos órgãos especializados e

[illegible] de mais fácil direcionar os esforços e focalizar as ações. Um trabalho coordenado entre a Embaixada e os Consulados brasileiros na China, de um lado, e os especialistas do setor da saúde no Brasil, [illegible] poderia contribuir enormemente para estimular as articulações, que são incipientes mas estão se firmando cada vez mais.

O Brasil apresentou três propostas de projetos na reunião [illegible] de cooperação científica e tecnológica realizada em Brasília, em março de 1996, e o Governo chinês aprovou uma delas e continua [illegible] as outras duas. A primeira diz respeito à prática da acupuntura, que oferece possibilidades de tratamento eficaz e de baixo [illegible] para diversas situações clínicas e está implantada como um procedimento regular do sistema de saúde brasileiro. O projeto tem por objetivo o desenvolvimento e a implementação de padrões de diagnóstico para os serviços de acupuntura oferecidos pela rede pública de saúde, a transferência de tecnologias empregadas pela Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e o estudo, com apoio de especialistas chineses, [illegible] de integrar práticas da MTC ao conjunto de recursos médicos [illegible] no Brasil. Prevê a vinda de peritos médicos, educadores, [illegible] e administradores chineses ao Brasil e a ida de missões [illegible] a China para visitas a instituições de pesquisa, laboratórios e estabelecimentos de saúde; seu detalhamento estava sendo concluído no final de 1997, através dos canais diplomáticos, e os recursos para [illegible] estavam sendo negociados com o CNPQ, a Capes e [illegible] Brasileira de Acupuntura.

[illegible] Medicina Tradicional Chinesa utiliza recursos e [illegible] tido ampla aceitação no Brasil, também tem [illegible] a oferta de cursos de formação de especialistas [illegible] sem exigir dos participantes qualificação na área médica, com riscos evidentes para a qualidade dos serviços prestados. Ciente das distorções que esta situação pode provocar, o segundo projeto que o Ministério da Saúde submeteu à consideração do Governo chinês solicita apoio para a regulamentação, fiscalização e controle de qualidade dos produtos e serviços da MTC oferecidos no [illegible] a capacitação de técnicos governamentais dos níveis [illegible]

[illegible] projeto tem a finalidade de obter o apoio chinês

para a implantação no Brasil, com segurança e eficácia, do uso rotineiro de medicamentos de origem vegetal, especialmente pela população das áreas rurais. Pretende conseguir particularmente a transferência de tecnologias empregadas na China para o aproveitamento de plantas medicinais e conhecer práticas de produção que são seculares naquele país, cujos benefícios para o Brasil podem ser bastante amplos, devido à riqueza de sua flora.

Seguramente esse conjunto inicial de projetos representa apenas um ínfimo percentual do que pode ser desenvolvido com a parceria chinesa no campo da saúde, compreendendo inclusive operações comerciais. Para dar um exemplo do potencial disponível, basta mencionar que, segundo especialistas da Fiocruz, a China detém tecnologias para a produção de insumos usados na fabricação de medicamentos (fármacos) que não estão protegidos por patentes, e sua transferência para o Brasil poderia ser explorada mediante negociações cuidadosas, abrangendo os aspectos jurídicos (propriedade intelectual), tecnológicos (compatibilidade de metodologias de produção), comerciais (prazos para livre colocação no mercado) e industriais (garantias de fornecimento regular de produtos intermediários). Os entendimentos poderiam ser conduzidos de modo a permitir que a unidade de produção da Fiocruz absorvesse essas tecnologias – individualmente ou em associação com empresas nacionais interessadas – e depois as repassasse para indústrias farmacêuticas instaladas no país. Essa hipótese começou a ser cogitada recentemente, com a possível co-participação da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e abre um extenso campo para colaboração; trata-se, porém, de uma perspectiva que requer amadurecimento interno e complexas negociações externas, nas quais a participação do Itamaraty é decisiva.

Outro parceiro recente de porte similar, com o qual a cooperação em saúde tem boas condições de prosperar é a Índia. Os entendimentos oficiais nesse sentido começaram no final de 1995, quando equipe do Ministério da Saúde integrou missão a Nova Delhi organizada pelo Itamaraty e chefiada pelo Ministro da Ciência e Tecnologia.

Os integrantes da delegação mantiveram conversações com seus contrapartes indianos e apresentaram as áreas de interesse para o Brasil, com a finalidade de explorar possibilidades e identificar pontos de interesse comum para a cooperação. Inicialmente foram

identificadas possibilidades de colaboração nas áreas de plantas medicinais e de produtos naturais, assim como no desenvolvimento de novas vacinas contra diversas enfermidades endêmicas nos dois países, através de transferência de tecnologia ou formação de "joint-ventures". O Brasil também demonstrou interesse em receber cooperação da Índia para a formação de redes de laboratórios de saúde pública e para a formação de pessoal especializado, bem como para o tratamento e controle de doenças infecciosas, oferecendo-se para colaborar em diversas áreas do sistema de investigação epidemiológica. As duas partes ainda iniciaram entendimentos para o reconhecimento recíproco dos sistemas de registro de medicamentos, através da harmonização progressiva de normas para controle de qualidade e para inspeção em indústrias. Ressalvadas as diferenças entre os sistemas de atendimento em ambos os países, os dois lados também consideraram promissor o intercâmbio de experiências sobre modelos de gestão, particularmente os programas de saúde da família e de agentes comunitários de saúde. Na área científica, os principais tópicos de interesse comum referem-se à pesquisa em doenças infecciosas, genética molecular e bio-segurança.

Tendo este primeiro levantamento como referência, foi acordado que as conversações prosseguiriam em novo encontro a realizar-se em Brasília, com vistas ao detalhamento das propostas e a formatação de projetos. Pouco antes da realização da visita, o Governo indiano havia submetido ao Itamaraty minuta de acordo específico para a área da saúde, cujo conteúdo não mereceu objeções do lado brasileiro mas foi ampliado na contraproposta transmitida em 1996, de modo a incorporar as áreas discutidas durante a missão. Confirmando uma vez mais o desejo de estreitar o relacionamento com o Brasil no setor da saúde, o Ministro indiano desta área convidou oficialmente seu homólogo brasileiro a visitar aquele país, o que foi imediatamente aceito.

A conjuntura política que já era promissora para o adensamento das relações bilaterais nesse campo específico, foi significativamente impulsionada com a visita do Presidente brasileiro a Nova Delhi, em janeiro de 1996, abrindo novos horizontes para a cooperação. Tendo este contexto favorável como pano de fundo, iniciaram-se os preparativos no Brasil para o encontro seguinte dos especialistas em saúde, que despertaram, inclusive, a atenção de instituições brasileiras

que não haviam participado da missão à Índia, dispostas a participar e acrescentar novos temas à agenda previamente negociada em Nova Delhi, tais como prevenção de Aids e fabricação de vacinas, já que a Índia é um dos poucos países onde existem produtores públicos, como ocorre no Brasil. As datas que iam sendo sugeridas pelos dois países, porém, foram sucessivamente adiadas, primeiro devido à mudança na direção do Ministério da Saúde brasileiro, depois em função das eleições na Índia e, finalmente, por impossibilidade do deslocamento do chefe da delegação indiana, ironicamente por motivo de doença, de tal maneira que até o final de 1997 a segunda rodada de conversações ainda não havia se realizado.

Permanece, contudo, o interesse diplomático brasileiro em promover maior aproximação com a Índia, de modo a complementar, com ações práticas e concretas, a tradicional convergência de posições dos dois países em foros multilaterais, sobretudo na ONU, assim como continua a boa disposição das instituições nacionais do setor da saúde de estabelecer programas de cooperação com os órgãos congêneres indianos. Por outro lado, em nenhum momento o Governo indiano deu mostras de voltar atrás em sua decisão original de incentivar a cooperação com o Brasil nessa área, e informações disponíveis revelam, ao contrário, que as dificuldades para o prosseguimento das tratativas terão sido passageiras apenas. Nessas circunstâncias, parece não haver constrangimento para o Itamaraty conduzir a retomada das conversações, a fim de recuperar o esforço inicial e apoiar não só as linhas estratégicas da política externa mas também as demandas do setor da saúde.

A busca do Ministério da Saúde por novos parceiros para cooperação internacional inclui um terceiro país. Tendo presente que se ampliaram as possibilidades de cooperação científica e tecnológica com a Rússia depois da dissolução da ex-União Soviética e estimulado pelo Itamaraty, o Ministério da Saúde decidiu enviar um grupo de cientistas brasileiros de vários institutos de pesquisa a Moscou, no segundo semestre de 1995, com o objetivo de sondar algumas instituições russas sobre seus interesses em cooperar com o Brasil. Primeiramente, foram definidas como áreas de interesse prioritário a bio-segurança, a biotecnologia, a pesquisa e produção de vacinas e o fornecimento de equipamentos para laboratórios. Em seus contatos com vários

interlocutores russos, a missão também teve a oportunidade de acordar uma possível cooperação em temas como o desenvolvimento de métodos de diagnose de infecções viróticas, a realização conjunta de estudos sobre o vírus da Hepatite B, engenharia genética, biologia molecular, laboratórios de bio-segurança e a vinda de pesquisadores russos ao Brasil por períodos de longa duração, para apoiar centros brasileiros de pesquisa.

Em decorrência das conversações, dois grupos de cientistas russos vieram ao Brasil em 1996, para participar como conferencistas de seminários científicos organizados pela Fiocruz, reunindo estudiosos de diversas instituições e de universidades brasileiras. Ficou patente, nas duas oportunidades, que há grande disponibilidade de cientistas na Rússia dispostos a desenvolver atividades no Brasil (só a Embaixada em Moscou dispõe de um catálogo com dois mil nomes de doutores que manifestaram essa intenção) e, ao mesmo tempo, que o Governo daquele país tem sérias limitações para operacionalizar essa possível cooperação, tanto em termos organizacionais quanto financeiros, pois os visitantes afirmaram abertamente sua descrença em contar com apoio financeiro governamental, face à atual situação econômica russa. Em seus comentários sobre as perspectivas das iniciativas propostas pelo lado brasileiro, a Embaixada em Moscou confirmou a escassez de recursos enfrentada pelas instituições russas de pesquisa e considerou fundamental para sua implementação a definição clara das fontes de financiamento, seja com relação ao custos das visitas de especialistas, seja no que diz respeito ao desenvolvimento de projetos específicos.

Apesar desse quadro de dificuldades, o Governo russo ofereceu oficialmente, em 1997, o estabelecimento de cooperação bilateral nas áreas de cardiologia, oncologia, virologia, tóxico-dependência, diabetes, proteção à saúde materno-infantil e produção computadorizada de novos medicamentos, com especificações detalhadas acerca da sua disponibilidade em cada uma delas.

Esse conjunto de circunstâncias acaba por caracterizar uma situação de certa maneira desconcertante, pois existe uma oferta abundante de cooperação em temas importantes para o avanço das pesquisas médicas no Brasil, com especialistas altamente qualificados, de grande interesse para as instituições nacionais especializadas, mas

sua implementação tem sido inviabilizada, até agora, pela falta de recursos de ambas as partes. Ainda que seja problemático vislumbrar uma solução para essa questão, desistir "a priori" de tentar encontrá-la certamente não é a opção mais adequada. Uma reflexão conjunta dos órgãos brasileiros envolvidos, incluindo as agências nacionais e estaduais de fomento à pesquisa, e dos organismos internacionais e países doadores, sob a coordenação do Itamaraty, parece ser, nessas condições, um dos poucos caminhos a serem explorados para evitar que se perca essa oportunidade de cooperação.

Em síntese, o Brasil tem uma idéia clara do que gostaria de receber da China em matéria de saúde, mas é preciso um impulso para mobilizar o Governo chinês a comprometer-se com a empreitada conjunta; com a Índia, o clima político favorável pode facilitar a cooperação, mas foi parcialmente desestimulado pelo adiamento do segundo encontro no Brasil e requer um empenho diplomático para que seja revigorado; em relação à Rússia, a oferta de cooperação é ampla e o interesse brasileiro em recebê-la é inegável, mas faltam os meios para que se efetive. Em todos esses casos, a participação do Itamaraty é fundamental para a articulação dos interesses e para buscar formas de estimular o prosseguimento das negociações.

Para concluir as observações apresentadas, não é demais insistir que a escolha deliberada de temas tão díspares visou, primeiramente, demonstrar a ampla diversidade das dimensões internacionais dos assuntos sanitários, mas pretendeu, acima de tudo, ressaltar que tanto nas situações abordadas quanto em inúmeros outros casos correntes, justifica-se a participação resoluta do Itamaraty nas negociações que envolvem o setor da saúde nos âmbitos mundial, regional ou bilateral, quer pelas suas conotações políticas e diplomáticas, quer pelos benefícios que podem render para o País se forem conduzidas com êxito.

Conclusões

Ao longo do trabalho, procurou-se demonstrar que a importância dos temas sociais na esfera internacional cresceu significativamente nos últimos anos, fruto da preocupação generalizada da comunidade internacional com a contínua deterioração das históricas desigualdades sócio-econômicas dos países em desenvolvimento, agravadas na década de 80, e também do aparecimento de graves problemas sociais nos países desenvolvidos, pelos fatores apontados, resultando em uma mobilização de todos os países para buscar, em conjunto, soluções de alcance universal para esse desafio, sobretudo através das conferências sobre temas globais promovidas pela ONU, que formam sua "agenda social".

Assinalou-se, ainda, que as atuais concepções de desenvolvimento também contribuíram para o reconhecimento da relevância dos temas sociais no mundo inteiro, ao ressaltarem o equívoco essencial dos antigos modelos que se concentravam no crescimento econômico, acreditando que o progresso social seria sua decorrência natural, e passaram a propor a adoção de políticas integradas e simultâneas para as duas dimensões, a fim de viabilizarem um desenvolvimento equilibrado e sustentável.

Buscou-se evidenciar, também, que o Governo brasileiro preparou-se com dedicação e interesse e participou ativamente das deliberações do ciclo de Conferências da ONU e apoiou firmemente os compromissos e recomendações adotados, amealhando dividendos diplomáticos que o autorizam a atuar com determinação, no plano externo, para obter parceiros que apóiem e complementem os esforços nacionais para corrigir e superar a situação social ainda bastante grave no País.

Separou-se do conjunto dos temas sociais, a seguir, o setor da saúde e verificou-se que a presença desse tema nos foros internacionais é antiga, decorrente de princípios e compromissos políticos aprovados por todos os países e consagrados em documentos de singular importância para as relações entre os Estados, assim como mos-

trou-se que a abrangência do seu tratamento vem se ampliando e ganhando novos contornos, de modo a acompanhar a própria complexidade crescente que esse assunto vem adquirindo com o passar do tempo.

Constatou-se, na seqüência, que as oportunidades disponíveis nos planos multilateral, regional e bilateral, na área da saúde, são numerosas e devem ser aproveitadas plenamente pelo Brasil, tanto como um meio para ajudar a encontrar as soluções para as questões sociais internas quanto como um instrumento de atuação diplomática, de acordo com as linhas estratégicas da política externa brasileira. Evidenciou-se, neste particular, que a incorporação sistemática dos temas sociais, especialmente os da saúde, na formulação da política exterior do Brasil reforça a legitimidade do trabalho diplomático, na medida em que este ficará alinhado não só com as prioridades programáticas do Governo mas também com as aspirações de grande parte da sociedade. A fim de assegurar a efetividade desta tarefa, sugeriu-se que ela seja desenvolvida preferencialmente de forma integrada entre a Chancelaria e os órgãos setoriais do Governo, em particular os da saúde, e seja conduzida externamente pelo Itamaraty.

Por fim, tentou-se comprovar que a proposta de que este trabalho seja realizado coordenadamente não é uma hipótese teórica ou remota e sim uma necessidade real e objetiva, exemplificada em casos correntes e emblemáticos da variedade de situações que envolvem atualmente as dimensões internacionais dos temas da saúde e que recomendam uma estreita colaboração entre as áreas diplomática e sanitária.

Para concluir, vai se procurar retirar dos argumentos apresentados e dos fatos descritos no desenvolvimento do trabalho as razões para fundamentar a conveniência de uma atuação internacional mais incisiva da Chancelaria em relação aos temas sociais em geral, assim como vai se abordar os requisitos para viabilizar a adoção desimpedida desta estratégia, e, finalmente, serão comentados alguns impactos deste enfoque sobre a formulação da política externa, com a indicação de algumas sugestões sobre os modos de instrumentalizá-lo, retomando-se, a título de ilustração, o campo da saúde.

Os numerosos cenários apontados no decorrer do trabalho parecem indicar, em primeiro lugar, que a incorporação dos temas sociais na atuação diplomática amplia a capacidade de interlocução externa do País, uma vez que abrem novas vertentes para o Brasil

adensar, com ações concretas, o seu relacionamento com países estrategicamente importantes do ponto de vista diplomático, como a China, a Índia e a África do Sul, e, ao mesmo tempo, oferecem caminhos inovadores para aprofundar-se e alargar-se o conteúdo da cooperação com países com os quais as relações são mais tradicionais, inclusive por meio de modalidades mais apropriadas às especificidades dos temas sociais.

O fortalecimento do componente social nas ações externas conduzidas pelo Itamaraty também acrescentaria à atuação diplomática uma faceta que vem sendo destacada nas atuais estratégias para promover o desenvolvimento, que consideram o âmbito social como um de seus elementos-chave, facilitando a aproximação com países que vêm tentando implantar essa concepção na prática e permitindo um intercâmbio de experiências proveitoso para o Brasil.

O tratamento sistemático dos assuntos sociais pelo Itamaraty, especialmente os da saúde, também poderia propiciar um melhor aproveitamento das valiosas oportunidades de cooperação que hoje existem em diferentes instâncias internacionais para atender uma série de demandas nacionais; o empenho diplomático no sentido de encontrar colaboração internacional para reduzir as diferenças sociais poderia servir, ademais, para diminuir a exposição do país às recorrentes críticas externas de que as iniciativas governamentais para corrigir os problemas internos têm sido tímidas, contribuindo, assim, para que as relações com os países desenvolvidos, particularmente, se processem com maior desenvoltura.

Como já se disse, os órgãos setoriais encarregados da área social, em particular os da saúde, têm necessidade crescente de interagir com a comunidade internacional para atualizarem e aperfeiçoarem suas capacidades de oferecer soluções efetivas para problemas cruciais do desenvolvimento do País. Caso a Chancelaria resolva aproximar-se e promover um trabalho conjunto, seguramente eles poderiam tirar maior proveito dessas relações e o Itamaraty estaria reafirmando uma de suas características essenciais, que é a capacidade de renovar-se e incluir novos temas em sua agenda sempre que as circunstâncias indicam essa necessidade, como neste caso.

O envolvimento mais determinado do Itamaraty com as questões sociais reforçaria, ainda, a legitimidade da atuação diplomáti-

ca, que ganharia consistência ao direcionar seu trabalho para uma área que representa um compromisso reiterado do Governo, sobretudo quando se sabe que há uma afinidade considerável entre os princípios, programas e ações recomendados pela comunidade internacional para melhorar a situação social no mundo e o conteúdo da estratégia social adotada pelo atual governo brasileiro.

Na verdade, para enfrentar os antigos, graves e complexos problemas sociais brasileiros e caminhar na direção de uma sociedade de bem-estar, aumentando a igualdade de oportunidades, proporcionando proteção contra as situações de risco, combatendo a pobreza e a desigualdade e eliminando todas as formas de discriminação social, o Governo elaborou uma estratégia de desenvolvimento social que compreende quatro condições necessárias para sua implementação, das quais uma é a reestruturação dos serviços sociais básicos. Segundo o documento da Presidência da República que define os contornos da estratégia, o Governo está comprometido com a reestruturação e a reforma profunda desses serviços, concentrando todo o esforço nas atividades de saúde, educação, trabalho, previdência social, habitação, saneamento básico e assistência social, ou seja, no conjunto dos temas sociais , com o objetivo de aumentar a eficiência, universalizar a cobertura, melhorar a qualidade, promover a descentralização e, sobretudo, aumentar o seu impacto redistributivo.[1]

Na área específica da saúde, dois objetivos fundamentais devem ser perseguidos: a melhoria do quadro sanitário geral, com ênfase na redução da taxa de mortalidade infantil, e a reorganização institucional do setor. Para alcançar o primeiro objetivo, a atenção está concentrada no controle de doenças transmissíveis, na prevenção e recuperação da desnutrição, nas ações de atenção integral à saúde da mulher e da criança e no acesso a serviços de saneamento básico. As principais linhas de ação governamental para assegurar que essas metas sejam alcançadas compreendem a ampliação da vacinação das crianças, a melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal, ao parto e ao pós-parto, o planejamento familiar e o controle das doenças sexualmente transmissíveis, o controle da febre amarela, do dengue e de ou-

[1] Documento da Presidência da República, "Uma Estratégia de Desenvolvimento Social", Brasília, 1996.

tras enfermidades contagiosas, a eliminação da hanseniase, a elevação dos níveis nutricionais da população, a modernização do sistema de vigilância sanitária e a melhoria da prestação de serviços de abastecimento de água e de esgotamento sanitário. O documento "Brasil em Ação", que define os investimentos básicos para o desenvolvimento, inclui a totalidade das ações de saúde descritas acima entre os quarenta e dois programas prioritários para receber recursos, ainda que se saiba, de antemão, que eles são insuficientes para a dimensão dos problemas.[2]

Coincidentemente, a tônica das recomendações em matéria de saúde das conferências da "agenda social" da ONU, das atividades dos programas de vários organismos internacionais, de iniciativas promovidas por foros regionais e da cooperação bilateral recebida e prestada e até dos projetos dos bancos multilaterais de desenvolvimento recai sobre um conjunto de ações muito similares àquelas da estratégia social do Governo ou inclui medidas que são afins. Exatamente esta correspondência entre o que o atual Governo pretende realizar internamente no campo social e as oportunidades latentes no plano internacional parece ser o argumento definitivo para justificar a participação decidida do Itamaraty na promoção dos objetivos sociais do País junto à comunidade internacional; ademais, esse direcionamento da atuação diplomática não se choca com os objetivos mais amplos da política externa, mas, ao contrário, serve para fortalecê-los, como já se demonstrou.

O firme comprometimento com os temas sociais também aproximaria a Chancelaria das demandas da sociedade e indicaria a boa disposição do Itamaraty de cumprir suas atribuições em sintonia com as preocupações e interesses articulados pelas organizações sociais, colocando em prática, assim, uma diplomacia pública, que é própria de um país democrático como o Brasil. Valeria a pena recordar, a respeito, as reflexões de Celso Lafer e Gelson Fonseca Júnior sobre as novas formas de se fazer diplomacia na atualidade, quando afirmam que ela está deixando de ser um modo privilegiado de diálogo entre Estados e está passando a atuar em uma complexa teia de atores, tendo a necessidade de lidar também com os impulsos internos. Ainda

[2] Documento da Presidência da República, "Brasil em Ação", Brasília, 1997, pp. 9-10.

segundo os mesmos autores, "o processo de formulação de posições diplomáticas, no quadro democrático, passa a integrar a lógica dos ganhos e custos dos grupos sociais afetados pelas opções diplomáticas concretas e uma manifestação desse processo são os movimentos exigidos pela agenda de opinião pública, que, se cria constrangimentos em determinados casos, em outros pode significar uma ampliação do leque de manobras do diplomata.[3] Esta última hipótese parece ser a tendência mais provável de acontecer em relação aos temas sociais, pelas razões expostas.

Ao discorrer sobre as relações entre democracia e diplomacia, o ex-Chanceler Lafer explicita ainda mais o seu pensamento a respeito das vinculações que se devem estabelecer entre a Chancelaria e as demandas sociais, ao assinalar que "é evidente que o papel da sociedade não é o de legitimar opções previamente efetuadas pelo Estado no campo internacional, nem mesmo o de simplesmente aceitar a agenda apresentada pelo núcleo formulador de política externa do Estado. A opinião pública tem sua própria agenda, que a diplomacia profissional deve incorporar , na medida em que lhe cabe responder aos impulsos da sociedade civil."[4]

Em outras palavras, o envolvimento sistemático do Itamaraty com os temas sociais constituiria um imperativo do regime democrático, fortaleceria a credibilidade externa do país e significaria a decisão da Chancelaria de se utilizar de uma estratégia internacional para modificar situações internas inaceitáveis, em uma abordagem que ressalta as interconexões entre as políticas externa e interna.

A decisão de acompanhar mais intensamente as questões sociais naturalmente precisaria ser precedida de consultas, no nível apropriado, ao longo das quais é presumível que surjam algumas resistências à implantação da proposta. Em primeiro lugar, poderão aparecer dúvidas a respeito da competência da Chancelaria para lidar com essa temática, visto que pela organização institucional da administração fe-

[3] Lafer, Celso e Fonseca Junior, Gelson. "Questões para a Diplomacia no contexto internacional das polaridades indefinidas", publicado em "Temas de Política Externa Brasileira", Gelson Fonseca Junior e Sergio Henrique Nabuco de Castro (organizadores), Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, São Paulo: Editora Paz e Terra, 1994, pp. 49-77.
[4] Lafer, Celso. "Perspectivas e possibilidades de inserção internacional do Brasil", em Política Externa, Vol. Nº 3, dezembro 1992 – fevereiro 1993.

deral brasileira não incumbe ao Itamaraty tratar das políticas sociais e muito menos ser o coordenador dessa área. Em resposta a essas eventuais objeções, poderá ser argumentado que compete naturalmente ao Itamaraty exercer a função de mediador entre o sistema político-institucional interno e o meio externo e, no exercício deste papel, cabe ao Ministério das Relações Exteriores entrosar-se com os órgãos setoriais encarregados da matéria para, em conjunto com eles, discutir a maneira mais apropriada de promover os seus interesses junto aos interlocutores estrangeiros. Na verdade, sem distanciar-se de suas atribuições constitucionais e sem interferir indevidamente em assuntos fora de sua alçada, o Itamaraty estaria, acima de tudo, juntando-se ao esforço governamental, que deve ser integrado, com vistas a buscar em todas as frentes possíveis – inclusive internacionais –, meios e modos para solucionar problemas internos que se inserem na estratégia de promoção do desenvolvimento do país; simultaneamente, utilizaria as perspectivas que esta posição proporciona para incrementar a presença brasileira no exterior, que é a tarefa precípua de seu mandato.

Uma outra ordem de preocupações que pode ser levantada nas discussões diz respeito ao possível questionamento da legitimidade da comunidade internacional para adotar recomendações e propor aos países políticas e ações na área social, sob a alegação de que esta atividade supõe algum tipo de intervenção externa em uma esfera de competência que seria exclusiva dos Estados. Dessa ótica, a prerrogativa da comunidade internacional estabelecer princípios universais a serem aplicados à área social e de definir parâmetros para monitorar a sua observância é contestada, com base no entendimento de que contém elementos instrutivos, que poderiam vir a ser transformados em condicionalidades impostas pelos países desenvolvidos e representar um certo dirigismo desses países.

É preciso lembrar, porém, que o caráter não-mandatório das decisões, assim como a transparência imprimida pelo atual Governo na condução política do país, inclusive no plano externo, com o diálogo que vem mantendo, há alguns anos, com entidades internacionais de direitos humanos, e a própria consolidação da democracia brasileira retiram a força dos seguidores desta postura defensiva ou "exclusivista" da competência nacional. Evidentemente, devem ser resguardados os interesses do país, para não deixar que suas vulnerabilidades na área

social possam ser exploradas inescrupulosamente no exterior, em termos políticos ou comerciais, mas o próprio Presidente da República afirmou categoricamente que "as soluções para os problemas sociais não podem ser mais exclusivamente nacionais".[5]

Podem se colocar, por fim, algumas diferenças de opinião a respeito da própria utilidade e significado da construção da "agenda social" e da cooperação multilateral e bilateral nessa área, uma vez que na concepção de correntes tradicionalistas o empenho do Brasil deveria estar concentrado em um trabalho de convencimento dos países desenvolvidos para que aceitem a tese segundo a qual sem uma mudança completa do conceito de desenvolvimento é impraticável reduzir os contrastes sócio-econômicos predominantes hoje; em conseqüência, a tarefa imediata seria a convocação de um debate envolvendo toda a comunidade internacional sobre as mudanças estruturais que se deveriam produzir nas relações entre os Estados para permitir a edificação do "novo" desenvolvimento, bem como a discussão dos instrumentos internacionais a serem seguidos para promovê-lo. Nessa visão, todo o esforço despendido internacionalmente nos últimos anos para melhorar a situação social dos países estaria prejudicado devido ao seu caráter supostamente "assistencialista" ou paliativo, já que não tocou de fato nas causas das desigualdades.

Embora os pressupostos dessa linha de pensamento continuem válidos e admita-se que as modificações estruturais constituam uma meta a ser perseguida, o atual contexto político-econômico internacional faz com que este objetivo seja pouco realista, pelo menos a curto prazo. A falta de progressos no exame da "Agenda para o Desenvolvimento" confirma esta avaliação. Por outro lado, consolidou-se a percepção de que as reformas estruturais e a busca de soluções para os temas sociais não são propostas excludentes e sim complementares. Esta posição, aliás, foi defendida pelo Brasil ao longo de todas as conferências, juntamente com a recusa de aceitar que as decisões daqueles eventos se reduzissem a medidas compensatórias apenas, como se expôs no capitulo 2. A proposta central deste trabalho não pretende,

[5] Cardoso, Fernando Henrique. "Que valores comandam hoje o processo de desenvolvimento?", contribuição especial para o Relatório do Desenvolvimento Humano 1996, Publicação do PNUD, Editora Tricontinental, Lisboa, 1996, pp. 44.

portanto, negar a pertinência de iniciativas de cunho "estruturalista", mas considera que é igualmente válido o esforço dirigido aos temas sociais, pois ambas se fortalecem reciprocamente.

Para finalizar, serão comentados alguns efeitos que a incorporação dos temas sociais ao exercício diplomático poderá acarretar para a formulação e a execução da política externa. Uma primeira conseqüência que se pode vislumbrar seria a elaboração de uma estratégia para sensibilizar os países desenvolvidos a se comprometerem, política e financeiramente, a apoiar programas e projetos dirigidos à área social no Brasil, calcada na noção de que aqueles países terão algum ganho se decidirem engajar-se nesse esforço. O seu componente político poderia realçar a idéia de que a falta de participação internacional para viabilizar programas abrangentes destinados a melhorar a situação social pode agudizar as desigualdades, levando a uma radicalização de posições entre segmentos de uma sociedade e causando instabilidades que prejudicam a governabilidade do país; nesse sentido, a cooperação internacional em matéria social seria um elemento decisivo para assegurar uma estabilidade política que é do interesse de todos.

Do ponto de vista econômico, poderia ser destacado que a existência de programas sociais consistentes e com suficientes recursos contribuem para elevar os níveis de produtividade da população e são acompanhados de uma melhoria da renda e da capacidade de consumo do país, gerando uma expansão do mercado importador que interessa ao setor exportador dos desenvolvidos; valeria sublinhar, ainda, que a melhoria das condições sociais conduz a uma relativa homogeneidade da força de trabalho, o que facilita a implantação de avanços tecnológicos no sistema produtivo e resulta em ganhos de competitividade que podem estimular os investimentos e as exportações dos países industrializados.

Um outro argumento capaz de provocar a mobilização dos países desenvolvidos é o de que a redução da pobreza, a criação de emprego e a promoção da integração social tendem a diminuir as pressões que geram os movimentos migratórios em direção aos países desenvolvidos, com os conhecidos efeitos desagregadores para esses últimos, que estão interessados em reduzí-los.

Uma outra possibilidade que poderia ser examinada pelos formuladores da política externa seria a elaboração, em conjunto com os órgãos setoriais, de um catálogo listando as áreas de excelência e as ações que o Brasil pode oferecer para promover a cooperação horizontal em temas que afetam a área social, a fim de ser utilizado segundo as conveniências da política externa. É possível considerar, ainda, a preparação de uma estratégia, em coordenação com outras áreas governamentais e entidades sociais, para a captação das oportunidades existentes no plano internacional, que poderia ser desmembrada em iniciativas específicas e focalizadas, de acordo com os objetivos a serem alcançados e os interlocutores a serem procurados.

Finalmente, seria plausível pensar no estabelecimento de uma sistemática de trabalho com diferentes atores governamentais e não-governamentais da área social com vistas a implementar modalidades de cooperação efetivamente coordenadas entre o conjunto dos interessados brasileiros, de um lado, e o grupo de organizações e instituições internacionais com representação no Brasil de outro.

No que se refere às repercussões sobre a execução da política externa, alguns ajustes provavelmente precisariam ser feitos no esquema de trabalho da Secretaria de Estado (SERE) e de certas missões diplomáticas no exterior. Seguindo um planejamento previamente estabelecido pela SERE com subsídios técnicos fornecidos pelos órgãos setoriais, as missões diplomáticas em países selecionados poderiam ser instruídas a incluir em suas atribuições rotineiras contatos freqüentes com funcionários de organismos e de programas da ONU , de instituições internacionais e de agências governamentais de cooperação que dispõem de " expertise" e de recursos para investir na área social, de modo a repassarem para os potenciais interessados no Brasil informações atualizadas sobre ofertas ou demandas identificadas. Este processo seria, então, realimentado com as opiniões dos especialistas nacionais, a fim de municiar o Itamaraty com os subsídios necessários para a negociação de ações concretas. Um mecanismo com funções similares já existe hoje para operacionalizar a cooperação recebida e prestada pelo Brasil em geral; mas a idéia que se lança é a de estender seu campo de atuação, aprimorando-o e adaptando-o para abranger os temas sociais, que têm peculiaridades próprias. Dessa forma, os possíveis beneficiários ou prestadores da cooperação no Brasil teriam meios

de conhecer em profundidade a maneira de atuar dos seus interlocutores externos, podendo se preparar adequadamente para aproveitar na íntegra as possibilidades de cooperação.

O Itamaraty também poderia ampliar o número de instrumentos oficiais de cooperação internacional existentes com outros países em temas que afetam o setor social, a fim de assegurar que as múltiplas iniciativas interinstitucionais nessa área tenham o respaldo de acordos entre Governos, que, além de outras vantagens, também permitem direcionar o conteúdo dos programas para compatibilizá-los com as ações prioritárias do Governo e facilitam o monitoramento das ações e a avaliação dos resultados.

Algumas iniciativas recentes do Itamaraty indicam uma tendência a valorizar os temas sociais na sua agenda de trabalho, o que fortalece a perspectiva de ser viabilizada a implementação de algumas das sugestões que acabam de ser apresentadas. A criação do Departamento de Direitos Humanos e Temas Sociais mostra o interesse da Casa pelos assuntos objeto deste trabalho e a intenção de situar o tratamento dessas questões em um patamar distinto da posição apenas discreta e subsidiária que ocuparam anteriormente na formulação das diretrizes que norteiam a execução da política externa brasileira.

Alguns fatos revelam, por sua vez, que a interação do Itamaraty com outros órgãos governamentais já começa a ocorrer nos moldes propostos neste trabalho, como é o caso na área da saúde. A realização mais freqüente de encontros entre diplomatas e especialistas do setor para a definição de posições concertadas antes de reuniões de organismos especializados no tema, como a Oms e a Opas; a participação de representantes dos dois ministérios em várias instâncias do Mercosul que tratam de temas sanitários; a presença conjunta em reuniões de comissões mistas bilaterais que deliberam sobre modalidades de cooperação técnica, científica e tecnológica em matéria de saúde; a participação de funcionários dos dois ministérios em órgãos colegiados nacionais da área social que geram demandas de ações na esfera internacional, como a Comissão Nacional de População e Desenvolvimento e a Comissão Nacional do Meio Ambiente; assim como os estágios que os estudantes do Instituto Rio Branco passaram a realizar, a partir de 1996, na Assessoria Internacional do Ministério da Saúde e o próprio fato de que a chefia desta Assessoria é exercida por diplomata são

alguns exemplos promissores de que as sugestões apresentadas no trabalho têm boas chances de prosperar.

É apenas o início, ainda muito incompleto, de um trabalho integrado que merece ser aperfeiçoado e ampliado, talvez com ênfase inicial no setor da saúde, para depois estender-se às demais áreas que se ocupam de temas sociais, pois, além de todos os motivos já apresentados, a gravidade e as dimensões das dificuldades enfrentadas pelo Brasil na área social justificam o seu direcionamento nesse sentido.

Como a política externa e as políticas sociais são, em última análise, políticas públicas e têm um bom número de áreas de convergência, espera-se que essa evolução possa processar-se com bastante naturalidade; idealmente, com um ritmo compatível à velocidade com que crescem os problemas sociais em escala planetária.

Bibliografia

Livros Ensaios e Artigos

Abdenur, Roberto. "Política externa e desenvolvimento", em *Política Externa*, vol. 3, n.3, dezembro/1994.

Barros, Maria Elizabeth; Piola, Sérgio e Vianna, Solon M. *Política de Saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas*, Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1996.

Behrman, J. R. *Health and Economic Growth: Theory, Evidence and Policy*, Genebra, documento preparado para a Organização Mundial da Saúde, 1993.

Berry, Albert. *The Social Challenge of the New Economic Era in Latin America*, Toronto, Centre for International Studies, 1995.

Cançado Trindade, Antônio Augusto. "Balanço dos Resultados da Conferência Mundial de Direitos Humanos", em Revista Brasileira de Política Internacional, Ano 36, vol.1, Brasília, Instituto Brasileiro de Relações Internacionais, 1993.

Cardoso, Fernando Henrique. "Que valores comandam hoje o processo de desenvolvimento?", em Relatório do Desenvolvimento Humano, Brasília, PNUD, 1996.

Cervo, Luiz Amado. "Socializando o desenvolvimento: uma história da cooperação técnica internacional do Brasil", em Revista Brasileira de Política Internacional, Ano 37, n.1, Brasília, 1994.

Draibe, Sonia M. "As políticas sociais brasileiras: diagnóstico e perspectivas", em Revista do Instituto de Planejamento do IPEA, Brasília, março/1990.

_____. "Brasil: o sistema de proteção social e suas transformações recentes", em Revista da CEPAL, Série Reformas de Política Pública, n.14, Santiago do Chile, 1993.

_____."Proteção Social e Desenvolvimento Humano na América Latina: as políticas sociais de nova geração", texto preparado para o PNUD, 1995.

Ghali, Boutros Boutros. "Global leadership after the Cold War", em Foreign Affairs, março-abril 1996, pp. 86-98.

Gösta-Esping, Andersen. "O Futuro do Welfare State na Nova Ordem Internacional", em Revista Lua Nova, n.35, São Paulo, Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, 1995.

Haggard, Stephan. "Developing Nations and the Politics of Global Integration", Washington, The Brookings Institution, 1995.

Hirst, Monica e Pinheiro, Letícia. "A política externa do Brasil em dois tempos", em Revista Brasileira de Política Internacional, Ano 38, n.1, Instituto Brasileiro de Relações Internacionais, 1995.

Ianni, Octavio. "Globalização: Novo Paradigma das Ciências Sociais", em Revista de Estudos Avançados, vol.8, n.21, São Paulo, Universidade de São Paulo, maio/agosto 1994, pp. 147-162.

Jameson, Dean et al. "The impact of health status on economic growth", Washington,

World Bank, 1994.

KEOHANE, Robert O. et al. "Internationalization and Domestic Politics", Cambridge, Cambridge University Press, 1996.

KRASNER, Stephen D. et al. "International Regimes", 8th edition, Ithaca, Cornell University Press, 1995.

LAFER, Celso e FONSECA JR, Gelson. "Questões para a diplomacia no contexto internacional das polaridades indefinidas", em Temas de Política Externa Brasileira, Volume I, São Paulo: Editora Paz e Terra, 1994.

LAFER, Celso. "Perspectivas e possibilidades de inserção internacional do Brasil", em Política Externa, Volume 3, dez/92 - fev/93.

LINDGREN ALVES, José Augusto. "Os direitos humanos como tema global", São Paulo: Editora Perspectiva, série Estudos, Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 1994.

_____. "A agenda social da ONU contra a desrazão pós-moderna" em Revista Brasileira de Ciência Sociais, Ano 11, n.30, fevereiro/1996.

_____. "O significado político da Conferência de Viena", em Revista Brasileira de Política Internacional, Ano 36, Volume 2, Brasília, Instituto Brasileiro de Relações Internacionais, 1993, pp. 128-135.

_____. "A Conferência do Cairo sobre População e Desenvolvimento e o Paradigma de Huntington", em Revista Margem, n.4, São Paulo, Faculdade de Ciência Sociais da Pontifícia Universidade Católica, dez/1995, pp. 35-54.

_____. "Conferência de Beijing e os Fundamentalismos", em Revista Brasileira de Ciências Criminais, julho/setembro 1996, pp. 104-124.

_____. "A Cúpula Mundial sobre o Desenvolvimento Social e os Paradoxos de Copenhague", em Revista Brasileira de Política Internacional, Ano 40, n.1, Brasília, Instituto Brasileiro de Relações Internacionais, 1996, pp. 142-166.

_____. "A Habitat-II e as Encruzilhadas de Istambul", em Revista Contexto Internacional, Volume 19, n.1, Rio de Janeiro, janeiro/julho 1997, pp. 41-70.

LYONS, Gene M. "Beyond Westphalia? State Sovereignty and International Intervention", Baltimore, The John Hopkins University Press, 1995.

MARTINS, Luciano et al. "A Nova Ordem Mundial em questão", João Paulo dos Reis Velloso, Luciano Martins (coordenadores), 2ª edição, Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 1994.

MELLO VIANNA, Fátima. "Conferências da ONU: novas formas de regulação das relações internacionais", em Revista Proposta, n. 64, março/1993.

MINC, Alain. "Le Nouveau Moyen Âge", Paris, Éditions Gallimard, 1993.

MURRAY, Cristopher e MICHAUD, Catherine. "Aid flows to the health sector in developing countries", University of Harvard, Center for Population Research, 1994.

PRIETO, Cynthia Maria. "La participación de la Salud en el Mercosur", Asunción, 1996.

PUTNAM, Robert D. et al. "Doubled Edged Diplomacy - International Bargaining and Domestic Politics", Berkeley, University of California Press, 1995.

RICÚPERO, Rubens. "Visões do Brasil", Rio de Janeiro: Editora Record, 1995.

SACHS, Ignacy. "Em busca de novas estratégias de desenvolvimento", em Revista de Estudos Avançados, Volume 9, n.25, setembro/dezembro 1995, São Paulo, USP, 1995.

SEIXAS CORRÊA, Luis Felipe de. "As relações internacionais do Brasil em direção ao ano 2000", em Temas de Política Externa Brasileira, Gelson Fonseca Jr. e Valdemar Carneiro Leão (organizadores), Brasília, Fundação Alexandre de Gusmão/Editora Attica, 1989.

SOARES DE LIMA, Maria Regina. "Ejes analiticos y conflicto de paradigmas en la política exterior brasileña", em Revista América Latina Internacional, Volume 1, n.2, Buenos Aires, Flacso Argentina, 1994.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. "Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina", tese de doutorado apresentada ao Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, 1995.

WARNER, David C. "Some Developments in Trade in Health Services", LBJ School of Public Affairs, University of Texas, 1997.

YACH, D. et al. "Towards a higher priority for health on the development agenda", Public Health Review, 22 (3-4), 1994, pp. 339-373.

ESTUDOS E DOCUMENTOS DE INSTITUIÇÕES INTERNACIONAIS E REGIONAIS

ALCA. Minuta de la IV Reunión del Grupo de Trabajo sobre Medidas Sanitarias y Fitosanitarias, México, 21-23 enero, 1997.

BID. "Reforma Social y Pobreza - Hacia una agenda integrada de desarollo", Washington, 1993.

_____.. "Social Protection Reform in Europe: Dismantling the Welfare State?" Economic Report 17, Paris, may 1996.

BANCO MUNDIAL. "World Development Report 1993 - Investing in Health", Washington, 1993.

_____.. "Bank lending for Health", Washington, 1979.

_____."Investing in Health, Nutrition and Population", Washington, 1997.

CEPAL. "Transformación productiva con equidad: la tarea prioritaria del desarollo de America Latina y el Caribe en los años noventa", Santiago de Chile, 1990.

_____."Salud, equidad y transformación productiva en America Latina y el Caribe". XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana, Doc. CSP24/20, Washington, 1994.

_____."Panorama Social de America Latina 1996", Santiago de Chile, 1996.

CÚPULA DAS AMÉRICAS. Declaração das Chefes de Estado e de Governo e Plano de Ação, Miami, dez/1994.

ECOSOC. Report of the Population Commission Acting as the Preparatory Committe for the 1994 International Meeting on Population.

FNUAP. "Bases para o Programa de Cooperação com o Brasil 1998-2002", Brasília, abril/1997.

OEA. Declaração dos Chefes de Estado e de Governo e Plano de Ação de Santa Cruz de la Sierra, Doc. GT/CCDS-51/96, de 26 de novembro de 1996.

OMS. "Eighth General Programme of Work", 1990-1995, Geneva, 1989.

_____."Ninth General Programme of Work", 1996-2001, Geneva, 1996.

_____. "The World Health Report", Geneva, 1996.

_____."The World Health Report", Geneva, 1997.
_____. Basic Documents. Constitution of the World Health Organization, 4th Edition, Geneva, 1994.
_____."Report of the Task Force on Health in Development", Doc. A50/15, Geneva, 1996.
ONU. Agenda 21-United Nations Conference on Environment and Development.
_____."An Agenda for Development" - Development and International Economic Cooperation Report of the United Nations Secretary - General to the 48th General Assembly, doc. A/48/935, May 1996.
_____. Report on the World Summit for Social Development, 1995.
_____."Social Policy and Social Progress" - Special issue on the Social Summit, New York, 1996.
_____. Final Act of the Internactional Conference on Human Rights, doc. A/conf. 32/41, New York, 1968.
_____. Report of the Preparatory Committee for the World Conference on Human Rights, doc. A/Conf. 157/PC/13, de 20/09/1991.
OPAS. "La movibilización de recursos de cooperación externa para la Salud en las Americas", Washington, 1995.
_____."La Salud en el desarollo", série Documentos, n. 51, Washington, 1995.
_____."Politicas de Salud en los años 90", Washington, 1995.
_____."Replanteamiento de la cooperación internacional en salud", Washington, 1996.
_____."Hacia el año 2000: en busca de la salud para todos en las Americas" Publicación Cientifica n.435, Washington, 1983.
_____."Estado, Desarollo y Salud", série Discussões Técnicas, n.36, Washington, 1994.
_____."Salud Internacional, un debate Norte-Sur", série Desarollo de Recursos Humanos, n.95, Washington, 1992.
_____. Informe Anual del Director de la Organización, Documento Oficial n.283, Washington, 1997.
_____. Orientações Estratégicas e Programáticas 1995-98, Documento Oficial n.269, Washington, 1995.
_____. Informe Final de la Reunión de Evaluación Conjunta de la Cooperación de la OPAS/OMS en Brasil, Brasília, março de 1996.
_____."El Comercio Internacional de Servicios de Salud: principales cuestiones y oportunidades para los países de America Latina y el Caribe", série Informes Tecnicos, n.33, Washington, 1994.
_____."The new scenario in the health services sector in a rapid changing technological and economic enviromment", Geneva, june 1997.
PNUD. Relatório sobre o Desenvolvimento Humano - 1996, Lisboa, 1996.
_____. Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil - 1996, Brasília, 1996.
_____. Human Development Report - 1990, New York, 1990.
UNCTAD."International Trade in Health Services: Difficulties and Opportunities for Developing Countries", Doc. TD/B/COM.1/, março de 1997.

UNICEF. "Ajuste con rostro humano", Giovanni Andrea Cornia, Richard Jolly e Frances Steward (compiladores), 1987.
_____. Annual Report 1996 - Brazil, Brasília, dezembro de 1996.

DOCUMENTOS DE MINISTÉRIOS E DE OUTRAS INSTITUIÇÕES GOVERNAMENTAIS

Ministério das Relações Exteriores

Relatório Nacional Brasileiro para a III[a] Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Relatora Geral: Neide Patarra, Brasília, 1993.
Relatório Nacional Brasileiro para a Cúpula Mundial para o Desenvolvimento Social - Relatora-Geral: Amélia Cohn, Brasília, 1995.
Relatório sobre a mulher na sociedade brasileira, preparado para a IV[a] Conferência Mundial sobre a Mulher - Relatora Geral: Luísa Eluf, Brasília, 1994.
Relatório Nacional Brasileiro para a II[a] Conferência Mundial sobre Assentamentos Humanos Relatora Geral: Marlene Fernandes, Brasília, 1996.
Uma Visão Brasileira da Agenda para o Desenvolvimento: contribuição para o atual debate nas Nações Unidas - Delegação do Brasil junto à ONU, Nova York, 1° de julho de 1994.

Ministério da Saúde

"Plano de Ação 1995-1998", Brasília, 1995.
"Informe sobre a reforma do setor saúde no Brasil", Brasília, 1995.
"Plano Nacional de Saúde e Ambiente - Diretrizes para Implantação". Brasília, 1995.
"Programa de Metas e Ações Prioritárias", Brasília, 1997.
Discurso do Senhor Secretário-Executivo perante a 49[a] Assembléia Mundial da Saúde, Brasília, 1996.
Discurso do Senhor Ministro da Saúde perante a 50[a] Assembléia Mundial da Saúde, Brasília, 1997.

Presidência da República

Relatório do Brasil para a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento - "O Desafio do Desenvolvimento Sustentável", Comissão Interministerial para a preparação da Rio-92, Brasília, 1991.
Discurso do Presidente da República na reunião inaugural da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, Rio de Janeiro, 1992.
"Uma Estratégia de Desenvolvimento Social", Brasília, 1996.
"Brasil em Ação", Brasília, 1997.