

Raimunda Antonila Campos Mota Pimentel¹
Eduardo Rocha Dias¹

PERSPECTIVAS DA COOPERAÇÃO EM SAÚDE NO ESPAÇO LUSÓFONO: ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO BRASIL NAS RELAÇÕES DE COOPERAÇÃO COM PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA

*Perspectives of health cooperation in Lusophone
area: analysis of Brazil's role in cooperation
relations with Portuguese-speaking countries*

¹Universidade de Fortaleza. Programa de Pós-Graduação em Direito Constitucional. Fortaleza/CE, Brasil.

Correspondência: Raimunda Antonila Campos Mota Pimentel. *E-mail*: camposantonila@gmail.com

Recebido: 08/11/2019. Revisado: 23/04/2020. Nova revisão: 22/07/2020.
Aprovado: 22/07/2020.

RESUMO

O presente artigo objetivou examinar como se dá a cooperação em saúde entre o Brasil e os países de língua oficial portuguesa, de forma tanto bilateral quanto multilateral, com destaque para as ações adotadas pela Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Após análise dos desafios às iniciativas de cooperação, apontaram-se os avanços já obtidos e as perspectivas que se apresentam, com vistas a concretizar o cumprimento das metas da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas. Também se evidenciou a necessidade de minimizar os atrasos e paralisações que ocorrem quando há mudanças administrativas; de criar um marco legal que defina como se deve dar a cooperação brasileira nos planos bilateral e multilateral, fundada nos princípios que regem o Estado em suas relações internacionais, na busca de sustentabilidade financeira e em uma melhor análise prévia dos projetos a serem desenvolvidos, com uma avaliação posterior de seus resultados; bem como a necessidade de estabelecer mecanismos de resposta a crises humanitárias. Concluiu-se que a cooperação em saúde proporciona um aprendizado recíproco e pode ser vista como uma ferramenta de aperfeiçoamento nessa área. A pesquisa adotou metodologia analítica e quantitativa, de cunho bibliográfico e documental, e se pretendeu exploratória ao apontar possíveis respostas às questões levantadas.

Palavras-Chave

Cooperação em Saúde; Desafios e Perspectivas; Espaço Lusófono; Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

ABSTRACT

This article aimed to examine how health cooperation between Brazil and Portuguese-speaking countries takes place, both bilaterally and multilaterally, with emphasis on the actions taken by the Community of Portuguese-speaking Countries. After analyzing the challenges to cooperation initiatives, the advances already achieved and the prospects presented were pointed out, with a view to achieving the goals of the 2030 Agenda of the United Nations. It also highlighted the need to minimize delays and stoppages that occur when there are administrative changes; to create a legal framework that defines how Brazilian cooperation should take place at bilateral and multilateral levels, based on the principles that govern the State, in its international relations, in the search for financial sustainability and a better prior analysis of the projects to be developed, with a further evaluation of its results; as well as the need to establish mechanisms to respond to humanitarian crises. It was concluded that health cooperation provides reciprocal learning and can be seen as a tool for improvement in this area. The research adopted an analytical and quantitative methodology, of bibliographic and documentary nature, and intended to be exploratory in pointing out possible answers to the questions raised.

Keywords

Health Cooperation; Challenges and Perspectives; Lusophone Area; Sustainable Development Goals.

Introdução

O presente texto pretendeu examinar como se dá a cooperação em saúde entre o Brasil e os países de língua oficial portuguesa, bem como as perspectivas futuras dessa cooperação, muitas vezes referida como uma possibilidade de o Brasil ampliar sua influência no Atlântico Sul, afirmar seu papel global e auxiliar no crescimento humano de países menos desenvolvidos. Sob um ponto de vista estritamente jurídico, a cooperação em saúde reflete o cumprimento de dois princípios que regem as relações internacionais do Brasil: o da prevalência dos direitos humanos e o da cooperação entre os povos para o progresso da humanidade (art. 4º, II e IX, da CF/88¹).

A cooperação no campo da saúde, no sentido jurídico, desponta como *locus* privilegiado para o qual convergem referidas finalidades. Não por acaso, a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP)² adota planos estratégicos de cooperação em saúde, cuja última versão, aprovada em 17 de abril de 2018³, prevê diferentes iniciativas a serem adotadas até 2021. As ações previstas têm como orientação central o cumprimento de metas da Agenda 2030⁴ da Organização das Nações Unidas (ONU), a partir da indicação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) – particularmente o enunciado do ODS 3, que mais influencia a saúde ao prever “alcançar saúde e bem-estar para todos em todas as idades”. Como estratégia fundamental, o plano estratégico da CPLP contempla o papel transversal da saúde para o alcance de metas, envolvendo os seguintes eixos: formação e desenvolvimento de força de trabalho em saúde; sistemas nacionais de saúde; informação e comunicação em saúde; investigação em saúde, monitorização e análise da situação de saúde; e vigilância e resposta a emergências e desastres naturais.

Além da cooperação multilateral por meio da CPLP, há também a cooperação bilateral entre o Brasil e os países africanos de língua oficial portuguesa (Palop)⁵, que não é recente, como destacam Queiroz e Alves⁶. Situadas na perspectiva de uma

¹BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 19 jul. 2021.

²COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA – CPLP. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-4176.aspx>. Acesso em: 19 jul. 2021.

³REDE INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO EM TÉCNICOS EM SAÚDE - RETS. *CPLP finalizou Plano Estratégico de Cooperação em Saúde 2018-2021*. Disponível em: <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/noticias/cplp-finalizou-plano-estrategico-de-cooperacao-em-saude-2018-2021>. Acesso em: 24 fev. 2019.

⁴PLATAFORMA AGENDA 2030. Disponível em: <http://www.agenda2030.org.br/>. Acesso em: 19 jul. 2021.

⁵AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO – ABC. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/projetos/cooperacao/sul/palop>. Acesso em: 19 jul. 2021.

⁶QUEIROZ, Luciano Ávila; ALVES, Layana Costa. *Cooperação em saúde com países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP)*. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde e política externa: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. p. 94. Disponível em: https://www-hmg.saude.gov.br/images/pdf/2018/outubro/22/07_Luciano_Avila_Layana_Alves.pdf.

cooperação Sul-Sul, tais iniciativas de “diplomacia da saúde”⁷ estariam em risco em razão da mudança política no Brasil e da possível inflexão de sua política externa, de forma a privilegiar o norte em detrimento do sul? Esse foi um dos questionamentos que se pretendeu examinar no presente texto. Com efeito, após a eleição do novo presidente do Brasil em 2018, analistas afirmaram⁸, muito embora reconhecendo ainda ser cedo para formar um juízo sobre a política externa do então novo governo, a possibilidade de diminuição na cooperação e no financiamento para ações na África e de um maior protecionismo brasileiro. O presidente de Portugal, em seu primeiro encontro com o presidente eleito do Brasil⁹, defendeu a importância do empenho brasileiro na CPLP, o que deixou transparecer, no mínimo, uma dúvida quanto ao papel que o Brasil viria a ter nessa comunidade.

A pesquisa teve como objetivo examinar como se dá a cooperação em saúde entre o Brasil e os países de língua oficial portuguesa, analisando quais desafios se apresentam a essas iniciativas de cooperação. Considerando os ODS das Nações Unidas, que manifestam uma perspectiva mínima de concretização de direitos humanos fundamentais, inclusive o referente à saúde, questionou-se: o que se faz necessário para reforçar tais vínculos?

O trabalho adotou metodologia analítica e qualitativa a partir de pesquisa bibliográfica e documental, pretendendo-se exploratório na medida em que objetivou apontar possíveis respostas para o problema levantado. De início, examinou-se o histórico da cooperação do Brasil com os Países de Língua Oficial Portuguesa em matéria de saúde. Em seguida, tratou-se da cooperação no seio da CPLP e, ao final, buscou-se identificar os desafios que se delineiam no futuro próximo dessa cooperação para o cumprimento das metas de desenvolvimento sustentável da ONU no período de 2015 a 2030, tutelando a dignidade da pessoa humana e o direito à saúde.

I. Cooperação bilateral em saúde entre o Brasil e os países de língua oficial portuguesa

A cooperação do Brasil com países africanos de língua oficial portuguesa (daqui em diante, Palop) era relativamente restrita até o início dos anos 2000.

⁷BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto. Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasus Saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP). *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 107, mar. 2010. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/download/712/1357>. <https://doi.org/10.3395/reciis.v4i1.712>.

⁸ELEIÇÕES brasileiras: relações Brasil-África em risco com a eleição de Bolsonaro? *DW*, 29 out. 2018. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-002/elei%C3%A7%C3%B5es-brasileiras-rela%C3%A7%C3%B5es-brasil-%C3%A1frica-em-risco-com-elei%C3%A7%C3%A3o-de-bolsonaro/a-46080677>. Acesso em: 1º mar. 2019.

⁹CPLP e relações EU/MERCOSUL na conversa entre Marcelo e Bolsonaro. *Público e Lusa*, 1º jan. 2019. Disponível em: <https://www.publico.pt/2019/01/01/politica/noticia/cplp-relacoes-uemercosul-conversa-marcelo-bolsonaro-1856356#gs.yEu1Gcbd>. Acesso em: 1º mar. 2019.

Destacam-se projetos de combate à epidemia de HIV/AIDS e a aproximação que culminaria com a criação da CPLP¹⁰.

O Atlântico Sul, porém, passou a ser tema de interesse da diplomacia brasileira tanto na dimensão político-diplomática quanto na econômica-comercial¹¹. O crescimento econômico experimentado pelos países africanos ao longo dos anos 2000, em razão do aumento do preço das *commodities* no mercado global, e o aumento do intercâmbio comercial entre o Brasil e os países africanos – de US\$ 1,3 bilhão em 2000 para US\$ 12,2 bilhões em 2011¹² – foram acompanhados do estreitamento dos laços políticos e também de maior cooperação bilateral.

A partir da Cúpula América do Sul-África (ASA), cuja primeira edição ocorreu em 2006 por iniciativa do Brasil e da Nigéria, iniciaram-se contatos que se enquadram no conceito de cooperação Sul-Sul, ou seja “processo de interação econômica, comercial, social ou de outra natureza que se estabelece (idealmente) com vantagens mútuas entre parceiros de países em desenvolvimento, geralmente localizados no hemisfério sul”¹³. A cooperação Sul-Sul tem um longo histórico, remontando aos anos 1950, no auge da Guerra Fria – sua primeira manifestação, a Conferência Ásia-África, foi realizada em 1955 na Indonésia. Posteriormente, teve prosseguimento com o chamado Movimento dos Países Não Alinhados, na década de 1960, até chegar a iniciativas no âmbito das Nações Unidas, como a Conferência sobre Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD), que ocorreu em 1978 em Buenos Aires. Nos anos 1990, com a emergência de países em desenvolvimento com renda média e média alta (Brasil, China, África do Sul, Índia e outros), houve um reforço no relacionamento destes com países mais pobres da Ásia e da África, ampliando sua influência basicamente por meio do chamado *soft power*¹⁴, ou seja, o uso de recursos humanos e tecnológicos em áreas como educação, saúde, agricultura e outras, ao invés da coerção política e da força tradicionais.

Na cooperação em saúde no âmbito norte-sul-sul, verifica-se ainda a chamada triangulação, pela qual dois países se associam para atuar em um terceiro com ações de capacitação profissional, intercâmbio técnico e fortalecimento institucional¹⁵.

Por meio da Agência Brasileira de Cooperação (ABC), integrante da estrutura do Ministério das Relações Exteriores e cujas atribuições são negociar, coordenar, implementar e acompanhar programas e projetos de cooperação técnica

¹⁰QUEIROZ, Luciano Ávila; ALVES, Layana Costa. *op. cit.*, p. 91.

¹¹RIZZI, Kamilla Raquel; SILVA, Isabella Cruzichi da. A CPLP como mecanismo de atuação do Brasil no Atlântico Sul: a ampliação da cooperação, os desafios e a possibilidade de liderança. *Revista Brasileira de Estudos Africanos*, v. 2, n. 4, p. 44, jul./dez. 2017. <https://seer.ufrgs.br/rbea/article/download/79143/47055>. <https://doi.org/10.22456/2448-3923.79143>.

¹²QUEIROZ, Luciano Ávila; ALVES, Layana Costa. *op. cit.*, p. 91-92.

¹³BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto. *op. cit.*, p. 106-107.

¹⁴*Id.*, p. 107.

¹⁵*Id.*, *loc. cit.*

decorrentes de acordos firmados pelo Brasil com outros Estados e organismos internacionais, incorporou-se o fortalecimento de tal cooperação Sul-Sul à agenda da política externa brasileira¹⁶.

Baseada na horizontalidade, na ausência de imposição de condições e na solidariedade, essa cooperação leva ao compartilhamento de experiências brasileiras bem-sucedidas em diferentes campos, como agricultura, educação, justiça e saúde, com a parceria de vários órgãos do governo brasileiro e também da iniciativa privada. Essa possibilidade de fundar a cooperação em outros pressupostos que não os exclusivamente econômicos está presente também na relação entre os países que integram o Brics (bloco formado por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul)¹⁷.

No tocante à saúde, data de 1994 o início da relação brasileira com os Palop, quando foi realizada a reunião dos ministros da Saúde desses países no Rio de Janeiro, por iniciativa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)¹⁸. Posteriormente, ao longo daquela década, foram firmados projetos de cooperação técnica com Angola, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe, voltados sobretudo à capacitação de profissionais de saúde com foco na prevenção e no tratamento da contaminação pelo vírus HIV. Em 2002, por meio de programa de cooperação internacional com países latino-americanos, Burkina Faso; Moçambique; o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV) do Ministério da Saúde; e a ABC doaram medicamentos antirretrovirais e capacitaram recursos humanos¹⁹.

Levou-se, assim, a experiência exitosa do Brasil com o Programa DST/AIDS a países da África e da América Latina. Cumpriram-se, dessa forma, dois princípios que regem a República Federativa do Brasil em suas relações internacionais: a prevalência dos direitos humanos, dentre os quais o relativo à saúde, e a cooperação entre os povos para o progresso da humanidade (art. 4º, II e IX, CF/88).

No plano internacional, com efeito, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, previu o direito à saúde em seu artigo 25, sem configurá-lo, porém, de forma autônoma, mas o vinculando ao direito à vida e a outras dimensões:

Toda pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais

¹⁶QUEIROZ, Luciano Ávila; ALVES, Layana Costa. *op. cit.*, p. 92.

¹⁷MARTINI, Sandra Regina; WÜNSCH, Marina Sanches. Cooperação internacional e efetivação do direito à saúde: uma análise a partir da agenda do BRIC. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 43, jul./out. 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/142011/137254>. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v18i2p39-61>.

¹⁸QUEIROZ, Luciano Ávila; ALVES, Layana Costa. *op. cit.*, p. 92.

¹⁹*Id. Ibid.*, p. 93.

necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade²⁰.

Foi apenas com o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, em 1966, que se autonomizou e se concretizou o direito à saúde, conforme se verifica em seu artigo 12:

1. Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.
2. As medidas que os Estados Partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:
 - a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento são das crianças;
 - b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente;
 - c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças;
 - d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade²¹.

Verifica-se, de início, a previsão de um direito de desfrutar o “mais elevado nível possível de saúde física e mental”. Também se verifica a preocupação com a diminuição da mortalidade infantil, com a prevenção e o tratamento de doenças epidêmicas e endêmicas e com a criação de condições que assegurem assistência médica a todos. O conteúdo do mencionado artigo 12 foi explicitado pela Observação Geral 14 do Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU, que vincula a concretização do direito à saúde a numerosos outros direitos e fixa obrigações mínimas a cargo dos Estados. No âmbito da cooperação do Brasil com os Países de Língua Portuguesa, tais finalidades são bem identificadas, como se verá mais adiante.

²⁰NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 19 jul. 2021.

²¹BRASIL. *Decreto n. 591, de 6 de julho de 1992*. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: 22 ago. 2019.

Mais recentemente, no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU para o período de 2015 a 2030, transparece no ODS 3 o seguinte: “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”. Importa priorizar a saúde infantil e materna e as doenças relacionadas à infecção pelo vírus HIV, à tuberculose, à malária e a doenças tropicais negligenciadas, combater a hepatite, as doenças transmitidas pela água e outras condições, como as relacionadas ao abuso de álcool e tabaco. Também há que se garantir, até 2030, acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva; atingir a cobertura universal em saúde; diminuir o risco financeiro; e aumentar o financiamento da saúde, o recrutamento, o desenvolvimento e a formação de pessoal de saúde nos países menos desenvolvidos.

Verifica-se que tais objetivos visam a assegurar um mínimo para a salvaguarda da dignidade da pessoa, podendo-se argumentar, a partir da chamada abordagem das capacidades desenvolvida por Amartya Sen²² e por Martha Nussbaum²³, que constituem um mínimo “abaixo do qual se acredita que aos cidadãos não está sendo disponibilizado um funcionamento verdadeiramente humano”. Nussbaum busca identificar dez capacidades compatíveis com uma sociedade liberal pluralista, fundadas em uma concepção de dignidade que leva em conta o que é necessário para um funcionamento verdadeiramente humano de cada um. Para os fins deste estudo, cumpre examinar as capacidades relativas à vida, à saúde e à integridade física.

Quanto à vida, entende que todos devem ser capazes de viver até o fim uma vida humana de duração normal, não morrer prematuramente e não ter a vida reduzida a tal ponto que não valha mais a pena ser vivida. A saúde inclui a saúde reprodutiva, receber uma alimentação adequada e ter um lugar adequado para viver. A integridade física abrange a proteção contra a violência, entre outras dimensões²⁴. Tais capacidades, assim como as demais propostas por Nussbaum, pretendem-se universais e abstratas, estando abertas à configuração específica por atuação dos indivíduos, dos parlamentos e dos tribunais, admitindo-se níveis diferenciados de concretização²⁵. A lista representa uma “concepção moral parcial” independente, não se fundando em ideias metafísicas e podendo ser aceita por pessoas que possuem concepções de vida diferentes.

Há uma convergência entre a abordagem das capacidades e a proposta das Nações Unidas para avaliação da qualidade de vida e dos níveis de justiça assegurados por diferentes sociedades a seus integrantes, que não se baseia na renda isoladamente considerada, mas também na apreciação da presença ou não de condições para se

²²SEN, Amartya. *A ideia de justiça*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. p. 265.

²³NUSSBAUM, Martha. *Fronteiras da justiça: deficiência, nacionalidade, pertencimento à espécie*. São Paulo: Martins Fontes, 2013. p. 84-85.

²⁴*Id. Ibid.*, p. 91-92.

²⁵*Id. Ibid.*, p. 94-95.

viver uma vida longa e boa. Essa apreciação se manifesta no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que considera indicadores de saúde, educação e renda. Em relação aos países lusófonos, conforme a última avaliação divulgada em 2018²⁶, Portugal está em 41º lugar (entre os países de IDH “muito alto”), seguido do Brasil, na posição 79 (IDH “alto”). Vêm em seguida, na categoria de desenvolvimento “médio”, Cabo Verde (na posição 125), Timor-Leste (132), Guiné Equatorial (141), São Tomé e Príncipe (143) e Angola (147). Com IDH “baixo”, têm-se Guiné-Bissau e Moçambique (posições 177 e 180, respetivamente).

Quanto à saúde, houve melhorias, tendo a expectativa de vida aumentado quase sete anos no mundo desde 1990, com maiores progressos na África Subsaariana e no Sul da Ásia. Cabo Verde foi lembrado positivamente pela redução na mortalidade infantil, que alcançou 42 óbitos em cada cem mil nascidos vivos, número muito inferior à média da África Subsaariana, que é de 549 por cem mil nascidos vivos. Não por acaso, é com Cabo Verde que o Brasil desenvolve vários projetos. No entanto, há muitos aspectos que ainda precisam ser melhorados, de forma a se alcançar níveis mínimos de proteção à saúde em vários países lusófonos.

Para o período de 1998 e 2018, a partir de dados de acordos internacionais do Ministério das Relações Exteriores e da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) do Ministério da Saúde²⁷, identificam-se 68 acordos internacionais na área da saúde, todos firmados entre 2000 e 2012, com 23 diferentes países africanos, incluindo Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Moçambique e São Tomé e Príncipe. Predominam os acordos firmados com os Palop (38 no total), sendo que 30 estavam ainda vigentes em 2018²⁸. As áreas a que correspondem a maior parte desses documentos são as de HIV/AIDS, saúde pública, malária e doença falciforme.

A partir dos acordos acima indicados, o Brasil desenvolveu 48 projetos de cooperação técnica em saúde na África, sendo 32 com países lusófonos. Destaca-se a cooperação com Moçambique (17 acordos), envolvendo as áreas de HIV/AIDS, câncer, alimentação e nutrição, saúde bucal, saúde materno-infantil e regulação e produção de medicamentos²⁹. Nesse país, houve a implantação de uma fábrica de medicamentos, com investimentos de mais de R\$ 40 milhões, a construção de um banco de leite humano e do Centro de Lactação do Hospital Central de Maputo. Em São Tomé e Príncipe, destaca-se o projeto Apoio ao Programa de Luta contra a Tuberculose, com apoio financeiro da ABC e técnico do Ministério da Saúde. Em Cabo Verde há acordos nas áreas de HIV/AIDS, malária, vigilância sanitária, bancos de leite humano e atenção básica. Nesse país foi realizada a construção do primeiro

²⁶PROGRESSO no desenvolvimento humano marcado por “grandes desigualdades”. *ONU News*, 14 set. 2018. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2018/09/1637922>. Acesso em: 03 mar. 2019.

²⁷QUEIROZ, Luciano Ávila; ALVES, Layana Costa. *op. cit.*, p. 94.

²⁸*Id.*, p. 95.

²⁹*Id.*, p. 96.

banco de leite humano no continente africano, em 2011, no Hospital Agostinho Neto, na Praia, contribuindo para que se reduzisse a mortalidade infantil no país. Também se negocia a cooperação com Cabo Verde na implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco^{30,31}. Com Guiné-Bissau há cinco acordos, nas áreas de HIV/AIDS, malária e saúde feminina. Com Angola foram firmados quatro acordos, com projetos concluídos de combate à malária, de formação de recursos humanos para o Hospital Josina Machel (com a participação triangular do Japão), de combate à doença falciforme e de um mestrado de Saúde Pública, com a participação da Fiocruz; desenvolve-se, ainda, um projeto de implantação de um banco de leite humano na Maternidade Lucrecia Paim, em Luanda.

Além da cooperação bilateral, o Brasil engaja-se em atividades de cooperação multilateral com os Palop, por meio da CPLP, a serem examinadas a seguir.

II. A CPLP e a cooperação multilateral em saúde entre seus membros

Nos anos 1990, a reaproximação entre Portugal e suas antigas colônias (no caso do Brasil, principalmente após a redemocratização) fez com que, no contexto pós-Guerra Fria, se afirmasse a construção de um espaço lusófono como contraposição à hegemonia de países de língua inglesa e francesa no território africano³². Assim, a CPLP foi criada em 1996, com seu embrião na instituição, ainda em 1989, do Instituto Internacional da Língua Portuguesa (IILP), já marcado pela busca da cooperação pelo menos nos campos da cultura e da língua.

A CPLP foi criada como organismo multilateral, com interesse na promoção de cooperação nos campos cultural, político e econômico. Interesses do Brasil e de Portugal – quer em se reaproximar, quer em desenvolver um esforço conjunto de interlocução com outros atores e em outros espaços da comunidade internacional – também justificaram sua criação. Com sede em Lisboa, tem personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira.

A CPLP foi depois ampliada, passando de seus sete membros iniciais (Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal e São Tomé e Príncipe) para oito (incluindo o Timor-Leste em 2002) e, mais recentemente, para nove (com o ingresso da Guiné Equatorial, em 2014). Ainda há a possibilidade de ingresso de mais Estados e até mesmo regiões como observadores associados e observadores consultivos.

³⁰INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. *Convenção-quadro para o Controle do Tabaco*. Texto oficial. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/convencao-quadro-para-o-controle-do-tabaco-texto-oficial>. Acesso em: 19 jul. 2021.

³¹QUEIROZ, Luciano Ávila; ALVES, Layana Costa. *op. cit.*, p. 97.

³²RIZZI, Kamilla Raquel; SILVA, Isabella Cruzichi da. *op. cit.*, p. 32-63.

Por outro lado, o tema da cooperação como instrumento de desenvolvimento dos Estados e de projeção da CPLP no cenário internacional é, sem dúvida, relevante. Conforme Rizzi e Silva, a CPLP, ao longo de sua existência, ampliou e fortaleceu o domínio da cooperação sob a lógica de trabalho em rede. Nesse sentido, verifica-se uma série de esforços da organização a fim de formar um corpo institucional capaz de identificar as demandas, financiar e gerenciar os projetos multilaterais de cooperação³³.

No ano 2000, na III Conferência de Chefes de Estado e de Governo da CPLP realizada em Maputo, os membros assumiram o compromisso de realizar esforços e direcionar recursos a ações e projetos de prevenção e combate ao HIV/AIDS, tema então preponderante nos debates³⁴. Em 2002, por ocasião da IV Conferência de Chefes de Estado e de Governo da CPLP, as áreas temáticas de cooperação ampliaram-se de cinco (econômica, social, cultural, jurídica e técnico-científica) para 12 (adicionadas as áreas da educação, saúde, ciência e tecnologia, defesa, agricultura, administração pública, comunicações, justiça, segurança pública, cultura, desporto e comunicação social), autonomizando a cooperação em saúde. Verifica-se uma diversificação, já que as áreas não são apenas técnicas e evidenciam outras dimensões, como a de defesa. Em 2006, no ensejo da VI Conferência de Chefes de Estado e de Governo da CPLP, estabeleceu-se que os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) deveriam passar a orientar as ações de cooperação do bloco. Como destacam Queiroz e Alves, no que diz respeito à saúde, tinha-se por metas a redução da mortalidade infantil em dois terços, a melhoria do acesso à saúde reprodutiva, a redução da mortalidade materna em três quartos e o combate ao HIV/AIDS, à malária, à tuberculose e a outras doenças infecciosas endêmicas³⁵.

A cooperação na área da saúde no âmbito da CPLP também se insere no conceito de cooperação Sul-Sul e na denominada “diplomacia da saúde”³⁶, direcionada à resolução de problemas globais que transcendem as fronteiras dos países por meio de uma maior intercessão entre as áreas de relações exteriores e de saúde, permitindo a inserção nas políticas nacionais, por exemplo, para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável das Nações Unidas no campo da saúde.

No âmbito da CPLP, a primeira reunião setorial formal de ministros da Saúde ocorreu em abril de 2008 na Praia, Cabo Verde. Nela, decidiu-se estabelecer o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS-CPLP) para o período de 2010 a 2012³⁷, cuja elaboração foi coordenada pela Fiocruz e pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) de Portugal que passaram a orientar as ações de

³³ RIZZI, Kamilla Raquel; SILVA, Isabella Cruzichi da. *op. cit.*, p. 48.

³⁴ QUEIROZ, Luciano Ávila; ALVES, Layana Costa. *op. cit.*, p. 99.

³⁵ *Id. Ibid.*, p. 99.

³⁶ BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto. *op. cit.*, p. 109.

³⁷ COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA – CPLP. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-4176.aspx>. Acesso em: 19 jul. 2021.

cooperação em saúde no âmbito da entidade. A primeira versão do plano foi aprovada na II Reunião dos Ministros da Saúde da CPLP, realizada em 2009 no Estoril, Portugal. A CPLP também assinou acordos com várias agências da ONU, como o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Há muitas assimetrias e diferenças no tocante aos indicadores de saúde nos países da CPLP. O fato de vários deles haverem saído de situações de guerra e necessitarem de construção de infraestrutura e desenvolvimento de mão de obra capacitada tornou o campo da saúde um *locus* de preferência para ações de cooperação, e foi justamente nele que se criou o primeiro plano setorial da comunidade:

Após tratativas iniciais conduzidas pelo Secretariado Executivo da CPLP, o Conselho dos Ministros da Saúde reuniu-se em Praia, Cabo Verde, em abril de 2008 e decidiu sobre o desenvolvimento do Plano. Nesta oportunidade, os então chamados “pontos focais da saúde”, funcionários de alto nível dos Ministérios da Saúde, indicados e “empoderados” pelos respectivos Ministros, foram apontados como as instâncias responsáveis tanto pela identificação da “oferta” de cooperação em saúde que cada país poderia fazer aos demais, quanto pelas “necessidades” de cooperação visando o efetivo desenvolvimento do sistema de saúde do respectivo país e da Comunidade como um todo. Esta etapa foi realizada entre abril e setembro de 2008, num processo intensamente participativo que contou com visitas técnicas aos países da Fiocruz e do IHMT, responsáveis também pela elaboração da primeira versão do PECS³⁸.

Continuam Buss e Ferreira, destacando que:

Reconhecendo as ligações entre saúde e desenvolvimento e atentando que a saúde é um direito fundamental e obrigação do Estado, o propósito principal do Plano é fixado como “o aperfeiçoamento dos sistemas de saúde dos Estados membros da CPLP, de forma a garantir o acesso universal a serviços de saúde de qualidade”. As principais estratégias utilizadas são a capacitação de recursos humanos e a implementação de projetos estruturantes que reforcem a capacidade institucional dos sistemas de saúde.

Entre os resultados a serem alcançados estão as reduções das mortalidades infantil e materna, o acesso universal aos cuidados integrais de saúde com ênfase na atenção primária e à saúde reprodutiva, além da prevenção e combate às grandes

³⁸BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto. *op. cit.*, p. 109.

endemias, como sejam HIV/SIDA, tuberculose e malária, doenças negligenciadas e doenças emergentes como a influenza/gripe H1N1, em todos os casos com uma perspectiva de igualdade de gênero (CPLP, 2009)³⁹.

A atuação da Fiocruz (Brasil) e do IHMT (Portugal), no suporte técnico, e do Conselho de Ministros da Saúde dos Estados-membros e do Grupo Técnico de Saúde da CPLP, materializa a atuação nesse campo. Conforme a última versão do PECS-CPLP, aprovada em 17 de abril de 2018⁴⁰, priorizaram-se o cumprimento dos ODS das Nações Unidas, como orientação central, e o papel transversal da saúde para o alcance dessas metas, como estratégia fundamental.

Foram identificados seis eixos principais para a definição de projetos prioritários e metas do PECS-CPLP entre 2018 e 2021, a saber:

1. Formação e Desenvolvimento da Força de Trabalho em Saúde;
2. Sistemas de Saúde;
3. Informação e Comunicação em Saúde;
4. Investigação em Saúde;
5. Monitorização e Análise da situação de saúde e do cumprimento dos ODS;
6. Emergências e Desastres Naturais⁴¹.

Quanto à governança do plano estratégico, foi aprovada pelos ministros a criação do Grupo Técnico da Saúde (GTS) e do Fundo Setorial da Saúde da CPLP. O primeiro é composto por peritos da área da saúde, designados pelos respectivos ministérios dos países-membros, cabendo-lhe formular, coordenar e monitorar projetos, iniciativas e redes de cooperação estabelecidos no âmbito do PECS. Já o Fundo Setorial de Saúde da CPLP é constituído por contribuições oriundas dos Estados-membros, de Estados terceiros, de organizações e agências internacionais e “de entidades públicas ou privadas, de dentro ou de fora da Comunidade, com a finalidade de financiar iniciativas de cooperação na área da saúde, sempre alinhadas aos eixos prioritários do PECS”⁴².

A preocupação com o financiamento encontra-se também no item 3.2 do PECS aprovado em 2018, já que a sustentabilidade de recursos é considerada “fator absolutamente decisivo para o cumprimento do programa de ação proposto”⁴³. Para tal fim, preveem: a) Prospecção e divulgação de oportunidades de financiamento para projetos nacionais, bilaterais e comunitários;

³⁹ BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto. *op. cit.*, p. 110.

⁴⁰ REDE INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO EM TÉCNICOS EM SAÚDE - RETS. *CPLP finalizou Plano Estratégico de Cooperação em Saúde 2018-2021*, *cit.*

⁴¹ COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA – CPLP. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-4176.aspx>. Acesso em: 19 jul. 2021.

⁴² QUEIROZ, Luciano Ávila; ALVES, Layana Costa. *op. cit.*, p. 101.

⁴³ COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA – CPLP. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-4176.aspx>. Acesso em: 19 jul. 2021.

b) Realização de uma Mesa Redonda de Parceiros de Desenvolvimento em tempo oportuno e com regularidade;

c) Advocacia e mobilização de financiamento dos Estados-Membros, inclusive os próprios Ministérios da Saúde⁴⁴.

Em outubro de 2017, por ocasião da IV Reunião Ordinária de Ministros da Saúde da CPLP, o Brasil comprometeu-se a apoiar técnica e financeiramente quatro iniciativas, destacadas por Queiroz e Alves:

a criação da Rede de Bancos de Leite Humano da CPLP; o estabelecimento do Grupo de Trabalho permanente da CPLP em Telemedicina e Telessaúde; a criação da Rede de pontos focais para reestruturação do ePORTUGUÊS e o reforço da Rede de Institutos Nacionais de Saúde Pública da CPLP⁴⁵.

A Rede de Bancos de Leite Humano destina-se a ser um fórum de troca permanente de informações e de compartilhamento de boas práticas, visando a aumentar o êxito e a sustentabilidade de novas iniciativas nos países da CPLP, tendo impacto positivo direto na redução da mortalidade neonatal – conforme exemplo exitoso de Cabo Verde, resultado de cooperação bilateral, mas que pode ser estendida multilateralmente, principalmente pela demonstração da possibilidade de se superarem desafios técnicos e culturais comuns a diferentes países do continente africano.

O grupo de trabalho relacionado a ações em telemedicina e telessaúde pretende desenvolver ferramentas que possibilitem reduzir desigualdades e permitir o acesso a serviços de qualidade pela população dos Estados-membros, notadamente residentes em locais afastados de centros mais desenvolvidos e onde haja carência de profissionais especializados em determinadas searas. Por telemedicina, entende-se a “prestação de serviços de saúde por meio de tecnologias da informação e da comunicação, em que o profissional de saúde e o paciente não estão presentes fisicamente no mesmo local”⁴⁶. No contexto europeu, o documento “Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões -- Uma agenda digital para a Europa”⁴⁷ estabeleceu como meta a utilização da

⁴⁴COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA – CPLP. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-4176.aspx>. Acesso em: 19 jul. 2021.

⁴⁵QUEIROZ, Luciano Ávila; ALVES, Layana Costa. *op. cit.*, p. 102.

⁴⁶PEREIRA, Alexandre Libório Dias. Telemedicina e farmácia online: aspectos jurídicos da eHealth. In: LOUREIRO, João; PEREIRA, André Dias; BARBOSA, Carla (Orgs). *Direito da saúde: estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Guilherme de Oliveira*. Coimbra: Almedina, 2016. v. 5, p. 229-230.

⁴⁷COMISSÃO EUROPEIA. *Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões*. Uma agenda digital para a Europa. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0245:FIN:pt:PDF>. Acesso em: 19 jul. 2021.

telemedicina naquele continente até o ano de 2020. Há países da CPLP que não regularam ainda essa possibilidade⁴⁸.

Já o ePORTUGUÊS pretende ser uma rede de informação em saúde destinada a fortalecer a colaboração entre instituições e profissionais de saúde da CPLP, auxiliando na formação de mão de obra e na produção e difusão de conhecimento em português, adequado à realidade e às necessidades dos países-membros.

Quanto à atuação da Rede de Institutos Nacionais de Saúde Pública (RINSP) da CPLP, destaca-se a criação do Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP) de Cabo Verde e a inauguração do novo prédio do Instituto Nacional de Saúde (INS) de Moçambique.

Recente iniciativa multilateral do Brasil, em nome da CPLP, transcorreu em 2018 por ocasião da 71ª Assembleia Mundial da Saúde, em Genebra, quando o então ministro brasileiro da Saúde, Gilberto Occhi, proferiu discurso enaltecendo a atenção que os países-membros da comunidade dão “ao fortalecimento de nossos sistemas de saúde e ao acesso universal a cuidados de saúde de qualidade como meios para construção de capacidades e promoção do desenvolvimento”⁴⁹. Destacaram-se a importância da saúde como componente transversal da Agenda 2030 das Nações Unidas e também as iniciativas bem-sucedidas da CPLP em áreas como saúde materno-infantil, formação de profissionais de saúde e controle de doenças como tuberculose, HIV/AIDS e malária. Ressaltou-se, também, a defesa histórica que o Brasil faz do multilateralismo e a importância da OMS para se alcançar cobertura universal em saúde e melhoria da qualidade de vida das populações.

A etapa do PECS-CPLP⁵⁰ que será executada no período 2018-2021 tem como orientação central o cumprimento das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), definidos por representantes dos 193 Estados-membros da ONU em 2015, quando foi reconhecido que “a erradicação da pobreza em todas as suas formas e dimensões, incluindo a pobreza extrema, é o maior desafio global e um requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável”⁵¹. Na mesma ocasião, houve a aprovação do documento denominado “Transformando o Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável”, no qual

⁴⁸No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM) chegou a editar uma resolução sobre o tema (Resolução CFM 2.227/2018), tendo sido posteriormente revogada com a justificativa da necessidade de aprofundar o estudo da matéria.

⁴⁹OCCHI, Gilberto. *Discurso por ocasião da sessão plenária da 71ª Assembleia Mundial da Saúde*. Genebra, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/24/71a-AMS-Discurso-do-Ministro-da-Saude-Gilberto-Occhi-2018.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2019.

⁵⁰COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA – CPLP. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-4176.aspx>. Acesso em: 19 jul. 2021.

⁵¹PLATAFORMA AGENDA 2030. Disponível em: <http://www.agenda2030.org.br/>. Acesso em: 19 jul. 2021.

os países comprometeram-se a “tomar medidas ousadas e transformadoras para promover o desenvolvimento sustentável” nos 15 anos seguintes, “sem deixar ninguém para trás”⁵².

A Agenda é “um plano de ação para as pessoas, para o planeta e para a prosperidade, que busca fortalecer a paz universal” e

[...] indica 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, os ODS, para erradicar a pobreza e promover vida digna para todos, dentro dos limites do planeta [...], para que todos os países adotem de acordo com suas próprias prioridades e atuem no espírito de uma parceria global que orienta as escolhas necessárias para melhorar a vida das pessoas⁵³.

Assim, propõem metas integradas que abordam a promoção da saúde e do bem-estar como essencial ao fomento das capacidades humanas.

Ressalta-se o terceiro ODS, que visa a “assegurar uma vida saudável e a promoção do bem-estar para todos, em todas as idades”. A meta traçada nesse ODS para 2020 era “reduzir pela metade as mortes e as lesões globais por acidentes em estradas”. As metas a serem alcançadas até 2030 são:

reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos; acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por mil nascidos vivos; acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis; reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por meio de prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar; reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool; assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais; atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos; e reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo⁵⁴.

⁵² PLATAFORMA AGENDA 2030. Disponível em: <http://www.agenda2030.org.br/>. Acesso em: 19 jul. 2021.

⁵³ *Id. Ibid.*

⁵⁴ *Id. Ibid.*

Nas principais áreas de intervenção da CPLP, a aprovação da Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável, que introduziu os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, identifica uma nova oportunidade para reforçar a intervenção em seu pilar de cooperação. Entre 2016 e 2017, com a execução do Plano Indicativo de Cooperação (PIC), a CPLP demonstrou uma dinâmica positiva e o reforço da importância estratégica associada ao pilar da cooperação enquanto instrumento operacional e de diálogo político no seio da comunidade⁵⁵.

Essa dinâmica foi acompanhada pela crescente visibilidade e pelo reconhecimento do papel da CPLP em domínios de cooperação como saúde, segurança alimentar e nutricional, trabalho e assuntos sociais (designadamente no domínio do trabalho infantil), direitos humanos e energia. No entanto, nota-se que os progressos registrados foram assimétricos, tanto no que diz respeito às áreas técnicas quanto no que toca à apropriação e ao reforço da responsabilidade conjunta dos Estados-membros da CPLP em relação à agenda e aos instrumentos comunitários aprovados.

Na perspectiva de cooperação, a CPLP deu um importante passo na promoção da saúde de gestantes e crianças com a I Reunião da Rede de Bancos de Leite Humano, em outubro de 2018 na cidade de Praia, Cabo Verde, com representantes dos seguintes países: Brasil, Cabo Verde, Portugal, Moçambique e Angola. O encontro teve como principal objetivo a produção de um plano das atividades que cada país participante realizaria, consolidando a agenda de trabalho da rede temática da comunidade⁵⁶.

A Fiocruz, que abriga o Centro de Referência da Rede Global de Bancos de Leite Humano (rBLH), também passou a atender as demandas da CPLP. A rBLH conta com 224 unidades de Banco de Leite Humano. A tecnologia brasileira é modelo para a cooperação internacional em mais de 20 países das Américas, Europa e África⁵⁷.

O modelo da rede, desenvolvido pelos pesquisadores da Fiocruz, é pautado no investimento em tecnologia moderada e de baixo custo, mas sensível o suficiente para assegurar o padrão de qualidade reconhecido internacionalmente. A fundação brasileira buscou uma cooperação baseada não apenas em transferência de tecnologia, mas de compartilhamento de princípios, uma vez que a rede é uma

⁵⁵ COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA – CPLP. *Principais áreas de intervenção*. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-4457.aspx>. Acesso em: 02 maio 2019.

⁵⁶ CÂMERA, Aline. I Reunião da Rede de Bancos de Leite Humano da CPLP ocorre em Cabo Verde. *Agência Fiocruz de Notícias*, 15 dez. 2018. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/i-reuniao-da-rede-de-bancos-de-leite-humano-da-cplp-ocorre-em-cabo-verde>. Acesso em: 20 maio 2019.

⁵⁷ BRASIL é referência em doação de leite materno. *Gov.br*. Brasília, 17 fev. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/02/brasil-e-referencia-saude-em-doacao-de-leite-materno>. Acesso em: 16 ago. 2021.

estratégia de qualificação técnica e ambiental em termos de segurança alimentar e nutricional. A implantação da rBLH da CPLP reforça o compromisso com a Agenda 2030 no que diz respeito à redução da morbimortalidade infantil com ênfase no componente neonatal.

Aliás, a rBLH se encaixa em pelo menos três dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: erradicação da fome (ODS 2); saúde de qualidade (ODS 3); e parceria pelas metas (ODS 17). A cooperação exercida pela rede pode ir além da transferência de princípios em uma área e ser realmente estruturante para os países parceiros, sendo utilizada no fortalecimento do sistema de saúde como um todo⁵⁸.

Como exemplo do trabalho da rBLH, têm-se os bons resultados alcançados em Cabo Verde, segundo o Terceiro Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (IDSR - III), apresentado em fevereiro de 2019 pelo Instituto Nacional de Estatísticas (INE) e que comparou dados de 2018 com os de 2005. Segundo os resultados preliminares da pesquisa, a mortalidade infantil (crianças com menos de 1 ano) passou de 30% em 2005 para 16% em 2018 e a mortalidade infanto-juvenil (crianças de menos de 5 anos), de 33% para 18%; 45% das crianças com até cinco meses não ingeriam outro tipo de alimento (inclusive água) em 2018, contra 28% em 2005; 86% das gestantes cabo-verdianas haviam feito pelo menos quatro consultas pré-natais, acima dos 72% em 2005; 97% das mães tiveram seus filhos assistidos por um profissional da saúde em 2018 (com os partos realizados em estruturas de saúde), em comparação com 78% de 13 anos antes; e 87% das mulheres receberam cuidados pós-natais nos dois dias que seguiram o nascimento, contra 65% em 2005⁵⁹. Esses resultados mostram a sua relação direta entre a queda da mortalidade infantil e a assistência à saúde na gestação, no parto e no puerpério.

Discutidas a cooperação bilateral do Brasil com os Palop e a cooperação multilateral em saúde entre os membros da CPLP, apresenta-se a Tabela 1 com a síntese dos principais objetivos e dos resultados encontrados até 2019 para posteriormente, identificar os desafios futuros a essas relações, tendo em vista o cumprimento das metas dos ODS das Nações Unidas para o período de 2015 a 2030, tutelando a dignidade da pessoa humana e o direito à saúde.

⁵⁸TOURINHO, Raíza. Novas diretrizes para a Rede Global de Bancos de Leite Humano. *Agência Fiocruz de Notícias*, 05 out. 2015. Disponível em: [https:// agencia.fiocruz.br/novas-diretrizes-para-rede-global-de-bancos-de-leite-humano](https://agencia.fiocruz.br/novas-diretrizes-para-rede-global-de-bancos-de-leite-humano). Acesso em: 10 abr. 2019.

⁵⁹MORTALIDADE Infantil em Cabo Verde caiu pela metade em 13 anos. *Diário de Notícias, Lusa*, 18 fev. 2019. Disponível em: <https://www.dn.pt/lusa/interior/mortalidade-infantil-em-cabo-verde-caiu-para-metade-em-13-anos-10590911.html>. Acesso em: 10 abr. 2019.

Tabela 1. Principais objetivos e resultados encontrados na pesquisa.

Objetivo	Resultados encontrados
1 - Examinar como se dá a cooperação em saúde entre o Brasil e os países de língua portuguesa, identificando os desafios e as perspectivas que delineiam o futuro dessa cooperação.	<ul style="list-style-type: none">• A cooperação do Brasil se dá em cumprimento aos princípios que regem sua atuação nas relações internacionais, como a prevalência dos direitos humanos e a cooperação entre os povos para o progresso da humanidade.• A construção de um espaço lusófono foi favorecida pela aproximação de Portugal com suas antigas colônias como forma de se contrapor à hegemonia de países de língua inglesa e francesa no território africano.• A criação da CPLP, como organismo multilateral, serviu para ajudar a promoção da cooperação cultural, política e econômica entre os países.• A análise dos projetos de cooperação deve ser melhorada, com avaliação posterior dos resultados.• Necessidade de se estabelecerem mecanismos de resposta para atender a crises humanitárias.• Necessidade de criação de um marco legal de cooperação para garantir a continuidade dos projetos em andamento quando ocorrerem mudanças administrativas nos países.• Necessidade de garantia de sustentabilidade financeira, com previsibilidade de recursos para favorecer a autonomia das redes e dos projetos do plano estratégico.
2 - Examinar se a cooperação bilateral e multilateral estaria em risco em razão da mudança política no Brasil	<ul style="list-style-type: none">• Existe risco de descontinuidade de implantação de projetos estruturantes que reforçam a capacidade institucional do sistema de saúde, como formação de recursos humanos e promoção, proteção e prevenção de agravos à saúde.• Existe risco de desvalorização das mais valias já obtidas por meio de cooperações anteriores;• Existe risco de paralisação e/ou cancelamento da execução dos projetos causada pela mudança administrativa no Brasil e a implantação do novo plano de governo.

Fonte: Elaboração dos autores.

III. Desafios e perspectivas da cooperação em saúde no espaço lusófono

Ainda é cedo para se prever como serão conduzidas as iniciativas brasileiras no tocante à cooperação em saúde no espaço lusófono face à eleição de um governo que emitiu declarações em favor de um maior envolvimento com países do Atlântico Norte. Espera-se que permaneça a ênfase no multilateralismo e não se desperdicem as mais valias já obtidas por meio das cooperações bilateral e multilateral empreendidas até agora.

É de se supor que o envolvimento brasileiro, sua importância para a CPLP e o nível de institucionalidade já existente impeçam retrocessos significativos.

Destaque-se, nesse particular, a atuação da ABC, no âmbito do Ministério das Relações Exteriores, e da AISA, no âmbito do Ministério da Saúde.

A própria ampliação da influência brasileira no contexto das relações Sul-Sul e globais seria afetada por eventual refluxo das ações brasileiras nesse campo. Nem mesmo a crise econômica e a mudança política operada após a destituição da presidente Dilma Rousseff afetou a “pauta de cooperação em saúde com os Palop”, a qual foi mesmo ampliada⁶⁰.

Sem dúvida são necessários avanços como a criação de um marco legal que defina como se deve dar a cooperação brasileira nos planos bilateral e multilateral⁶¹. Tal marco deve partir da exigência constitucional de se observarem os direitos humanos e a cooperação entre os povos para o progresso da humanidade como princípios das relações internacionais do Estado brasileiro – progresso devendo aqui ser ressignificado para considerar não apenas o desenvolvimento econômico, mas também o humano, e a defesa da afirmação de capacidades mínimas que devem ser asseguradas a todas as pessoas, quer pelo Brasil, quer pelos países com os quais mantém relações.

A busca de sustentabilidade financeira é também um ponto a ser ressaltado. Ampliar a previsibilidade de recursos e a participação dos Estados-membros da CPLP, de maneira a favorecer a “autonomia das Redes e projetos dos PECS”⁶², apresenta-se como essencial para alcançar esse desiderato. Como exemplo, cita-se a crise humanitária em Moçambique, motivada por catástrofe natural ocorrida em 2019, que revelou a inexistência, no âmbito da CPLP, de mecanismos de resposta rápida a tais emergências, tanto que se anunciou a criação de um Fundo de Solidariedade⁶³ e se discutiu, por ocasião da V Reunião dos Ministros do Interior e Administração Interna da CPLP, em abril de 2019 em Cabo Verde, com a presença do Secretário Executivo do Ministério da Justiça e Segurança Pública do Brasil, a criação de tais mecanismos.

O envolvimento da comissão temática referente à saúde em tais iniciativas é evidente e foi ressaltado pela CPLP diante da ampliação de riscos e de agravos à saúde em virtude de ocorrências climáticas. A questão foi incluída na pauta da referida reunião, na qual os ministros reconheceram que as alterações climáticas constituem uma das mais prementes ameaças da atualidade e do futuro para pessoas e bens, particularmente gravosas para Estados insulares e costeiros. Eles assumiram a necessidade de adotar medidas conjugadas para a prevenção da exposição dos Estados-membros da CPLP a tais fenômenos, bem como de estabelecer mecanismos de intervenção

⁶⁰QUEIROZ, Luciano Ávila; ALVES, Layana Costa. *op. cit.*, p. 93-94.

⁶¹*Id. Ibid.*, p. 103.

⁶²*Id. Ibid.*, p. 105.

⁶³CPLP cria Fundo de Solidariedade para Moçambique. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-4447.aspx?Action=1&NewsId=8300&M=NewsV2&PID=10872>. Acesso em: 25 mar. 2019.

coordenada e rápida em situações de emergência humanitária por catástrofes naturais, considerando que os impactos das alterações climáticas exigem medidas imediatas e concretas. Nesse sentido, incentivam o desenvolvimento dos trabalhos em torno de uma Plataforma de Redução de Riscos de Catástrofes da CPLP, fundamental para a promoção de uma cultura de segurança e resiliência global perante os desafios sociais, econômicos e ambientais cada vez mais presentes nas sociedades atuais⁶⁴.

Problemas decorrentes de crises institucionais, como as que afetaram a Guiné-Bissau em 2014 e levaram à suspensão de ações de cooperação, demonstram também “a suscetibilidade das ações de cooperação a situações de instabilidades políticas e econômicas”⁶⁵. Mudanças de gestão afetam igualmente a continuidade administrativa e a execução de projetos, paralisando ou mesmo levando ao cancelamento de iniciativas traçadas anteriormente.

Tais fatores devem levar a uma melhor definição de quais novas iniciativas devem ser adotadas no que diz respeito à capacidade do Brasil e de outros parceiros executarem os projetos, bem como ao aperfeiçoamento dos mecanismos de monitorização e avaliação do que foi desenvolvido até então.

Não se pode perder de vista, por fim, que a cooperação, por definição, é uma via de mão dupla. Ela permite aprimorar os cuidados de saúde não apenas em países parceiros, mas também no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil. O aprendizado recíproco que a cooperação em saúde proporciona deve ser visto não apenas como um mecanismo solidário em relação aos demais Estados, mas como ferramenta de aperfeiçoamento da saúde no Brasil. Isso é particularmente importante no contexto em que se celebram os pouco mais de 30 anos do SUS e de sua promessa de instituir acesso universal, igualitário, integral e participativo à saúde a todos os brasileiros.

O SUS é organizado como um sistema descentralizado com distribuição hierárquica de atribuições, cabendo a atenção básica aos municípios, a de média complexidade a estados e municípios e a de alta complexidade aos estados. A atenção básica é realizada principalmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), que deveriam ser constituídas por um clínico geral, um pediatra, um ginecologista e um obstetra, profissionais que poderiam resolver muitos problemas da população a um custo orçamentário previsível. No entanto, a atenção básica está deficiente no Brasil⁶⁶, padecendo de falta de investimentos. Gasta-se mais com a atenção de alta

⁶⁴ COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA – CPLP. *Declaração da V Reunião dos Ministros do Interior e Administração Interna da CPLP*. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-4447.aspx?Action=1&NewsId=8333&M=NewsV2&PID=10872>. Acesso em: 25 ago. 2019.

⁶⁵ QUEIROZ, Luciano Ávila; ALVES, Layana Costa. *op. cit.*, p. 97.

⁶⁶ ROCHA, Cristina Coelho da; SMOLENTZOV, Vera Maria Nevez. Políticas de saúde sobre doença renal crônica, diálise e transplante no Brasil. In: SILVA JUNIOR, Geraldo Bezerra da; OLIVEIRA, Juliana Gomes Ramalho de; BARROS, Elvino; MARTINS, Carmen Tzanno Branco (Orgs.). *A Nefrologia e o Sistema de Saúde do Brasil*. São Paulo: Livraria Balieiro, 2019. p. 63.

complexidade, de alto custo, quando se deveria investir mais na prevenção; com isso, doenças originadas por causas sociais, decorrentes da desigualdade gritante da sociedade brasileira, ficam sem atenção. Também se investe mal na prevenção de doenças crônico-degenerativas, cujo tratamento vai posteriormente custar mais caro, como ocorre com doenças cardiovasculares, renais e hepáticas.

A cooperação internacional em saúde, que busca o cumprimento dos ODS como tarefa que vincula o Estado brasileiro não apenas no tocante a suas relações internacionais, mas também no âmbito interno, destaca a importância dos cuidados básicos e da prevenção, dimensões que devem ser reforçadas pelo Brasil para sua população.

Conclusão

O presente trabalho buscou examinar como se dá a cooperação em saúde entre o Brasil e os países de língua oficial portuguesa, identificando os desafios e as perspectivas que delineiam o futuro dessa cooperação no espaço lusófono.

A pesquisa evidenciou a intenção do Brasil de cumprir princípios que regem sua atuação nas relações internacionais: a prevalência dos direitos humanos, dentre os quais o relativo à saúde, e a cooperação entre os povos para o progresso da humanidade, conforme o artigo 4º, incisos II e IX, da Constituição Federal de 1988.

Quanto à CPLP, foi criada como organismo multilateral em que se afirma interesse na promoção de cooperação nos campos cultural, político e econômico. No âmbito da cooperação multilateral em saúde, observou-se que, desde 1990, com a reaproximação entre Portugal e suas antigas colônias (dentre elas o Brasil), afirmou-se a construção de um espaço lusófono como forma de se contrapor à hegemonia de países de língua inglesa e francesa no território africano.

Entretanto, encontram-se desafios a essas iniciativas de cooperação, sendo necessário considerar o possível risco de descontinuidade da implementação de projetos estruturantes que reforçam a capacidade institucional do sistema de saúde, bem como a capacitação e a formação de recursos humanos para promoção, proteção e prevenção de agravos à saúde nos países lusófonos e a desvalorização das mais valias já obtidas por meio da cooperação empreendida até o momento.

Considera-se também que a possibilidade de mudança na política administrativa do Brasil, com a implantação do novo plano de governo, pode causar modulações de gestão que afetem a continuidade e a execução de projetos, paralisando ou mesmo levando ao cancelamento de iniciativas traçadas anteriormente com a possibilidade de inflexão na política externa, de forma que possa vir a privilegiar o maior envolvimento com países do Atlântico Norte em detrimento dos do Sul, bem como a redução da ênfase no multilateralismo. Também pode haver, quanto às ações desenvolvidas no continente africano, diminuição da cooperação e redução do

financiamento para ações que visem aos ODS e manifestam uma perspectiva mínima de concretização de direitos humanos fundamentais, inclusive o direito à saúde.

As perspectivas apresentadas apontam a necessidade de evitar atrasos e paralisações nos projetos em desenvolvimento sempre que ocorrerem mudanças administrativas, impedindo que retrocessos significativos venham a acontecer. Faz-se necessário, portanto, um esforço na esfera legislativa, como a criação de um marco legal para a cooperação fundado nos princípios que regem o Estado brasileiro em suas relações internacionais. Também se mostra necessária a busca por sustentabilidade financeira, com a ampliação e a previsibilidade de recursos, e por participação dos Estados-membros, de maneira a favorecer a autonomia das redes e dos projetos dos PECS. Além disso, ressalta-se a necessidade de melhorar a análise dos projetos, com avaliação posterior de seus resultados, e de estabelecer mecanismos de resposta a crises humanitárias.

Referências

AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO – ABC. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/projetos/cooperacaoosul/palop>. Acesso em: 19 jul. 2021

BRASIL é referência em doação de leite materno. *Gov.br*. Brasília, 17 fev. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/02/brasil-e-referencia-em-doacao-de-leite-materno>. Acesso em: 16 ago. 2021.

BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto. Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul Saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP). *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 106-118, mar. 2010. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/download/712/1357>. <https://doi.org/10.3395/reciis.v4i1.712>.

CÂMERA, Aline. I Reunião da Rede de Bancos de Leite Humano da CPLP ocorre em Cabo Verde. *Agência Fiocruz de Notícias*, 15 dez. 2018. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/i-reuniao-da-rede-de-bancos-de-leite-humano-da-cplp-ocorre-em-cabo-verde>. Acesso em: 20 maio 2019.

COMISSÃO EUROPEIA. *Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões*. Uma agenda digital para a Europa. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0245:FIN:pt:PDF>. Acesso em: 19 jul. 2021.

COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA – CPLP. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-4176.aspx>. Acesso em: 19 jul. 2021.

COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA – CPLP. *Declaração da V Reunião dos Ministros do Interior e Administração Interna da CPLP*. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-4447.aspx?Action=1&NewsId=8333&M=NewsV2&PID=10872>. Acesso em: 25 ago. 2019.

COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA – CPLP. *Principais áreas de intervenção*. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-4457.aspx>. Acesso em: 02 maio 2019.

CPLP cria Fundo de Solidariedade para Moçambique. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-4447.aspx?Action=1&NewsId=8300&M=NewsV2&PID=10872>. Acesso em: 25 mar. 2019.

CPLP e relações EU/MERCOSUL na conversa entre Marcelo e Bolsonaro. *Público e Lusa*, 1º jan. 2019. Disponível em: <https://www.publico.pt/2019/01/01/politica/noticia/cplp-relacoes-uemercosul-conversa-marcelo-bolsonaro-1856356#gs.yEu1Gcbd>. Acesso em: 1º mar. 2019.

ELEIÇÕES brasileiras: relações Brasil-África em risco com a eleição de Bolsonaro? *DW*, 29 out. 2018. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-002/elei%C3%A7%C3%B5es-brasileiras-rela%C3%A7%C3%B5es-brasil-%C3%A1frica-em-risco-com-elei%C3%A7%C3%A3o-de-bolsonaro/a-46080677>. Acesso em: 1º mar. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. *Convenção-quadro para o Controle do Tabaco*. Texto oficial. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/convencao-quadro-para-o-controle-do-tabaco-texto-oficial>. Acesso em: 19 jul. 2021

MARTINI, Sandra Regina; WÜNSCH, Marina Sanches. Cooperação internacional e efetivação do direito à saúde: uma análise a partir da agenda do BRIC. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 39-61, jul./out. 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/142011/137254>. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v18i2p39-61>.

MORTALIDADE Infantil em Cabo Verde caiu pela metade em 13 anos. *Diário de Notícias, Lusa*, 18 fev. 2019. Disponível em: <https://www.dn.pt/lusa/interior/mortalidade-infantil-em-cabo-verde-caiu-para-metade-em-13-anos-10590911.html>. Acesso em: 10 abr. 2019.

NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 19 jul. 2021.

NUSSBAUM, Martha. *Fronteiras da justiça: deficiência, nacionalidade, pertencimento à espécie*. São Paulo: Martins Fontes, 2013.

OCCHI, Gilberto. *Discurso por ocasião da sessão plenária da 71ª Assembleia Mundial da Saúde*. Genebra, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/24/71a-AMS-Discurso-do-Ministro-da-Saude-Gilberto-Occhi-2018.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2019.

PEREIRA, Alexandre Libório Dias. Telemedicina e farmácia online: aspectos jurídicos da eHealth. In: LOUREIRO, João; PEREIRA, André Dias; BARBOSA, Carla (Orgs). *Direito da saúde: estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Guilherme de Oliveira*. Coimbra: Almedina, 2016. v. 5.

PLATAFORMA AGENDA 2030. Disponível em: <http://www.agenda2030.org.br/>. Acesso em: 19 jul. 2021.

PROGRESSO no desenvolvimento humano marcado por “grandes desigualdades”. *ONU News*, 14 set. 2018. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2018/09/1637922>. Acesso em: 03 mar. 2019.

QUEIROZ, Luciano Ávila; ALVES, Layana Costa. Cooperação em saúde com países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP). In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde e política externa: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://www-hmg.saude.gov.br/images/pdf/2018/outubro/22/07_Luciano_Avila_Layana_Alves.pdf.

REDE INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO EM TÉCNICOS EM SAÚDE - RETS. *CPLP finalizou Plano Estratégico de Cooperação em Saúde 2018-2021*. Disponível em: <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/noticias/cplp-finalizou-plano-estrategico-de-cooperacao-em-saude-2018-2021>. Acesso em: 24 fev. 2019.

RELATÓRIO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO 2018. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/library/idh/relatorios-de-desenvolvimento-humano/relatorio-do-desenvolvimento-humano-2018.html>. Acesso em: 25 ago. 2019.

RIZZI, Kamilla Raquel; SILVA, Isabella Cruzichi da. A CPLP como mecanismo de atuação do Brasil no Atlântico Sul: a ampliação da cooperação, os desafios e a possibilidade de liderança. *Revista Brasileira de Estudos Africanos*, v. 2, n. 4, p.32-63, jul./dez. 2017. <https://seer.ufrgs.br/rbea/article/download/79143/47055>. <https://doi.org/10.22456/2448-3923.79143>.

ROCHA, Cristina Coelho da; SMOLENTZOV, Vera Maria Nevez. Políticas de saúde sobre doença renal crônica, diálise e transplante no Brasil. In: SILVA JUNIOR, Geraldo Bezerra da; OLIVEIRA, Juliana Gomes Ramalho de; BARROS, Elvino; MARTINS, Carmen Tzanno Branco (Orgs.). *A Nefrologia e o Sistema de Saúde do Brasil*. São Paulo: Livraria Balieiro, 2019.

SEN, Amartya. *A ideia de justiça*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

TOURINHO, Raíza. Novas diretrizes para a Rede Global de Bancos de Leite Humano. *Agência Fiocruz de Notícia*, 05 out. 2015. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/novas-diretrizes-para-rede-global-de-bancos-de-leite-humano>. Acesso em: 10 abr. 2019.

Raimunda Antonila Campos Mota Pimentel - Mestranda de Direito Constitucional na Universidade de Fortaleza (Unifor). Advogada. Fortaleza/CE, Brasil. *E-mail*: camposantonila@gmail.com

Eduardo Rocha Dias - Doutorado em Direito pela Universidade de Lisboa (Portugal). Professor Titular da Universidade de Fortaleza (Unifor). Fortaleza/CE, Brasil. *E-mail*: eduardordias@hotmail.com