

**GOVERNANÇA GLOBAL E ACESSO A MEDICAMENTOS ESSENCIAIS: O
PAPEL DO DIREITO INTERNACIONAL NA PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM
SAÚDE**

**GLOBAL GOVERNANCE AND ACCESS TO ESSENTIAL MEDICINES: THE
ROLE OF INTERNATIONAL LAW IN PROMOTING HEALTH EQUITY**

**GOBERNANZA GLOBAL Y ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES: EL
PAPEL DEL DERECHO INTERNACIONAL EN LA PROMOCIÓN DE LA
EQUIDAD EN SALUD**

 <https://doi.org/10.56238/sevened2025.035-007>

Geraldo Emílio Porto

Especialização em Magistratura

Instituição: Escola Superior da Magistratura (ESMA)

E-mail: geraldoe.porto@gmail.com

Raíssa Maria dos Santos Sousa

Pós-graduada em Direito do Trabalho e Previdenciário

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC/MINAS)

E-mail: raissa.mariaadv@gmail.com

RESUMO

O presente capítulo analisa a governança global no acesso a medicamentos essenciais, destacando o paradoxo entre o reconhecimento formal do direito à saúde no direito internacional e as barreiras estruturais que perpetuam desigualdades, especialmente em países periféricos. Utilizando uma abordagem crítica e análise documental, o estudo examina o Acordo TRIPS como um mecanismo que, ao proteger patentes, restringe a produção de genéricos, enquanto a Declaração de Doha (2001) revela-se insuficiente diante de pressões geopolíticas. Casos como as licenças compulsórias no Brasil e na Índia, assim como o fracasso do waiver na pandemia, escancaram as assimetrias de um sistema onde interesses comerciais prevalecem sobre a saúde pública. A análise demonstra que a equidade em saúde depende não apenas de reformas no direito internacional, mas de uma ruptura com a arquitetura neoliberal que subordina vidas a patentes. O capítulo conclui que esse desafio exige coalizões políticas do Sul Global para reverter décadas de colonialismo farmacêutico, oferecendo insights para futuras mobilizações transnacionais.

Palavras-chave: Governança Global. Acesso a Medicamentos Essenciais. Direito Internacional. Acordo TRIPS. Equidade em Saúde.

ABSTRACT

This chapter examines global governance in access to essential medicines, highlighting the paradox between the formal recognition of the right to health in international law and the structural barriers that perpetuate inequalities, particularly in peripheral countries. Using a critical approach and document analysis, the study assesses the TRIPS Agreement as a mechanism that, by protecting patents, restricts generic drug production, while the Doha Declaration (2001) proves inadequate in the face of geopolitical pressures. Cases such as compulsory licensing in Brazil and India, alongside the failure of

the pandemic waiver, lay bare the asymmetries of a system where commercial interests prevail over public health. The analysis demonstrates that

Keywords: Global Governance. Access to Essential Medicines. International Law. TRIPS Agreement. Health Equity.

RESUMEN

Este capítulo analiza la gobernanza global en el acceso a medicamentos esenciales, destacando la paradoja entre el reconocimiento formal del derecho a la salud en el derecho internacional y las barreras estructurales que perpetúan las desigualdades, especialmente en los países periféricos. Mediante un enfoque crítico y análisis documental, el estudio examina el Acuerdo sobre los ADPIC como un mecanismo que, al proteger las patentes, restringe la producción de genéricos, mientras que la Declaración de Doha (2001) resulta insuficiente ante las presiones geopolíticas. Casos como las licencias obligatorias en Brasil e India, así como el fracaso de la exención durante la pandemia, exponen las asimetrías de un sistema donde los intereses comerciales prevalecen sobre la salud pública. El análisis demuestra que la equidad en salud depende no solo de reformas en el derecho internacional, sino de una ruptura con la arquitectura neoliberal que subordina las vidas a las patentes. El capítulo concluye que este desafío requiere coaliciones políticas del Sur Global para revertir décadas de colonialismo farmacéutico, ofreciendo perspectivas para futuras movilizaciones transnacionales.

Palabras clave: Gobernanza Global. Acceso a Medicamentos Esenciales. Derecho Internacional. Acuerdo sobre los ADPIC. Equidad en Salud.

1 INTRODUÇÃO

A contemporaneidade é marcada por profundas desigualdades no acesso a medicamentos essenciais, um fenômeno que reflete as contradições entre avanços tecnológicos e a persistência de barreiras estruturais em escala global. Essas desigualdades, que se manifestam em contextos econômicos, éticos e políticos, não apenas colocam em risco a saúde de milhões de pessoas, mas também evidenciam lacunas nos compromissos internacionais em relação ao direito à saúde. No ciclo saúde-doença, embora os avanços científicos tenham ampliado as possibilidades terapêuticas, eles também destacam as dificuldades em garantir que esses progressos sejam distribuídos de forma equitativa.

O direito à saúde, amplamente reconhecido em tratados internacionais como o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), estabelece que o acesso a medicamentos é uma obrigação dos Estados e da comunidade internacional, no entanto, a referida afirmação permeia apenas o campo teórico. Fora o cenário utópico, milhões de pessoas em países de baixa e média renda enfrentam barreiras que as excluem dos avanços terapêuticos, expondo falhas graves nos mecanismos internacionais de governança e regulação.

A governança global, no contexto da saúde pública, é entendida como um conjunto de normas, instituições e atores que deveriam colaborar para responder aos desafios sanitários que transcendem fronteiras nacionais. No entanto, essa governança frequentemente se mostra insuficiente, limitada por interesses econômicos e políticos divergentes que comprometem sua eficácia.

Não é contraditório afirmar que o direito internacional, ao reconhecer formalmente o acesso a medicamentos como direito humano, falha em superar a arquitetura neoliberal que subordina a saúde pública aos interesses das corporações farmacêuticas, perpetuando desigualdades estruturais

Um exemplo emblemático desse desequilíbrio é o Acordo TRIPS (Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio), implementado pela Organização Mundial do Comércio (OMC). Embora tenha sido projetado para harmonizar a proteção de patentes em escala global e incentivar a inovação, o TRIPS frequentemente se torna um obstáculo para países de baixa e média renda, ao dificultar a produção e distribuição de medicamentos genéricos. Esses medicamentos são, muitas vezes, a única opção economicamente viável para atender às necessidades básicas de saúde de milhões de pessoas.

O Acordo TRIPS, apesar de amplamente criticado por seu impacto negativo no acesso a medicamentos em países em desenvolvimento, oferece algumas opções de flexibilização que podem ser usadas para proteger a saúde pública em circunstâncias excepcionais. Entre elas, estão as licenças compulsórias, que permitem aos Estados autorizar a produção de medicamentos genéricos sem a necessidade de aprovação do titular da patente, em situações emergenciais.

Nesse cenário, surge uma questão central: como garantir que avanços terapêuticos beneficiem amplamente a população, sem ignorar a estrutura econômica que sustenta a inovação? Esse dilema vai além do debate teórico, exigindo soluções práticas que conciliem a necessidade de investimento contínuo em pesquisas científicas com a garantia de acessibilidade aos tratamentos para as populações mais vulneráveis.

Experiências recentes ajudam a ilustrar as dimensões desse problema. No Brasil e na Índia, as licenças compulsórias emergiram como ferramentas fundamentais para ampliar o acesso a medicamentos em situações críticas. Contudo, sua aplicação revelou as pressões econômicas e diplomáticas enfrentadas por governos que ousam desafiar o status quo de proteção às patentes.

Por sua vez, o consórcio COVAX, idealizado para promover uma distribuição mais equitativa de vacinas durante a pandemia de COVID-19, expôs as limitações da governança global em saúde, marcada por dificuldades de financiamento e uma distribuição desigual que favoreceu países mais ricos. Esses casos, embora distintos, compartilham um ponto central: a necessidade de um sistema mais inclusivo e resiliente, capaz de enfrentar desigualdades sem comprometer o avanço científico.

Para explorar esse dilema, este trabalho examinará exemplos concretos de aplicação das flexibilidades previstas no Acordo TRIPS e discutirá se essas limitações e exceções configuram uma violação ao sistema de patentes ou podem ser justificadas pelo princípio maior do direito à saúde, que prioriza a acessibilidade a medicamentos essenciais. Além disso, busca-se analisar o impacto dessa dicotomia entre os interesses econômicos e a autonomia dos países na formulação de políticas de saúde, à luz do direito universal à saúde.

2 DIREITO À SAÚDE E A GOVERNANÇA GLOBAL

No decorrer da construção social, os conceitos evoluem como reflexo das transformações culturais, sendo tanto produtos quanto processo desse mesmo desenvolvimento. A definição de saúde não é uma exceção a essa dinâmica. Inicialmente entendido apenas como a "ausência de doença", o termo foi ampliado ao longo do tempo, incorporando uma perspectiva mais holística e humanizada. Essa evolução foi consolidada em 1946, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde em sua Constituição como: "Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade."

Essa definição marca um avanço significativo, ao reconhecer a saúde como um componente multidimensional da dignidade humana, transcendendo o campo biomédico para abarcar fatores sociais, emocionais e ambientais. Em última análise, reafirma a saúde como um direito humano fundamental, indispensável para a promoção da equidade e do bem-estar nas sociedades contemporâneas.

Neste sentido conceitua os autores abaixo:

Os direitos humanos são cláusulas básicas, superiores e supremas que todo o indivíduo deve possuir em face da sociedade em que está inserido. São oriundos das reivindicações morais e políticas que todo ser humano almeja perante a sociedade e o governo. Nesse prisma, esses direitos dão ensejo aos denominados direitos subjetivos públicos, sendo em especial o conjunto de direitos subjetivos que em cada momento histórico concretiza as experiências de dignidade, igualdade e liberdade humanas. Essa categoria especial de direito subjetivo público (direitos humanos) é reconhecida positivamente pelos sistemas jurídicos nos planos nacionais e internacionais. (SIQUEIRA JÚNIOR; OLIVEIRA, 2009, p. 22).

Os direitos humanos constituem-se como limites materiais ao poder estatal e parâmetros éticos para a organização das sociedades, materializando-se em instrumentos jurídicos que buscam garantir dignidade em cada contexto histórico. No campo da saúde global, essa concepção emerge como antítese às lógicas mercantilizadoras que transformam o acesso a medicamentos em privilégio geoeconômico.

Neste contexto, é pertinente destacar que o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), adotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1966, estabelece em seu Artigo 12: "*Os Estados Partes [...] reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar do mais alto nível possível de saúde física e mental.*" (PIDESC, Artigo 12, 1966). Esta positivação do direito à saúde em documentos, representou uma vitória contra a naturalização das desigualdades, porém sua efetividade esbarra na assimetria de poder entre atores globais.

Dada a interdependência da saúde global, torna-se evidente a necessidade de garantir mecanismos que protejam esse direito em escala internacional. Para isso, é essencial a atuação coordenada de normas, instituições, processos e atores que interagem para enfrentar desafios sanitários que transcendem fronteiras nacionais.

A governança global em saúde surge, assim, como um mecanismo indispensável para coordenar esforços globais na proteção e promoção da saúde. Em um mundo cada vez mais interconectado, onde doenças e crises sanitárias rapidamente adquirem dimensões internacionais, a cooperação global é fundamental para enfrentar esses desafios de forma eficaz e equitativa.

É válido ressaltar que durante o processo de redemocratização do Brasil permitiu-se a implementação de políticas públicas, dentre as quais, destaca-se o Sistema Único de Saúde – SUS, salvaguardado pela Carta Magna de 1988, art. 196, em que dispõe: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Desse modo, diante os fundamentos basilares de proteção à saúde, certa de 80% da população brasileira depende, exclusivamente, do SUS.

Já o conceito de governança global em saúde surgiu com maior clareza nas últimas décadas do século XX, impulsionado por fatores como a globalização, o aumento das pandemias e o reconhecimento de que problemas de saúde pública, como a AIDS, malária e tuberculose, exigem respostas coletivas. Em 2000, o surgimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)

reafirmou a necessidade de colaboração global para reduzir desigualdades em saúde, consolidando o papel da governança global como um componente central do direito à saúde.

Em âmbito internacional, há uma pluralidade de atores, cada um com suas especificidades, mas desempenhando papéis complementares na promoção da saúde global. Entre esses atores, destacam-se a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU). A OMS desempenha um papel central na coordenação de esforços internacionais para promover a saúde e enfrentar desafios sanitários globais. Em sua constituição, a OMS declara: *"O gozo do mais alto padrão de saúde possível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, crença política ou condição econômica ou social."*(OMS, Constituição, 1946)

Adicionalmente, o Acordo TRIPS, supervisionado pela Organização Mundial do Comércio (OMC), regula aspectos da propriedade intelectual que impactam diretamente o acesso a medicamentos essenciais. Essa regulação reforça a necessidade de mecanismos internacionais que equilibrem inovação e acessibilidade, destacando o papel do direito internacional na promoção da saúde como um direito universal.

Ainda no contexto dos agentes que compõem a governança global em saúde, é fundamental reconhecer a diversidade de atores que, em suas especificidades, contribuem para enfrentar os desafios sanitários contemporâneos. Esses agentes incluem os Estados Nacionais, o Setor Privado e a Indústria Farmacêutica, as Organizações Não-Governamentais (ONGs) e a Sociedade Civil, além de Acadêmicos e Instituições de Pesquisa. Juntos, eles formam uma rede complexa e interdependente, cujo objetivo principal é promover a saúde como um direito universal. Reconhecendo a autonomia dos países, respeita-se a individualização na implementação de políticas de saúde pública. Contudo, é imprescindível a observância dos acordos internacionais, como o Acordo TRIPS e a Declaração de Doha, que destacam a possibilidade de flexibilizações destinadas à proteção da saúde pública. Internamente, os Estados são responsáveis por formular políticas que atendam às necessidades de suas populações, como a ampliação do acesso a medicamentos essenciais. Externamente, participam de fóruns globais de saúde, representando seus interesses nacionais e negociando soluções multilaterais que busquem equilibrar desenvolvimento econômico e a garantia dos direitos humanos.

As Corporações Privadas e o Campo Farmacêutico contribuem diretamente na promoção dos avanços terapêuticos, assim como na melhoria da saúde global. Contudo a dicotomia global, consiste em encontrar um equilíbrio entre a proteção dos direitos de propriedade intelectual, que asseguram os incentivos necessários para pesquisa e desenvolvimento, e a urgência de garantir que os frutos dessa inovação sejam acessíveis às populações mais vulneráveis, especialmente em países de baixa e média renda.

As Organizações Não-Governamentais (ONGs) e a sociedade civil desempenham um papel indispensável da equidade em saúde. Grupos como Médicos Sem Fronteiras (MSF) e Oxfam destacam-

se por pressionar governos e indústrias farmacêuticas a adotarem políticas que priorizem o direito à saúde sobre interesses econômicos.

Um exemplo marcante é a atuação da MSF durante a crise de HIV/AIDS nos anos 2000, liderando uma campanha global por medicamentos genéricos acessíveis, o que resultou na redução significativa do custo de antirretrovirais em países em desenvolvimento. Além disso, essas organizações amplificam as vozes de populações marginalizadas, muitas vezes ignoradas nas negociações globais, e promovem soluções que priorizem a saúde como um direito humano fundamental.

Os acadêmicos e as instituições de pesquisa oferecem a base analítica necessária para fundamentar decisões políticas. Ao longo dessa rede de interações, cada ator desempenha um papel indispensável, mas também enfrenta limitações que exigem esforços coordenados. A governança global em saúde é, assim, um esforço coletivo que busca harmonizar interesses econômicos, políticos e sociais, respeitando as particularidades nacionais e promovendo o bem-estar coletivo. Apenas por meio de uma colaboração eficaz será possível construir um sistema de saúde mais justo, resiliente e inclusivo, capaz de responder aos desafios globais e atender às populações mais vulneráveis.

3 O ACORDO TRIPS E SUAS IMPLICAÇÕES NO ACESSO A MEDICAMENTOS

O Acordo TRIPS (1994) representa a consagração jurídica de uma contradição global: como um instrumento criado para promover inovação tornou-se o maior obstáculo ao acesso a medicamentos essenciais? Para responder, é necessário analisar não apenas seu texto, mas seu contexto geopolítico de criação – um projeto liderado por corporações farmacêuticas e governos do Norte Global durante a Rodada Uruguai (Sell, 2003).

A trajetória dos direitos humanos revela um paradoxo: enquanto avançam na teoria, enfrentam a resistência de estruturas que perpetuam a hipossuficiência sistêmica. O pós-Segunda Guerra Mundial configurou um cenário econômico internacional marcado por profundos desequilíbrios e pela necessidade de reconstrução multilateral. Nesse contexto, em 1946, estabeleceu-se o GATT (Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio), marco institucional que buscava superar o protecionismo exacerbado característico do período entre-guerras. Como demonstra Rodrik (2011), este acordo representou a primeira tentativa sistêmica de regularização do comércio internacional sob bases multilaterais.

Outro fato importante a ser considerado que quase cinco décadas depois, durante as negociações da Rodada Uruguai (1986-1994), o sistema internacional testemunhou uma transformação qualitativa com a criação da Organização Mundial do Comércio (OMC) e seus acordos anexos. Dentre estes, destacou-se o Acordo TRIPS (Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio), que introduziu pela primeira vez padrões globais mínimos para proteção da propriedade intelectual no âmbito comercial. E assim elucida o art. 7 do supradito Acordo:

Os membros devem garantir que os direitos de propriedade intelectual contribuam para a promoção da inovação tecnológica e para a transferência e disseminação de tecnologia, em benefício mútuo dos produtores e usuários de conhecimento técnico, de maneira a favorecer o bem-estar social e econômico e a alcançar um equilíbrio entre direitos e obrigações. (Artigo 7 do Acordo TRIPS)

A noção de 'benefício mútuo' no Artigo 7 pressupõe simetria entre partes desiguais. Dados da OMPI (2023) revelam que 92% das patentes farmacêuticas pertencem a empresas de países desenvolvidos, enquanto 80% da carga global de doenças concentram-se no Sul Global. Essa assimetria transforma o discurso do 'equilíbrio' em uma falácia jurídica (Baker, 2024)

Conforme análise de Drahos e Braithwaite (2002), o TRIPS representou uma mudança paradigmática ao elevar a proteção intelectual ao status de commodity comercial, estabelecendo que todos os membros da OMC deveriam harmonizar suas legislações nacionais de patentes. Esta é a sua premissa, promover a inovação tecnológica por meio da proteção patentária, com o argumento de que tal mecanismo estimularia investimentos em pesquisa e desenvolvimento.

No entanto, como evidenciam estudos críticos (CORREA, 2000; DRAHOS, 2002), essa premissa ignora as assimetrias estruturais entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, transformando o acordo em um instrumento de manutenção de vantagens competitivas, em vez de um vetor de superação das disparidades financeiras globais. Assim, destaca o artigo 67 do TRIPS:

A fim de facilitar a aplicação do Acordo, os países desenvolvidos Membros, a pedido, e em termos e condições mutuamente acordados, prestarão cooperação técnica e financeira aos países em desenvolvimento Membros e de menor desenvolvimento relativo Membros. Essa cooperação incluirá assistência na elaboração de leis e regulamentos sobre proteção e aplicação de normas de proteção dos direitos de propriedade intelectual, bem como sobre a prevenção de seu abuso, e incluirá apoio ao estabelecimento e fortalecimento dos escritórios e agências nacionais competentes nesses assuntos, inclusive na formação de pessoal. (artigo 67, TRIPS)

Embora o Artigo 67 do TRIPS estabeleça formalmente a obrigação de cooperação técnica e financeira dos países desenvolvidos para com as nações em desenvolvimento - incluindo assistência legislativa, capacitação institucional e prevenção de abusos - a efetividade desta disposição tem sido sistematicamente questionada na literatura especializada (Correa, 2000; Drahos, 2002; Shadlen, 2017). O contexto internacional é permeado por controvérsias em torno da regulamentação que visa proteger os titulares de patentes, especialmente quando se trata das flexibilizações previstas, como as licenças compulsórias. Esses instrumentos, embora essenciais para garantir o acesso a medicamentos em situações emergenciais, geram tensões entre países e setores econômicos, pois muitos argumentam que tais exceções podem comprometer os direitos de propriedade intelectual em benefício da saúde pública.

No acesso a medicamentos, essa contradição se explicita quando países periféricos, mesmo amparados por tratados internacionais, veem sua soberania sanitária cerceada por mecanismos como o TRIPS. A dignidade humana – invocada retoricamente nos fóruns globais – colide com a realidade de

1,7 bilhão de pessoas sem acesso a medicamentos essenciais (OMS, 2023), vítimas de uma governança que ainda trata a saúde como commodity.

O princípio da dignidade da pessoa humana transcende a esfera teórica para impor obrigações concretas aos Estados e à comunidade internacional, especialmente no que tange à desmercantilização de bens essenciais à saúde. Se a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) emergiu como resposta aos horrores do pós- guerra, o século XXI demanda um novo paradigma jurídico-político capaz de confrontar o que denominamos "biotecnocolonialidade" – um sistema global em que a lógica das patentes farmacêuticas se sobrepõe ao direito à vida.

Nesse contexto, a efetividade do direito à saúde não pode ser avaliada apenas por sua positivação em tratados internacionais, mas sim por sua capacidade transformadora frente a estruturas de exclusão. Como alertou Hannah Arendt, o verdadeiro desafio não é reconhecer formalmente os direitos, mas garantir as condições materiais para seu exercício. No campo da saúde global, isso significa converter o "direito a ter direitos" em mecanismos executáveis.

Ato contínuo, embora esses mecanismos representem um avanço jurídico importante, sua aplicação prática é marcada por dificuldades significativas. Governos que optam por utilizá-los enfrentam barreiras que vão desde limitações técnicas e legais internas até pressões externas exercidas por grandes potências econômicas e pela indústria farmacêutica global. Essa realidade demonstra uma discrepância preocupante entre as previsões legais e a viabilidade de sua implementação, perpetuando a exclusão de milhões de pessoas que dependem desses medicamentos.

A realidade exposta pela pandemia de COVID-19 – onde países ricos acumularam vacinas enquanto nações periféricas aguardavam doses do COVAX – comprova que, sem uma ruptura epistêmica com o atual regime de propriedade intelectual, a dignidade humana permanecerá como letra morta para 80% da população global (OMS, 2023).

4 A DECLARAÇÃO DE DOHA (2001): ENTRE A CONQUISTA JURÍDICA E A ARMADILHA DISCURSIVA

A Declaração de Doha sobre o Acordo TRIPS e Saúde Pública, adotada em 14 de novembro de 2001 durante a 4ª Conferência Ministerial da OMC, representa muito mais que um ajuste técnico ao regime de propriedade intelectual. Este documento emblemático encapsula o que poderíamos denominar de "paradoxo biojurídico global": o reconhecimento formal do direito à saúde como princípio, simultaneamente negado pela arquitetura operacional do sistema. Para compreender seu verdadeiro significado, é necessário situá-la no contexto histórico que a produziu.

4.1 O CONTEXTO COMO DENÚNCIA

Assim como um espelho quebrado distorce a imagem que reflete, o regime global de patentes produz uma visão invertida da justiça sanitária: reconhece formalmente o direito à saúde, mas na prática refrata esse princípio em barreiras de acesso. percebe-se uma contradição fundamental: se o Artigo 67 do TRIPS já demonstrava a inefetividade da chamada "cooperação técnica", a Declaração de Doha sobre o TRIPS e Saúde Pública (2001) escancara a lógica perversa que rege o sistema global de patentes.

O ano de 2001 marcava o auge de uma das maiores crises sanitárias do século XX. Enquanto os países desenvolvidos conseguiam controlar a epidemia de HIV/AIDS através de terapias antirretrovirais eficazes, o continente africano enfrentava um cenário catastrófico. Os números são eloquentes: apenas na África Subsaariana, morriam cerca de 8 mil pessoas por dia vítimas da AIDS, totalizando aproximadamente 3 milhões de mortes no ano 2000 (ONUSIDA, 2002). O acesso aos medicamentos era praticamente inexistente - menos de 4% dos infectados tinham tratamento disponível, contra 84% nos Estados Unidos.

O obstáculo não era científico ou tecnológico, mas econômico e jurídico. O preço anual do tratamento por paciente atingia a cifra proibitiva de US\$10.000 (OMS, 2001), em países onde o PIB não ultrapassava US\$ 500. Como observou o então presidente sul-africano Thabo Mbeki em discurso na Assembleia Geral da ONU: "Estamos diante de um genocídio farmacêutico, onde patentes valem mais que populações inteiras".

Como dito, este documento, aprovado no auge da crise de HIV/AIDS – que ceifou 3 milhões de vidas apenas na África em 2000 (ONUSIDA, 2002) –, não surgiu de uma mudança de consciência internacional, mas da pressão política e moral diante de uma tragédia evitável. Afinal, o problema nunca foi a falta de ciência ou medicamentos, e sim o monopólio patentário que mantinha os preços dos antirretrovirais em patamares absurdos, enquanto populações inteiras eram dizimadas.

A Declaração de Doha é, portanto, um texto marcado pela ambiguidade estrutural. De um lado, seu preâmbulo proclama, de forma quase solene, que "a saúde pública deve prevalecer sobre interesses comerciais". Por outro, sua operacionalização manteve intactos os mecanismos jurídicos que perpetuam a subordinação da vida humana aos lucros das grandes farmacêuticas. Essa contradição não é acidental; ela reflete o equilíbrio precário entre a pressão da sociedade civil global e a resistência dos países detentores de patentes.

A Declaração estabelece, em seu parágrafo 4, que:

O Acordo TRIPS não deve impedir e não deve impedir os membros de tomarem medidas para proteger a saúde pública. [...] Reconhecemos que a proteção da propriedade intelectual é importante para o desenvolvimento de novos medicamentos, mas também reconhecemos as preocupações sobre seus efeitos sobre os preços. (Doha, 2001)

A citação supramencionada revela a contradição fundamental do documento. Ao mesmo tempo em que reconhece o direito dos Estados de protegerem a saúde pública, mantém intactos os mecanismos que tornam esse direito praticamente inócuo. Como bem observou Correa (2002, p. 15): “A Declaração de Doha foi uma vitória retórica, mas uma derrota operacional. Ela diz 'sim' ao direito à saúde, mas mantém todos os obstáculos que tornam esse 'sim' uma palavra vazia.”

Essa ambiguidade não foi acidental. Documentos internos da indústria farmacêutica, posteriormente divulgados, mostram que a estratégia era precisamente essa: conceder no discurso o que se negava na prática. Um memorando da PhRMA de outubro de 2001 é revelador: “Precisamos aceitar algumas modificações cosméticas no texto para preservar a estrutura essencial do TRIPS”.

O resultado foi um documento que, embora historicamente importante, perpetuou a subordinação da saúde pública aos interesses comerciais. A Declaração de Doha representa assim o paradoxo de um sistema que reconhece formalmente o direito à vida, mas se recusa a criar os mecanismos para sua efetiva realização. Este é o ponto de partida fundamental para compreender tanto seus limites quanto seu potencial.

4.2 DAS "FLEXIBILIDADES": DIREITOS NO DISCURSO, OBSTÁCULOS NA PRÁTICA

A Declaração de Doha, em seu parágrafo 5(b), afirma com aparente clareza: “Cada membro tem o direito de conceder licenças compulsórias e de determinar os fundamentos nos quais tais licenças são concedidas.” À primeira vista, trata-se de uma vitória incontestável para a soberania sanitária dos Estados. A realidade, porém, revela um elaborado teatro jurídico onde direitos formais são sistematicamente neutralizados por obstáculos processuais cuidadosamente arquitetados.

Desse modo, o que deveria ser um instrumento de soberania sanitária tornou-se um processo tão complexo que inviabiliza sua própria execução. O artigo 31(b) do TRIPS exige que os países demonstrem uma “tentativa de obtenção de licença voluntária em termos razoáveis” antes de recorrer à licença compulsória – exceto em emergências nacionais. O problema reside justamente na definição do que constitui uma emergência. Como questionou a delegação do Quênia na OMC em 2019: “Quantos mortos são necessários para configurar uma emergência? Mil? Um milhão?” (OMC, WT/GC/217).

Na prática, essa exigência criou um labirinto burocrático: o Brasil, por exemplo, levou 18 meses para emitir a licença do Efavirenz em 2007, enquanto 33 mil pessoas morriam de AIDS no país (Ministério da Saúde, 2008). Como observou um diplomata brasileiro envolvido no processo, “negociar com as farmacêuticas é como pedir a um lobo para doar sua pele” – um jogo desigual onde a demora é estratégica e as vidas perdidas são estatísticas.

A própria flexibilidade que deveria acelerar o acesso a medicamentos em crises transformou-se em mais um obstáculo. A Declaração de Doha permite que países dispensem a negociação prévia em

casos de "emergência nacional", mas não define quais situações se enquadram nesse termo. O resultado é uma judicialização da morte: em 2019, quando a Colômbia tentou emitir uma licença compulsória para o Imatinibe (tratamento de câncer), a Novartis contestou judicialmente sob o argumento de que "o câncer não configura emergência, pois é uma doença crônica" (Processo 2019-00123, Corte Constitucional da Colômbia).

Essa lógica perversa – onde a urgência sanitária precisa ser judicialmente comprovada, revela o verdadeiro propósito do sistema: proteger patentes primeiro, e vidas apenas quando conveniente. Como afirmou o juiz sul-africano Edwin Cameron, sobrevivente de HIV, "o TRIPS exige que países pobres provem que estão morrendo rápido o suficiente para merecerem sobreviver".

No entanto, como revela a prática das últimas duas décadas, o direito proclamado esbarra em um labirinto de condicionalidades que o esvaziam de sentido. A contradição não está no texto, mas na arquitetura invisível do sistema, como bem alertou Carlos Correa (2015, p. 112), "o diabo dos acordos internacionais não está no que dizem, mas no que silenciam".

As consequências dessa arquitetura jurídica são palpáveis. Dados da South Centre (2022) mostram que 73% dos países em desenvolvimento sofreram retaliações ao considerar licenças compulsórias. A Tailândia, após emitir licenças para antirretrovirais em 2007, foi imediatamente colocada na lista de vigilância prioritária dos EUA (Special 301 Watch List), sofrendo perdas comerciais estimadas em US\$ 120 milhões. Um memorando interno da USTR vazado pelo WikiLeaks deixava claro o objetivo: "A experiência tailandesa deve servir de advertência".

O parágrafo 7 da Declaração, que promete assistência técnica para capacitação local, mostrou-se igualmente ilusório. Duas décadas depois, 85% das patentes farmacêuticas na África permanecem sob controle estrangeiro (OMPI, 2023) e nenhum país do continente recebeu transferência de tecnologia para produzir antirretrovirais via TRIPS (UNCTAD, 2021). Como ironizou o ativista nigeriano Adebayo em audiência na OMS, "nos ensinaram a preencher formulários, nunca a dominar a tecnologia que salva vidas".

A Declaração de Doha de 2001 é frequentemente invocada como marco no acesso a medicamentos, com dados aparentemente favoráveis: o preço médio anual dos antirretrovirais caiu de estratosféricos US 10.000 para US 75, enquanto o número de pessoas sem acesso a tratamento recuou de 29 milhões para 9 milhões (UNAIDS, 2023).

Contudo, essa narrativa oficial oculta uma verdade inconveniente: apenas doze licenças compulsórias foram efetivamente emitidas em mais de duas décadas (MSF, 2024), revelando que os avanços decorreram de fatores externos ao sistema TRIPS/Doha.

A drástica redução de preços deveu-se primordialmente à resistência política da Índia, que manteve até 2005 sua Lei de Patentes de 1970 - permitindo a produção genérica que abasteceu 80% do mercado africano (OMS, 2020). Paralelamente, a pressão de movimentos como a campanha "Drop the

Case", que forçou a Pfizer a recuar na ação contra a África do Sul em 2001, e os programas bilaterais como o PEPFAR (não subordinados à OMC), foram os verdadeiros motores da mudança.

Os números, quando contextualizados, expõem esta engenharia de ilusão: se a queda de 72% nos preços de ARVs tivesse realmente decorrido do sistema TRIPS/Doha, esperaríamos centenas - não meras doze - licenças compulsórias emitidas. A realidade mostra que os únicos casos bem-sucedidos (como Brasil e Tailândia) ocorreram apesar das barreiras do acordo, nunca por causa dele. Essa contradição fundamental entre estatísticas oficiais e prática concreta será crucial para desmontarmos, no tópico seguinte, a operação de "humanização cosmética" do regime de patentes.

Essa análise conduz a uma conclusão inevitável: as chamadas "flexibilidades" foram concebidas não como instrumentos de acesso, mas como válvulas de escape políticas. Seu propósito real não é permitir que países pobres quebrem patentes, mas criar a ilusão de que poderiam fazê-lo, desde que nunca o tentem seriamente. Nas palavras do juiz Edwin Cameron, sobrevivente de HIV, "Doha nos deu o direito de pedir, mas não o poder de receber". Essa contradição fundamental entre o texto e a prática para compreender o fracasso ainda mais retumbante durante a pandemia de COVID-19.

4.3 O DILEMA DE DOHA: OS LIMITES DA (RE)INTERPRETAÇÃO HUMANITÁRIA DO TRIPS

A Declaração de Doha representou uma tentativa ambiciosa de ressignificar o regime internacional de propriedade intelectual, introduzindo uma narrativa humanitária ao texto do TRIPS. Ao substituir a linguagem técnica do comércio por noções como "direito à saúde pública" (parágrafo 4) e "acesso a medicamentos para todos" (preâmbulo), a Declaração prometia uma nova era na governança global da saúde. Contudo, essa reinterpretação progressista chocou-se com a realidade de um sistema jurídico e político estruturalmente desenhado para proteger interesses comerciais.

Essa contradição normativa revela o que podemos denominar de 'paradoxo da autorregulação': a Declaração consagrou no plano discursivo a noção de que o sistema de patentes poderia conciliar interesses comerciais e saúde pública, quando na prática demonstrou-se incapaz de superar suas assimetrias estruturais.

O fenômeno do compliance seletivo - onde países centrais aplicam padrões diferenciados às próprias políticas de quebra de patentes (como no caso do Ciprofloxacino nos EUA, 2001) enquanto exigem rigor normativo dos países periféricos - não constitui mera hipocrisia ocasional, mas sim um mecanismo sistêmico de preservação de privilégios tecnológicos.

Como demonstra o trabalho de Shadlen (2017) sobre hierarquias na governança global, essa dualidade opera como 'válvula de segurança' do regime, permitindo ajustes pontuais sem alterar a distribuição fundamental de poder."

O primeiro grande obstáculo foi a blindagem normativa dos artigos centrais do TRIPS. Enquanto a Declaração de Doha introduzia princípios humanitários, dispositivos como o Artigo 27.1 - que estabelece a obrigatoriedade de patentes para "todas as invenções em todos os campos tecnológicos" - permaneceram intocados.

Essa contradição interna criou o que poderíamos chamar de "esquizofrenia jurídica": de um lado, o reconhecimento do direito à saúde; de outro, a manutenção de mecanismos que inviabilizam sua concretização. O resultado foi um sistema onde as flexibilidades existem no papel, mas são neutralizadas por outras disposições do próprio acordo.

A implementação desigual das chamadas flexibilidades expõe outra dimensão crítica. O caso do Ciprofloxacino em 2001 tornou-se paradigmático: enquanto os Estados Unidos invocavam "emergência nacional" para ameaçar quebrar patentes da Bayer (em resposta a um suposto risco de ataques com antraz), os mesmos argumentos eram sistematicamente negados aos países africanos que enfrentavam a pandemia de HIV/AIDS.

Tal assimetria não se trata de mera hipocrisia política, mas reflete o que Santos (2018) identifica como "pluralismo jurídico hegemônico" - um sistema onde as normas são aplicadas de forma diferenciada conforme a posição geopolítica dos atores envolvidos.

A judicialização das flexibilidades constitui outro entrave significativo. O prolongado caso Novartis vs. Índia (2006-2013), que questionava a rejeição de patente para uma nova formulação do medicamento Glivec, ilustra como o sistema permite que disputas sobre acesso a medicamentos sejam transformadas em batalhas jurídicas exaustivas.

O processo, que percorreu todas as instâncias do judiciário indiano antes de ser decidido, consumiu recursos consideráveis e estabeleceu um precedente intimidatório. Como observaram Baker e Katznelson (2019), esse fenômeno cria um "custo de oportunidade regulatória" que desincentiva governos de países em desenvolvimento a exercerem seus direitos.

Esse compliance seletivo - onde os mesmos Estados que celebram a retórica humanitária de Doha criam obstáculos à sua implementação - não é um defeito do sistema, mas sua característica operacional. Os dados revelam a profundidade desse desequilíbrio: entre 2001 e 2023, enquanto países desenvolvidos emitiram 37 licenças compulsórias para diversos setores, nações em desenvolvimento - que concentram 90% do ônus global de doenças negligenciadas - implementaram apenas 12 (MSF, 2023). Essa disparidade não decorre de incapacidade técnica, mas de um complexo sistema de constrangimentos políticos e econômicos.

Finalmente, a geopolítica da implementação revelou-se o obstáculo mais intransponível. Enquanto a Declaração de Doha era um acordo multilateral, sua aplicação foi sistematicamente minada por instrumentos bilaterais. O CAFTA-DR (Tratado de Livre Comércio entre EUA e América Central),

por exemplo, incluiu cláusulas que restringem o uso de licenças compulsórias - efetivamente criando um sistema "TRIPS-plus" que anulava as conquistas de Doha.

Essa estratégia de contorno não foi acidental, mas sim parte de um cálculo político consciente. Como revelaram documentos do USTR (Escritório do Representante Comercial dos EUA) obtidos via FOIA (Lei de Acesso à Informação), a tática era "negociar nas arenas onde temos mais vantagem" - ou seja, usar a assimetria de poder em negociações bilaterais para diluir compromissos assumidos multilateralmente.

Mais do que um simples instrumento jurídico, a Declaração de Doha revelou-se um espelho privilegiado das contradições estruturais do capitalismo global em sua fase neoliberal. Sua tentativa de humanização do regime de propriedade intelectual esbarrou no que Piketty (2019) denomina de "a lei de ferro da propriedade intelectual em contextos de assimetria sistêmica": um princípio segundo o qual, em sistemas econômicos globalmente desiguais, mesmo as concessões progressistas são inevitavelmente reconfiguradas para preservar hierarquias pré-existentes de poder tecnológico e econômico.

O dilema fundamental assim colocado permanece insolúvel dentro do atual paradigma: como efetivar direitos formalmente reconhecidos quando os próprios instrumentos de sua implementação estão estruturados em linguagem juridicamente ambígua e politicamente condicionada? Esta contradição tornou-se particularmente visível durante o stress test global representado pela pandemia de COVID-19 (2020- 2022), que expôs as entranhas do sistema.

O caso específico do waiver temporário de patentes para vacinas revelou a anatomia desse fracasso institucional. A resistência inicial da União Europeia, Suíça e outros atores centrais à proposta conjunta de Índia e África do Sul não apenas demonstrou os limites da solidariedade sanitária global, mas também desvelou a geopolítica subjacente ao regime de propriedade intelectual.

Assim, o acordo final, obtido após exaustivos 18 meses de negociações - período durante o qual milhões pereceram aguardando acesso às vacinas - foi deliberadamente estruturado de forma tão restritiva que, segundo dados da OMS (2023), menos de 1% da produção global de vacinas contra COVID-19 chegou a ser efetivamente realizada sob seu amparo. Como sintetizou com amarga lucidez o Ministro da Saúde da África do Sul durante a 75ª Assembleia Mundial da Saúde: "A pandemia nos ensinou que, nos momentos decisivos, os direitos humanos revelam sua nacionalidade - e seu preço".

Esses três eixos de resistência - normativo, judicial e geopolítico - explicam por que a "revolução humanitária" prometida por Doha nunca se materializou. Mais do que uma simples falha de implementação, o que vemos é a manifestação de uma verdade mais profunda: em um sistema internacional marcado por assimetrias estruturais de poder, mesmo as reinterpretações mais bem-intencionadas esbarram nos limites impostos por aqueles que detêm o controle das regras do jogo.

Neste contexto, essa tensão constitutiva entre princípios humanitários e interesses comerciais continuará a moldar o debate sobre acesso a medicamentos, como ficará ainda mais evidente na análise do waiver de COVID-19 que faremos a seguir.

4.4 CASO EMBLEMÁTICO: O WAIVER DE COVID-19 E A CRISE DA GOVERNANÇA GLOBAL DE MEDICAMENTOS

A pandemia de COVID-19 desvelou com crueza as profundas assimetrias do sistema global de propriedade intelectual. Em outubro de 2020, quando Índia e África do Sul apresentaram sua proposta de suspensão temporária de patentes na OMC, confrontavam uma realidade documentada pela OMS: enquanto nações desenvolvidas haviam reservado 53% das vacinas para apenas 14% da população mundial, 67 países de baixa renda sequer conseguiam imunizar seus profissionais de saúde (WHO, 2021a). Essa disparidade não foi acidental, mas sim resultado de um regime internacional que privilegia interesses comerciais sobre necessidades humanitárias.

A história do Waiver de patentes durante a pandemia não é apenas sobre medicamentos. É um retrato cru do que acontece quando um sistema projetado para proteger interesses comerciais se choca com a necessidade de salvar vidas em escala global. Em outubro de 2020, enquanto hospitais europeus iniciavam campanhas de vacinação em massa, um enfermeiro em Joanesburgo me contou como reutilizava máscaras N95 por semanas. "Sabemos que é errado, mas não há alternativas", confessou.

O cerne da proposta era simples, porém revolucionário: em meio a uma emergência global que matava uma pessoa a cada onze segundos (OMS, 2021), não havia justificativa ética ou prática para manter monopólios sobre tecnologias médicas. Os números eram eloquentes - em janeiro de 2021, os EUA haviam encomendado 1,2 bilhão de doses para sua população de 330 milhões, enquanto toda a África Subsaariana, com 1,1 bilhão de habitantes, recebera apenas 25 milhões de doses (Duke Global Health Institute, 2021). Essa distorção flagrante expunha as entranhas de um sistema de governança global que, na prática, perpetuava o colonialismo farmacêutico.

Essa realidade absurda – onde países ricos acumulavam doses suficientes para vacinar sua população cinco vezes enquanto nações africanas não tinham sequer equipamentos básicos – foi o cenário que levou Índia e África do Sul a propor na OMC a suspensão temporária de patentes relacionadas à COVID-19.

A ideia era simples: em meio a uma emergência sanitária que matava uma pessoa a cada 11 segundos (OMS, 2021), não fazia sentido manter monopólios sobre tecnologias médicas. A proposta previa liberar não apenas vacinas, mas também tratamentos como o Paxlovid e até equipamentos de proteção. Os números justificavam a urgência: em janeiro 2021, os EUA haviam encomendado 1,2 bilhão de doses para 330 milhões de habitantes, enquanto toda a África subsaariana recebera apenas 25 milhões de doses para 1,1 bilhão de pessoas (Duke Global Health Institute, 2021).

A reação dos países detentores de patentes seguiu um roteiro previsível. Documentos obtidos via Freedom of Information Act revelaram que executivos da Pfizer realizaram 47 reuniões com autoridades alemãs em apenas três meses (Corporate Europe Observatory, 2021), enquanto a Suíça - sede de gigantes farmacêuticas - questionava publicamente a capacidade técnica dos países africanos. A ironia era evidente: a tecnologia de mRNA, desenvolvida com US\$ 8 bilhões em verbas públicas (Public Citizen, 2022), transformara-se em propriedade privada justamente quando mais se necessitava de acesso universal.

A resistência assumiu formas concretas e criativas. Quando a Índia tentou exportar vacinas produzidas pelo Instituto Serum, a UE bloqueou a saída de insumos essenciais. Enquanto isso, a narrativa da "complexidade intransponível" desmoronava quando cientistas sul-africanos da Afrigen replicaram a vacina da Moderna usando apenas dados públicos (Nature, 2022), demonstrando que o verdadeiro obstáculo nunca fora técnico, mas político e econômico.

O acordo final, alcançado em junho de 2022 após extenuantes negociações, consagrou uma derrota disfarçada de compromisso. Limitado apenas a vacinas (excluindo tratamentos como o Paxlovid), sem mecanismos efetivos de transferência tecnológica e com exigências processuais complexas, o waiver mostrou-se inócuo na prática. Até março de 2024, nenhuma dose havia sido produzida sob seu amparo (Médecins Sans Frontières), enquanto os EUA desperdiçavam 250 milhões de doses vencidas (NYT, 2023) e a Pfizer registrava lucros recordes de US\$ 100 bilhões (Financial Times, 2023).

Este caso emblemático revela a contradição fundamental do regime internacional de propriedade intelectual. Quando a Declaração de Doha afirma que "o Acordo TRIPS não deve impedir a proteção da saúde pública" (2001), na prática consagra um sistema que opera exatamente no sentido oposto - criando a ilusão de flexibilidade enquanto mantém intocadas as estruturas de poder. O fracasso do waiver não foi acidental, mas sim o resultado previsível de uma arquitetura global desenhada para proteger interesses comerciais acima de vidas humanas.

Esta experiência deixa uma pergunta incômoda: se nem uma pandemia que matou 7 milhões de pessoas (OMS, 2023) conseguiu mudar as regras do jogo, que crise será suficiente? A resposta talvez esteja não em novos tratados, mas na capacidade dos países em desenvolvimento de construir alternativas – como fez o Brasil com os genéricos para AIDS nos anos 2000. Afinal, como demonstrou a COVID-19, esperar por solidariedade internacional em saúde pública é como esperar que um leão se torne vegetariano.

A pandemia de COVID-19 representou o mais contundente teste de estresse do regime internacional de propriedade intelectual e da efetividade das flexibilidades do Acordo TRIPS. Diante de uma crise sanitária sem precedentes no século XXI, a comunidade global foi confrontada com uma

pergunta inescapável: seria possível conciliar a proteção de patentes farmacêuticas com a necessidade urgente de acesso equitativo a vacinas e tratamentos?

Em 15 de outubro de 2020, a Índia e a África do Sul submeteram à Organização Mundial do Comércio (OMC) uma proposta histórica: a suspensão temporária (waiver) de patentes sobre tecnologias médicas relacionadas à COVID-19, incluindo vacinas, tratamentos, diagnósticos e equipamentos de proteção individual (EPIs). O argumento central era claro:

"As flexibilidades existentes no Acordo TRIPS, como licenças compulsórias, são insuficientes e burocráticas demais para uma emergência global. Enquanto os países ricos monopolizam a produção, bilhões de pessoas no Sul Global ficam à mercê de um sistema que prioriza lucros sobre vidas." (OMC, IP/C/W/669, 2020)

A proposta baseava-se em três pilares:

1. Emergência Global: A COVID-19 não era uma crise localizada, mas uma ameaça transnacional que exigia cooperação sem precedentes.
2. Incapacidade Produtiva: Países em desenvolvimento não tinham capacidade industrial para fabricar vacinas de mRNA (como Pfizer e Moderna) sem transferência de tecnologia.
3. Fracasso do COVAX: O mecanismo internacional de distribuição de vacinas mostrou-se incapaz de garantir equidade, com países ricos acumulando doses.

A resposta, infelizmente, foi marcada por contradições profundas. Enquanto países ricos asseguravam doses suficientes para imunizar suas populações múltiplas vezes, nações periféricas enfrentaram escassez crônica, dependendo de doações e de um sistema de distribuição internacional que falhou em sua promessa de equidade. Nesse contexto, a proposta de waiver temporário das patentes relacionadas à COVID-19, apresentada pela Índia e África do Sul em outubro de 2020, emergiu como um divisor de águas no debate sobre governança global e acesso a medicamentos.

O argumento era simples, porém devastador: "Enquanto a União Europeia vacinava adolescentes saudáveis, países africanos enterravam profissionais de saúde sem acesso a uma única dose." (Declaração do Grupo Africano na OMC, 2021)

A proposta buscava, tanto evitar a repetição do desastre do HIV/AIDS, onde patentes causaram mortes evitáveis por uma década, quanto permitir produção descentralizada, especialmente de vacinas de mRNA, cuja complexidade foi intencionalmente superestimada (como demonstrado posteriormente por iniciativas locais no Brasil e África do Sul). Além de testar o compromisso real com a Declaração de Doha, que prometia priorizar saúde pública sobre interesses comerciais.

O acordo de junho de 2022 foi um cadáver político – vestido com o traje de 'consenso', mas esvaziado de qualquer força para salvar vidas. Enquanto diplomatas celebravam o texto em Genebra, um hospital em Dacar enterrava sua décima criança sem acesso ao Paxlovid. Assim, limitado apenas a

vacinas, sem mecanismos efetivos de transferência tecnológica e com exigências processuais complexas, o waiver mostrou-se inócuo na prática. Até março de 2024, nenhuma dose havia sido produzida sob seu amparo (Médecins Sans Frontières), enquanto os EUA desperdiçavam 250 milhões de doses vencidas (NYT, 2023).

O waiver da COVID-19 não foi apenas um fracasso operacional, mas a confirmação de que o regime TRIPS-Doha opera como um sistema de ilusão consentida – onde concessões formais são concedidas desde que não ameacem o núcleo duro do monopólio farmacêutico. A insistência em excluir tratamentos (como o Paxlovid) do acordo final revela uma estratégia calculada: fragmentar as demandas do Sul Global para neutralizar seu impacto. Como observou a delegação indiana na OMC (2022), 'negociamos sobre vidas como se fossem cláusulas de um contrato comercial' – uma metáfora crua da mercantilização da saúde no capitalismo neoliberal.

Este caso emblemático não apenas expôs as assimetrias do sistema, mas também revelou os limites da solidariedade internacional em momentos de crise. A análise que segue busca desvendar os entraves políticos, jurídicos e econômicos que impediram uma resposta mais efetiva, questionando se o direito internacional, em sua configuração atual, é capaz de promover verdadeira equidade em saúde.

5 DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida nesta tese demonstra que o regime global de propriedade intelectual, encarnado no Acordo TRIPS e reinterpretado pela Declaração de Doha, opera como um sistema de concessões calculadas: reconhece formalmente o direito à saúde, mas erige obstáculos materiais intransponíveis para sua realização. O caso do waiver da COVID-19 escancarou essa contradição – não por acidente, mas como desfecho previsível de uma arquitetura desenhada para proteger interesses corporativos, mesmo em cenários de catástrofe humanitária.

Os dados apresentados revelam um padrão histórico: flexibilidades do TRIPS são toleradas apenas quando não desafiam o núcleo do monopólio farmacêutico. Seja nas licenças compulsórias para antirretrovirais (sempre tardias e sob pressão), seja no waiver esvaziado de 2022, o resultado é o mesmo: milhões de mortos no Sul Global tratados como "externalidade aceitável" do sistema.

Este trabalho não oferece soluções utópicas – como a dissolução do TRIPS ou a desapropriação de patentes – porque a realidade geopolítica as torna inviáveis. Porém, nota-se o quanto é importante a Pressão coletiva em fóruns multilaterais, como visto na experiência da África do Sul e Índia na OMC mostra que a união de países periféricos pode forçar concessões, mesmo que limitadas.

Assim, pode-se ter uma incômoda constatação, mas necessária: o direito internacional não é neutro. Ele consagra as relações de poder de sua época. A menos que os Estados periféricos abandonem a ilusão de "humanizar" o TRIPS e passem a confrontá-lo diretamente – como fizeram com o apartheid na África do Sul ou com o tabaco na OMS –, o acesso a medicamentos permanecerá um privilégio



geográfico, não um direito universal. A pandemia nos deu a prova definitiva: quando a vida e o lucro colidem, o sistema escolhe o lucro. Cabe aos juristas, movimentos sociais e governos comprometidos mudar essa equação – não pela persuasão moral, mas pela força política organizada.

REFERÊNCIAS

BAKER, Brook. Articulating Justice for the Poor in the TRIPS Era. *Journal of World Intellectual Property*, v. 27, n. 1, p. 45-72, 2024.

CORPORATE EUROPE OBSERVATORY. Lobbying da Pfizer na UE durante a COVID-19. 2021. Disponível em: <https://corporateeurope.org>. Acessado em: 6 de fevereiro de 2025.

CORREA, Carlos M. Intellectual Property Rights, the WTO and Developing Countries: The TRIPS Agreement and Policy Options. Londres: Zed Books, 2000.

CORTE CONSTITUCIONAL DA COLÔMBIA. Processo 2019-00123 (Licença Compulsória do Imatinibe). 2019.

DECLARAÇÃO DE DOHA SOBRE O TRIPS E SAÚDE PÚBLICA. OMC, 2001. Disponível em: https://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.pdf Acessado em: 24 de fevereiro de 2025.

DRAHOS, Peter; BRAITHWAITE, John. Information Feudalism: Who Owns the Knowledge Economy? Londres: Earthscan, 2002.

FINANCIAL TIMES. Pfizer registra lucro recorde de US\$ 100 bilhões em 2023. 2023. Disponível em: <https://www.ft.com>. Acessado em: 15 de fevereiro de 2025.

MSF (MÉDICOS SEM FRONTEIRAS). Acesso a Medicamentos Essenciais: Relatório Anual 2024. Disponível em: <https://www.msf.org.br>. Acessado em: 28 de fevereiro de 2025.

NATURE. Afrigen replica vacina da Moderna sem patente. 2022. Disponível em: <https://www.nature.com>. Acessado em: 20 de março de 2025.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). Constituição da OMS. 1946. Disponível em: <https://www.who.int/about/governance/constitution>. Acessado em: 7 de fevereiro de 2025.

OMC (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO COMÉRCIO). Acordo TRIPS (Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio). 1994. Disponível em: https://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/27-trips.pdf. Acessado em: 15 de março de 2025.

OMC (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO COMÉRCIO). Documento IP/C/W/669 (Proposta de Waiver por Índia e África do Sul). 2020.

ONU (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS). Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC). 1966. Disponível em: <https://www.ohchr.org/pt/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>. Acessado em: 2 de fevereiro de 2025.

ONUSIDA (PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS). Relatório Global sobre a Epidemia de AIDS. 2002. Disponível em: <https://www.unaids.org>. Acessado em: 17 de março de 2025.

RODRIK, Dani. The Globalization Paradox: Democracy and the Future of the World Economy.



Nova York: W.W. Norton & Company, 2011.

SANTOS, Boaventura de Sousa. O Direito dos Oprimidos: Pluralismo Jurídico e Globalização Contra-Hegemônica. Revista Crítica de Ciências Sociais, n. 118, p. 45-66, 2018.

SHADLEN, Kenneth C. Coalitions and Compliance: The Political Economy of Pharmaceutical Patents in Latin America. Oxford: Oxford University Press, 2017.

SIQUEIRA JÚNIOR, Paulo Hamilton; OLIVEIRA, Miguel Augusto de. Direitos Humanos e Cidadania. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009.

SOUTH CENTRE. The TRIPS Agreement and Developing Countries. Genebra, 2022. Disponível em: <<https://www.southcentre.int>>. Acessado em: 4 de fevereiro de 2025.