

REVISTA DE DIREITO INTERNACIONAL
BRAZILIAN JOURNAL OF INTERNATIONAL LAW

O novo normal da Governança Global da Saúde: o tratado sobre pandemias e a reconfiguração normativa do direito internacional da saúde

The New Normal of Global Health Governance: The Pandemic Treaty and the Normative Reconfiguration of International Health Law

Felipe Augusto Carvalho

VOLUME 23 • N. 1 • 2026
DIREITO INTERNACIONAL
EM TRANSFORMAÇÃO

Sumário

I. MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL NO DIREITO INTERNACIONAL.....	12
BIOPROSPECTING AND THE GEOPOLITICS OF GENETIC RESOURCES IN THE ANTARCTIC TREATY SYSTEM: THE WHITE GOLD RUSH	14
Iván Vargas-Chaves	
DESAFIOS À PROTEÇÃO DO MEIO AMBIENTE NO PLANO INTERNACIONAL E DOMÉSTICO: DEBATES SOBRE A (NÃO) TIPIIFICAÇÃO DO ECOCÍDIO E A PROTEÇÃO DAS FUTURAS GERAÇÕES	31
Tatiana Cardoso Squeff e Laila Roxina Moliterno Abi Cheble	
THE NORMATIVE FRAMEWORK OF EXTRATERRITORIAL JURISDICTION IN INTERNATIONAL LAW: FROM THE LOTUS PARADIGM TO TRANSNATIONAL CLIMATE ACCOUNTABILITY	51
Marcel Vitor de Magalhães e Guerra	
O CONCEITO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL A PARTIR DA DECLARAÇÃO DO RIO E SUAS IMPLICAÇÕES	70
Vivian Daniele Rocha Gabriel	
II. COMÉRCIO INTERNACIONAL, INVESTIMENTOS E SOBERANIA.....	88
L'ÉVOLUTION DU RÉGIME COMMERCIAL DES PRODUITS DE BASE AGRICOLES DANS UNE PERSPECTIVE NORD-SUD	90
Pierre-Francois Mercure e Chakib Chergui	
SANÇÕES UNILATERAIS E INDEPENDÊNCIA JUDICIAL: A APLICAÇÃO DA LEI GLOBAL MAGNITSKY E OS LIMITES DA SOBERANIA CONSTITUCIONAL BRASILEIRA.....	108
Thiago Ribeiro Rafagnin	
QUESTÃO DOS INVESTIMENTOS INTERNACIONAIS À LUZ DO ACORDO DE PARIS DE 2015 SOBRE MUDANÇAS CLIMÁTICAS	124
Jahyr-Philippe Bichara	

A IMPORTÂNCIA DOS ACORDOS COMERCIAIS MULTILATERAIS PARA A MELHORIA DA GOVERNANÇA AMBIENTAL NO BRASIL..... 141

Marcelo D. Varella e Caroline Lima Ferraz

III. DIREITOS HUMANOS E PROTEÇÃO DE GRUPOS VULNERÁVEIS 155

A IMPLEMENTAÇÃO DAS DECISÕES DA CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS À LUZ DA SEPARAÇÃO DE PODERES..... 157

Daniel Dela Coleta Eisaqui

A CONTRIBUIÇÃO DA DECOLONIALIDADE E DOS ESTUDOS DE GÊNERO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE UMA DEVIDA DILIGÊNCIA EM DIREITOS HUMANOS EFICAZ NA AMÉRICA LATINA..... 181

Amélia do Carmo Sampaio Rossi, Sérgio Luis do Nascimento e Beatriz Flügel Assad

DIREITO À EDUCAÇÃO INCLUSIVA EM CONTEXTO DE GUERRA, COM ARTICULAÇÃO ENTRE DIREITO AMBIENTAL, DIREITOS HUMANOS E TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS (SÍRIA, 2015–2026) 195

Rita de Cássia Dias de Faria

IV. FONTES DO DIREITO, SAÚDE GLOBAL E NOVOS DESAFIOS NORMATIVOS 209

A COMISSÃO DE DIREITO INTERNACIONAL, AS FONTES DO DIREITO INTERNACIONAL, E A SUA VISÃO DE SI MESMA: ABORDAGENS NO “PROJETO SOBRE COSTUME” E NO “PROJETO SOBRE MEIOS SUBSIDIÁRIOS” 211

Luíza Leão Soares Pereira

O NOVO NORMAL DA GOVERNANÇA GLOBAL DA SAÚDE: O TRATADO SOBRE PANDEMIAS E A RE-CONFIGURAÇÃO NORMATIVA DO DIREITO INTERNACIONAL DA SAÚDE 232

Felipe Augusto Carvalho

PITCHING WITHOUT PROPERTY: THE IDEA SUBMISSION DOCTRINE AND CONTRACTUAL PROTECTION OF CREATIVE IDEAS IN THE GLOBAL CREATIVE ECONOMY..... 253

Nho Le e Le Thi Tuyet Ha

O novo normal da Governança Global da Saúde: o tratado sobre pandemias e a reconfiguração normativa do direito internacional da saúde*

The New Normal of Global Health Governance: The Pandemic Treaty and the Normative Reconfiguration of International Health Law

Felipe Augusto Carvalho**

Resumo

A pandemia de covid-19 revelou as limitações do direito internacional da saúde e da governança global, pois evidenciou a ausência de instrumentos jurídicos eficazes para assegurar solidariedade, equidade e cooperação entre Estados. Nesse contexto, o Tratado sobre Pandemias, adotado pela 78ª Assembleia Mundial da Saúde em 2025, surge como tentativa de reconfiguração normativa e institucional da governança global da saúde. O presente artigo objetivou analisar criticamente as inovações trazidas por esse tratado, especialmente quanto à ampliação das obrigações estatais, redefinição do conteúdo jurídico do direito à saúde e criação de novos mecanismos de coordenação e financiamento global. A pesquisa adotou abordagem qualitativa e jurídico-analítica com base em análise documental e revisão bibliográfica. Argumenta-se que o tratado inaugura um regime jurídico híbrido de segurança sanitária global, no qual normas vinculantes e mecanismos cooperativos coexistem. Contudo permanecem desafios quanto à efetividade jurídica das obrigações e conciliação entre soberania nacional e solidariedade internacional. Concluiu-se que o tratado analisado representa um avanço importante, ainda que limitado, na consolidação de um direito internacional da saúde mais equitativo e integrado.

Palavras-chave: direito internacional da saúde; governança global; Organização Mundial da Saúde; Tratado sobre Pandemias; direito à saúde; solidariedade internacional.

Abstract

The COVID-19 pandemic exposed the fragility of international health law and global health governance, revealing the absence of effective legal instruments to ensure solidarity, equity, and cooperation among States. In this context, the *WHO Pandemic Agreement*, adopted by the 78th World Health Assembly in 2025, represents an attempt to achieve a normative and institutional reconfiguration of global health governance. This article critically exa-

* Recebido em: 10/12/2025.
Aprovado em: 19/02/2026.

** Investigador de Pós-Doutoramento na Universidade de Coimbra (FEUC/CES).
E-mail: felipe.alc1@gmail.com

mines the innovations introduced by the treaty, focusing on the expansion of State obligations, the redefinition of the legal content of the right to health, and the creation of new coordination and financial mechanisms. The study employs a qualitative and legal-analytical approach, combining documentary analysis and critical literature review. It argues that the treaty establishes a hybrid legal regime for global health security, where binding obligations and cooperative instruments coexist. Nevertheless, significant challenges remain regarding the legal effectiveness of its provisions and the balance between national sovereignty and international solidarity. The article concludes that the *WHO Pandemic Agreement* represents a meaningful, though incomplete, step toward consolidating a more equitable and institutionalized international health law.

Keywords: international health law; global health governance; World Health Organization; Pandemic Treaty; right to health; international solidarity.

1 Introdução

A pandemia de covid-19 expôs, de forma inédita, as fragilidades das estruturas normativas e institucionais da governança global da saúde, bem como as tensões entre a proteção da saúde pública e a preservação dos direitos humanos. Durante os momentos mais críticos da pandemia, tornou-se evidente que o direito à saúde foi colocado à prova diante da ausência de mecanismos internacionais capazes de garantir sua implementação equitativa. A crise demonstrou que, apesar de seu reconhecimento normativo, o direito à saúde permanece condicionado por assimetrias de poder econômico e político entre Estados e pela falta de um regime jurídico de solidariedade.

Essa constatação evidenciou uma lacuna central no direito internacional da saúde¹: a inexistência de um ins-

trumento jurídico global capaz de articular os deveres de preparação, resposta e cooperação entre Estados em face de emergências sanitárias de alcance transnacional. Embora o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) forneça um quadro normativo relevante, sua natureza predominantemente procedimental e a ausência de mecanismos coercitivos limitaram sua efetividade prática.

Foi nesse contexto que, em 2021, a Organização Mundial da Saúde (OMS) iniciou as negociações de um novo instrumento multilateral — o Tratado sobre Pandemias (WHO Pandemic Agreement) — concebido como um marco jurídico para prevenir, preparar e responder a emergências de saúde pública de importância internacional. Adotado formalmente e por consenso em 20 de maio de 2025, esse tratado busca reconfigurar o equilíbrio entre soberania e solidariedade sanitária, estabelecendo obrigações mais claras e vinculantes quanto ao compartilhamento de informações e patógenos, transferência de tecnologia, financiamento de capacidades nacionais e acesso equitativo a vacinas e contramedidas médicas.

A partir desse cenário, o presente trabalho propôs-se a examinar as mudanças normativas, institucionais e conceituais que o Tratado sobre Pandemias introduz no direito internacional da saúde, com especial atenção ao modo como essas inovações impactam (i) o conteúdo jurídico do direito à saúde, (ii) as obrigações internacionais dos Estados e (iii) a arquitetura de governança global em saúde.

A pesquisa adotou uma abordagem qualitativa, jurídico-analítica e documental, baseada na análise normativa e discursiva do Tratado sobre Pandemias. Complementarmente, realizou-se uma análise bibliográfica crítica da literatura recente sobre direito internacional da saúde e governança global, buscando identificar convergências e tensões entre o discurso jurídico e as dinâmicas práticas de implementação.

2 O direito internacional da saúde: fundamentos normativos

2.1 Direito internacional geral

A saúde como direito humano tem suas raízes no movimento de saúde pública do século XIX, em resposta à Revolução Industrial e no desenvolvimento das

¹ O chamado “direito internacional de saúde” ou “direito da saúde global” (*global health law*) abrange a identificação e controle de doenças no plano internacional, bem como a gestão de crises e direcionamento dos poderes de saúde pública. Para maiores considerações sobre as fundações dogmático-normativas desse recente ramo do direito, vide: TOEBES, B. International health law: an emerging field of public international law. *Indian Journal of International Law*, v. 55, n. 3, p. 299-328, 2015; BÉLANGER, M. Une nouvelle branche du droit international: le droit international de la santé. *Études internationales*, v. 13, n. 4, p. 611-632, 1982; GOSTIN, L. O.; TAYLOR, A. L. Global health law: a definition and grand challenges. *Public Health Ethics*, v. 1, n. 1, p. 53-63, 2008. BURCI, G. L. (ed.). *Global health law*. Northampton, MA: Edward Elgar Pub, 2016. *E-book*.

Conferências Sanitárias Internacionais, que iniciaram nos fins do século XIX e culminaram na criação do *Office International d'Hygiène Publique* (OIHP) em 1907, cuja principal missão era disseminar informações sobre saúde pública, em particular, a respeito de doenças transmissíveis, aos Estados-Membros². A Organização de Saúde da Liga das Nações³ e a Organização Internacional do Trabalho (OIT)⁴ também auxiliaram a lançar gradualmente as bases do reconhecimento da saúde como um direito humano.

Com efeito, na Carta das Nações Unidas, encontra-se menção à saúde no capítulo destinado à cooperação econômica e social internacional (artigo 55):

Com o fim de criar condições de estabilidade e bem-estar, necessárias às relações pacíficas e amistosas entre as Nações, baseadas no respeito do princípio da igualdade de direitos e da autodeterminação dos povos, as Nações Unidas promoverão:

[...]

b. A solução dos problemas internacionais econômicos, sociais, de saúde e conexos, bem como a cooperação internacional, de carácter cultural e educacional [...]⁵

Ulteriormente à promulgação da Carta foi estabelecida, em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS). A Constituição da OMS porta em seu preâmbulo tanto uma definição de saúde, nomeadamente “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”⁶,

como declara que “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social”. Trata-se do primeiro documento internacional a formular um direito individual à saúde⁷, sendo considerada a “Magna Carta para a saúde mundial”⁸.

Essa linguagem da Constituição da OMS influenciou as disposições dos documentos internacionais que se seguiram sobre o tema. No caso da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), não existe um artigo particularizado sobre saúde, sendo essa dimensão combinada com outras questões sociais numa ampla disposição sobre o direito a um padrão de vida adequada (artigo 25)⁹.

O Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) afirma que “Os Estados-Signatários no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa gozar das melhores condições possíveis de saúde física e mental (artigo 12)”¹⁰. O artigo detalha o escopo desse direito ao dispor que os Estados-Signatários deverão adotar, entre outras, as medidas necessárias para a “prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, e lutar contra as mesmas”.

O texto adotado apresenta semelhanças consideráveis com o preâmbulo da Constituição da OMS referido anteriormente, o que demonstra sua importância fundacional na construção dos contornos desse direito,

² TOEBES, Brigit C. A. *The right to health as a human right in international law*. Amsterdam: Hart Intersentia, 1999. 7 ss.

³ Após o fim da Liga das Nações, a Organização da Saúde da Liga das Nações tornou-se a Organização Mundial da Saúde (OMS), com sede em Genebra. Para mais informações sobre as atividades e desenvolvimento da Organização da Saúde da Liga das Nações, vide <https://www.ungeneva.org/en/history/league-of-nations>.

⁴ Apesar de possuir um mandato que predominantemente lida com problemas de saúde relacionados ao trabalho, exemplos de atividades bem-sucedidas da OIT, naquela época, são a proibição do uso de vários materiais venenosos, a prevenção de doenças respiratórias e a elaboração de um código padrão de higiene industrial. TOEBES, Brigit C. A. *The right to health as a human right in international law*. Amsterdam: Hart Intersentia, 1999. p. 13.

⁵ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Carta das Nações Unidas*. São Francisco, 1945. art. 55. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91220-carta-das-nações-unidas>. Acesso em: 2 jun. 2026

⁶ “Even in noncrisis times, fulfilling the expansive 1946 constitutional mandate of “the highest attainable standard of health as a fundamental right of every human being” is remarkably ambitious for an intergovernmental organization (IGO). COVID-19’s devastating global run has shown that population-level well-being, or individual-level well-being, is insufficient to mitigate the effects of the

disease.” WONG, Wilson H.; WONG, Erica A. What COVID-19 revealed about health, human rights, and the WHO. *Journal of Human Rights*, v. 19, n. 5, p. 568-581, 2020. p. 569.

⁷ TOEBES, Brigit C. A. *The right to health as a human right in international law*. Amsterdam: Hart Intersentia, 1999. p. 15.

⁸ A MAGNA Carta for World Health. *American Journal of Public Health*, v. 36, n. 9, p. 1041-1045, 1946. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.36.9.1041>. Acesso em:

⁹ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Adotada pela Assembleia Geral da ONU em 10 dez. 1948. art. 12. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 2 jun. 2026

¹⁰ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*. Adotada pela Resolução n.2.200-A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966 e ratificada pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Economicos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2026

apesar de não encontrar correspondência na menção ao “bem-estar social”. A inclusão de medidas exemplificativas que os Estados devem adotar, numa perspectiva de realização progressiva do direito, alinha-se com o artigo 2.º, n.º.1, do pacto e demais disposições do tratado.

Outros tratados e declarações promulgados sob os auspícios das Nações Unidas consolidaram a previsão do direito à saúde no direito internacional, com atenção particular a áreas relacionadas à saúde em que determinados públicos (mulheres, crianças, trabalhadores migrantes, etc.) precisam de proteção adicional. Conquanto, neste estudo, não se trate de todos esses instrumentos com detalhes¹¹, cumpre mencionar a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), mormente, no artigo 12, cujo objeto de proteção é a igualdade de acesso às instalações de saúde para as mulheres, e a ênfase é dada aos cuidados pré e pós-natal. Por sua vez, o artigo 11 assegura o direito à proteção da saúde e à segurança nas condições de trabalho.

A Convenção dos Direitos da Criança adota a mesma perspectiva ao estipular que “os Estados Partes reconhecem à criança o direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de reabilitação” (artigo 24)¹². Note-se que o artigo adota a expressão “melhor estado de saúde possível”, em correspondência ao estipulado na Constituição da OMS e artigo 12 do PIDESC, porém não faz menção à “saúde física e mental”. Com contornos mais amplos do que o previsto na CEDAW, a Convenção dos Direitos da Criança vai além do direito a cuidados de saúde, e abarca *inter alia* o fornecimento de água potável, higiene e salubridade do ambiente, acesso à informação e nutrição adequada. Segundo Brigit Toebe, “a vantagem dessa disposição elaborada é que as obrigações por parte dos Estados Partes são claramente definidas, o que

torna o artigo mais tangível e aplicável em procedimentos (*quasi*-)judiciais do que, por exemplo, o artigo 12 do PIDESC”¹³.

Percebe-se, portanto, que a construção do direito à saúde nesses tratados passa por reconhecer o direito de toda pessoa “gozar do melhor estado de saúde” e estabelecer competências e obrigações dos poderes públicos para organizar e proteger os serviços de saúde com vistas a implementar esse direito a partir de medidas de prevenção e tratamento.

2.2 Organizações regionais de direitos humanos

Os três sistemas regionais de direitos humanos, o europeu, o africano e o interamericano possuem diplomas que têm vindo a informar a definição e alcance do direito à saúde.

A Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem enuncia que:

toda pessoa tem direito a que sua saúde seja resguardada por medidas sanitárias e sociais relativas à alimentação, roupas, habitação e cuidados médicos correspondentes ao nível permitido pelos recursos públicos e os da coletividade (artigo XI)¹⁴.

O Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Protocolo de San Salvador) trata do direito à saúde em seu artigo 10 e estabelece que “[t]oda pessoa tem direito à saúde, entendida como o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social”¹⁵. O protocolo traz como obrigação do Estado, e nesse ponto inova em relação ao PIDESC, adotar medidas destinadas a garantir “total imunização contra as principais doenças infecciosas” (artigo 10, 2, c).

A doutrina aponta uma tendência importante nesse sistema: os órgãos interamericanos (a Comissão e a Corte Interamericana de Direitos Humanos) têm usado

¹¹ Convenção Internacional sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, adotada e aberta à assinatura e ratificação pela Resolução 2106 (XX) da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 21 de dezembro de 1965; Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das Suas Famílias, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas na sua Resolução 45/158, de 18 de dezembro de 1990; Declaração sobre Progresso e Desenvolvimento Social, proclamada pela resolução 2542 (XXIV) da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 11 de dezembro de 1969; Convenções n.º 102, n.º 103 e n.º 169 da Organização Internacional do Trabalho.

¹² UNICEF. *Convenção dos Direitos da Criança*. Instrumento de direitos humanos mais aceito na história universal. Foi ratificado por 196 países. Disponível em: Acesso em: 2 jun. 2026

¹³ TOEBES, Brigit C. A. *The right to health as a human right in international law*. Amsterdam: Hart Intersentia, 1999. p. 59.

¹⁴ ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. *Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem*. Aprovada na Nona Conferência Internacional Americana, Bogotá, 1948. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/mandato/Basicos/declaracion.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2026

¹⁵ ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. *Protocolo De San Salvador Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*. Disponível em: https://cidh.oas.org/basicos/portugues/e.Protocolo_de_San_Salvador.htm. Acesso em: 2 jun. 2026

suas múltiplas competências para estabelecer padrões sobre o alcance do direito à saúde em determinados casos contenciosos, envolvendo, portanto, a justiciabilidade desse direito¹⁶.

A Carta Africana de Direitos Humanos e dos Povos (CADHP) constitui o principal instrumento normativo do sistema africano. Ela trata do direito à saúde em seu artigo 16, estabelecendo que:

- (1) toda pessoa tem direito ao gozo do melhor estado de saúde física e mental que for capaz de atingir;
- (2) os Estados-Partes comprometem-se a tomar as medidas necessárias para proteger a saúde das suas populações e para assegurar-lhes assistência médica em caso de doença.¹⁷

Essa disposição praticamente reflete a previsão do PIDESC.

Em 2011, a Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos publicou importante documento com princípios e diretrizes para implementação dos direitos econômicos, sociais e culturais. A respeito do direito à saúde, assentou como “obrigações centrais mínimas”, dentre outras:

- a. Garantir o direito de acesso a instalações, bens e serviços de saúde numa base não discriminatória, especialmente para grupos vulneráveis ou marginalizados;
- b. Garantir o fornecimento de medicamentos essenciais a todos aqueles que deles necessitam;
- c. Garantir a imunização universal contra as principais doenças infecciosas;
- d. Tomar medidas para prevenir, tratar e controlar doenças epidêmicas e endêmicas” (destaque nosso).¹⁸

¹⁶ Para maiores desenvolvimentos sobre o direito à saúde no sistema interamericano de direitos humanos, *vide*: VERA, Oscar Parra. La protección del derecho a la salud a través de casos contenciosos ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. In: CLÉ-RICO, Laura *et al.* (coord.). *Tratado de derecho a la salud*. [S. l.]: Abeledo Perrot, 2013. p. 764; BETANCOURT, Ricardo Blanco. Derecho a la salud en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, v. 3, n. 2, p. 62-72, 2014; CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. San José, C.R.: Corte IDH, 2020. n. 28. Disponível em: <https://www.mpf.gob.ar/dgdh/files/2022/12/28-DERECHO-A-LA-SALUD.pdf>. Acesso em:

¹⁷ ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE AFRICANA. *Carta Africana Dos Direitos Humanos e dos Povos*. Aprovada pela Conferência Ministerial da Organização da Unidade Africana (OUA) em Banjul, Gâmbia, em janeiro de 1981, e adotada pela XVIII Assembléia dos Chefes de Estado e Governo da Organização da Unidade Africana (OUA) em Nairóbi, Quênia, em 27 de julho de 1981. Disponível em: <https://www.dhnet.org.br/direitos/sip/africa/banjul.htm>. Acesso em: 2 jun. 2026

¹⁸ Incluir referência do documento citado.

Nos termos da Carta Social Europeia, “todas as pessoas têm o direito de beneficiar de todas as medidas que lhes permitam gozar do melhor estado de saúde que possam atingir” (Parte 1, item 11). Com vistas a detalhar as obrigações dos Estados nesse domínio, assim dispõe a Carta Social Europeia Revista, adotada em Estrasburgo, em 1996:

Com vista a assegurar o exercício efectivo do direito à protecção da saúde, as Partes comprometem-se a tomar, quer directamente, quer em cooperação com as organizações públicas e privadas, medidas apropriadas tendentes, nomeadamente:

- 1) A eliminar, na medida do possível, as causas de uma saúde deficiente;
- 2) A estabelecer serviços de consulta e de educação no que respeita à melhoria da saúde e ao desenvolvimento do sentido da responsabilidade individual em matéria de saúde;
- 3) A prevenir, na medida do possível, as doenças epidêmicas, endêmicas e outras, assim como os acidentes.¹⁹

Considerando os demais diplomas internacionais publicados até então, visualizam-se aspectos inovadores na Carta Social Europeia. Destacam-se a referência à prestação de serviços de assessoria e educação em matéria de saúde e à responsabilidade individual em matéria de saúde no segundo parágrafo, bem como a cooperação com organizações públicas e privadas. Uma crítica que se faz à presente disposição diz respeito à expressão “na medida do possível”, no primeiro e terceiro parágrafo, a qual, segundo Brigit Toebees²⁰, diminui o caráter mandatório das obrigações. Além disso, o texto não desenvolve elementos consolidados em outros instrumentos como saúde infantil e saúde ocupacional.

A Convenção Europeia dos Direitos Humanos (CEDH) não afirma explicitamente o direito à saúde, ao passo que faz menções à saúde apenas no contexto de justificar limitações (por exemplo, o artigo 2º e o artigo 9º da CEDH e o artigo 2º do 4.º Protocolo à CEDH)²¹.

¹⁹ PORTUGAL. Ministério Público. *Carta Social Europeia Revista*. Disponível em: https://dcjri.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/carta_social_europeia_revista.pdf. Acesso em: 2 jun. 2026.

²⁰ TOEBES, Brigit C. A. *The right to health as a human right in international law*. Amsterdam: Hart Intersentia, 1999. p. 69.

²¹ A doutrina aponta que “la asamblea constituyente estaba más preocupada en esos años de tutelar los derechos civiles y políticos en Europa que de reconocer derechos sociales en concreto, sin perjuicio de que algunos textos constitucionales de países europeos ya los proclamasen genérica o específicamente.” DELGADO DEL RINCÓN, Luis Enrique. Algunas consideraciones sobre el derecho

Temas como saúde, habitação, benefícios sociais e outros direitos socioeconômicos são tradicionalmente articulados em instrumentos como a Carta Social Europeia, o Código Europeu de Segurança Social ou mesmo pelo PIDESC.

Alguma doutrina visualiza certa incongruência nessa abordagem do Conselho da Europa, nomeadamente, a permissão de limitações pelas autoridades nacionais devido à necessidade de “proteção da saúde ou da moral”, ao passo que a CEDH não contempla uma definição juridicamente vinculativa de saúde²².

Por seu turno, o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos (TEDH) tem articulado a CEDH para mobilizar outros direitos, especialmente o direito à vida, direito à integridade pessoal e direito à vida privada e familiar, com vistas a responder e combater ameaças à saúde. O silêncio da CEDH tem sido, então, segundo Enrique de la Cueva, “generosamente compensado” pela interpretação do TEDH, tanto no que diz respeito às proibições de os prejudicar, como ao dever de protegê-los²³. Não comporta na economia da dissertação um exame aprofundado da jurisprudência do TEDH sobre saúde²⁴; cumpre apenas tecer algumas observações para demonstrar como o tribunal tem contribuído para a densificação da proteção do direito à saúde, de maneira indireta, ao clarificar quais obrigações positivas e negativas são exigidas dos Estados a partir de situações que envolvem os direitos correlatos citados anteriormente.

Em *Brincat v. Malta*, os requerentes — trabalhadores de reparação de um estaleiro — reclamaram ao abrigo dos artigos 2.º (direito à vida) e 8.º (direito à vida privada e familiar) da convenção relativamente à sua exposição ao amianto. A Corte estabeleceu que o artigo 2.º não se refere apenas às mortes resultantes do uso injustificado da força por agentes do Estado, mas também fundamenta uma obrigação positiva para os Estados de tomarem as medidas adequadas para salvaguardar as vidas daqueles sob sua jurisdição²⁵. Com efeito, o tribunal tem repetidamente examinado denúncias, ao abrigo do artigo 2.º, de pessoas que tenham sofrido enfermidades graves²⁶.

Outro aspeto interessante diz respeito à expansão do artigo 8.º. Na análise da situação de um dos requerentes, que não apresentava diagnóstico grave de problemas respiratórios, apesar da exposição ao amianto, a Corte compreendeu que o artigo 2.º não se aplicava. No entanto, ainda que as condições de trabalho não tenham constituído um precursor inevitável para o diagnóstico de doenças respiratórias sérias (a ponto de envolver o artigo 2.º), mas tenham afetado a família e a vida privada, queixas dessa natureza podem ser examinadas ao abrigo do artigo 8.º. Como resultado, a obrigação positiva prevista neste artigo — fornecer acesso a informações essenciais que permitam aos indivíduos avaliar os riscos para sua saúde e vida — exige que as autoridades nacionais tomem as mesmas medidas práticas que se

a la protección de la salud y el bien jurídico de la salud colectiva en tiempos de pandemia. In: CAMPOS, Pablo Beramendi; ALBA, Francisco de Diego (coord.). *Los efectos horizontales de la COVID sobre el sistema constitucional*. [S. l.]: Fundación Manuel Giménez Abad, 2020. p. 385-411.

²² TABASZEWSKI, Robert. The permissibility of limiting rights and freedoms in the European and national legal system due to health protection. *Review of European and Comparative Law*, v. 42, n. 3, p. 51-89, 2020. p. 63.

²³ DE LA CUEVA, Elena López Moreno. Derechos humanos y atención sanitaria ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos. *Revista de Derecho y Salud*, v. 29, n. 1, p. 6-30, 2019. p. 11.

²⁴ Para maiores desenvolvimentos, vide EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS. *Factsheet: Health*. Sept. 2024. Disponível em: https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/FS_Health_ENG. Acesso em: CUENCA, E. C. Derechos sociales de prestación y obligaciones positivas del Estado en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. *Revista de Derecho Político*, n. 100, p. 1209-1238, 2017. 1230 ss; ARIÑO, O. B. La salud en la jurisprudencia reciente del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. *Revista Derecho y Salud*, v. 25, n. 2, p. 137-150, jul./dec. 2015. Disponível em: <https://www.ajs.es/es/index-revista-derecho-y-salud/volumen-25-numero-2-2015/la-salud-la-jurisprudencia-reciente-del>. Acesso em:

²⁵ EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS. *Brincat and Others v. Malta*, para. 79. Strasbourg, jul. 2014. Disponível em: <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22%3A%22001-145790%22%7D>. Acesso em:

²⁶ “Such cases include G.N. and Others v. Italy (no. 43134/05, 1 December 2009) in which the applicants suffered from the potentially life-threatening disease hepatitis C; L.C.B. v. the United Kingdom (cited above), where the applicant suffered from leukaemia diminishing her chances of survival, Hristozov and Others v. Bulgaria, nos. 47039/11 and 358/12, ECHR 2012 (extracts), concerning applicants suffering from different types of terminal cancer; Karchen and Others v. France ((dec.), no. 5722/04, 4 March 2008) and Oyal v. Turkey (no. 4864/05, 23 March 2010), in which the applicants had been infected with the HIV virus, which endangered their life; Nitecki v. Poland ((dec.), no. 65653/01, 21 March 2002), in which the applicant suffered from amyotrophic lateral sclerosis; Gheorghe v. Romania ((dec.), no. 19215/04, 22 September 2005), in which the applicant suffered from haemophilia; and De Santis and Olanda v. Italy ((dec.), 35887/11, 9 July 2013) in which the applicant – who was severely disabled – suffered a cerebral haemorrhage as a consequence of an infection acquired in hospital.” EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS. *Brincat and Others v. Malta*, para. 82. Strasbourg, jul. 2014. Disponível em: <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22%3A%22001-145790%22%7D>. Acesso em:

espera delas no contexto da sua obrigação positiva ao abrigo do artigo 2.º.

Percebe-se, portanto, que, sem prejuízo da ausência de uma definição jurídica ou do estabelecimento formal de um “direito à saúde”, as disposições da CEDH têm sido articuladas para combater ameaças — potenciais ou reais — à saúde.

Há, ainda, uma corrente doutrinal que tem buscado articular o artigo 5.º (1) da CEDH (direito à liberdade e segurança pessoal) para densificar o conteúdo do direito à saúde, por meio do conceito de segurança de saúde ou segurança sanitária (*health security*). Para compreender melhor essa argumentação, importa destacar o relatório publicado pelo *United Nations Development Programme*, em 1994, intitulado *Human Development Report*, que trouxe um novo conceito de segurança humana, incluindo a *health security*²⁷.

Tal fundamento reside na compreensão de que salvaguardar a segurança humana não significa apenas construir instrumentos contra ameaças nucleares. “Em vez disso, significa responder à ameaça da pobreza global que atravessa fronteiras internacionais na forma de drogas, AIDS, mudanças climáticas, migração ilegal e terrorismo”²⁸. Dessa forma, propõe-se uma alteração no conceito de segurança a partir de dois movimentos: de uma ênfase exclusiva na segurança territorial a uma ênfase muito maior na segurança das pessoas; e da segurança mediante armamentos à segurança pelo desenvolvimento humano sustentável.

Inspirada por essa elaboração, considera-se que a reivindicação amplificada de segurança exige uma dimensão mais ativa dos direitos, superando a ideia de serem simples direitos negativos contra os Estados. Nessa linha, para alguma doutrina, conquanto não esteja consagrado como um direito exequível *per se* sob a CEDH, há fundamentos suficientes, com base no conceito internacional emergente de segurança sanitária, para es-

tabelecer que o artigo 5.º, n.º 1, da CEDH garante o direito à saúde ao indivíduo e respectiva obrigação positiva do Estado. Isso deve incluir o dever do Estado de adotar medidas concretas de segurança relacionadas à saúde, se necessário²⁹.

Em suma, os casos relacionados com a saúde apresentados ao Tribunal Europeu têm sido discutidos com mais frequência nos termos dos artigos 2.º, 3.º, 8.º e 14 da CEDH³⁰. Nessa linha, após detida análise da jurisprudência do Tribunal Europeu sobre o tema, Sascha-Dominik Bachmann e Joachim Sanden concluem que “um direito geral a tratamento e cuidados de saúde como um direito positivo ainda não foi reconhecido pelo TEDH, mas também não foi [(ainda)] totalmente descartado por este tribunal”³¹.

Preliminarmente, admite-se que a terminologia adotada nos instrumentos internacionais desperta debates e controvérsias, nomeadamente se a expressão mais apropriada deva ser “direito à saúde” ou “direito a cuidados de saúde”, ou, ainda, “direito à proteção da saúde”³². A razão comum intrínseca à adesão às duas últimas expressões reside na ideia que “direito à saúde” veicula uma ideia inatingível: a garantia de saúde perfeita³³. A discussão mais aprofundada desse tema carece de relevância prática ao presente estudo, porém cumpre assinalar que, aqui se entende, a reação negativa de alguns à frase “direito à saúde” tende a diminuir à medida que o uso e as implicações do termo tornarem-se mais familiares. Com efeito, concebe-se que “direito à saúde” é a expressão que se tornou padrão no campo dos direitos humanos e que implica proteção para além de cuidados

²⁷ “Job security, income security, health security, environmental security, security from crime-these are the emerging concerns of human security all over the world.” UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. Human Development Report 1994. New York: Oxford University Press, 1994. v. 3. Disponível em: https://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/255/hdr_1994_en_complete_nostats.pdf. Acesso em: 16 de maio de 2022.

²⁸ UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. Human Development Report 1994. New York: Oxford University Press, 1994. v. 3. Disponível em: https://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/255/hdr_1994_en_complete_nostats.pdf. Acesso em: 16 de maio de 2022.

²⁹ BACHMANN, Sascha; SANDEN, Jann. State responsibility for the (public) right to health and security in times of Covid pandemic: European perspective. *Indonesian Journal of International & Comparative Law*, v. 7, n. 3, p. 407-430, 2020. p. 428.

³⁰ Council of Europe. (2015). Health-related issues in the case-law of the European Court of Human Rights, 5.

³¹ BACHMANN, Sascha; SANDEN, Jann. State responsibility for the (public) right to health and security in times of Covid pandemic: European perspective. *Indonesian Journal of International & Comparative Law*, v. 7, n. 3, p. 407-430, 2020.

³² Cf. LEARY, Virginia A. The right to health in international human rights law. *Health and Human Rights*, v. 1, n. 1, p. 24-56, 1994.

³³ Por exemplo, Francisca Ramón Fernández argumenta que o texto constitucional espanhol estabelece o “direito à proteção da saúde”, mas não um direito à saúde, porque este “supondría una garantía absoluta de evitar enfermedades y otros padecimientos”. RAMÓN FERNÁNDEZ, Francisco. El derecho a la vida y la protección de la salud en las medidas adoptadas en España como consecuencia de la Covid-19: una reflexión sobre su oportunidad. *Estudios Constitucionales*, v. 18, n. 2, p. 51-86, 2020. p. 57.

de saúde, incluindo acesso à água potável e saneamento, bem como condições de trabalho seguras e saudáveis, sendo a terminologia adotada no presente trabalho.

Por sua vez, no discurso jurídico que envolve o regime de limitações de direitos, o conceito de “saúde pública” tem sido o mais adotado. Por exemplo, nos textos da CEDH e Carta Social Europeia (CSE), confere-se às autoridades nacionais permissão para limitar direitos e liberdades não quanto à “saúde” ou “direito à saúde”, mas devido à “saúde pública”, com isso buscando convergir às necessidades coletivas, e não individuais³⁴.

3 Conteúdo do direito à saúde

Durante a ocorrência de uma emergência sanitária, o conteúdo, a estrutura e a própria noção de saúde como direito humano podem ser postos em causa³⁵, especialmente se for enquadrado em contraposição ao âmbito de proteção de outros direitos afetados ou afetáveis pela situação emergencial (notadamente no caso de colisão entre direitos e interesses)³⁶.

A doutrina sublinha que o escopo e conteúdo do direito à saúde vêm sendo densificados gradualmente, similar ao que ocorre com outros direitos sociais, como o direito à alimentação e o direito à moradia — também reconhecidos em tratados internacionais —, mas cujo significado só vai sendo esclarecido gradativamente. Não obstante, o posicionamento de questões de saúde dentro de uma linguagem de direitos humanos enfatiza a importância dos cuidados de saúde como um bem ou

objetivo social de particular importância. Trata-se, portanto, do reconhecimento que essa matéria não pode ser considerada simplesmente em termos tecnicistas ou econômicos.

Theo Van Boven, citado por Virginia Leary, explica:

Três aspetos do direito à saúde foram consagrados nos instrumentos internacionais sobre direitos humanos: a declaração do direito à saúde como um direito humano básico; a prescrição de normas destinadas a atender às necessidades de saúde de grupos específicos de pessoas; e prescrição de formas e meios para a implementação do direito à saúde³⁷.

O Comentário Geral n.º 14, produzido pelo Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, assinala que a referência no artigo 12, n.º 1, do pacto às “melhores condições possíveis de saúde física e mental” não se limita ao direito aos cuidados de saúde, abrangendo uma gama de fatores socioeconômicos que promovem condições nas quais as pessoas podem levar uma vida saudável. Esses determinantes subjacentes da saúde incluem alimentação e nutrição, habitação, acesso à água potável, saneamento adequado, e condições de trabalho seguras³⁸. Nessa base, o “direito à saúde deve ser entendido como o direito ao gozo de uma variedade de instalações, bens, serviços e condições necessárias para a realização do mais alto padrão de saúde possível”³⁹.

Percebe-se, portanto, a complexidade de fatores e atores envolvidos na promoção da saúde, cujo escopo vai muito além da prevenção e tratamento de enfermidades. Nessa direção, a doutrina considera que a saúde pública abrange: (1) assistência médica direta e corretiva; (2) a consideração legítima e a prescrição de escolhas individuais que afetam estilos de vida saudáveis — como uso de drogas e álcool, dieta, exercícios, saúde sexual, educação em saúde; (3) medidas de proteção à saúde, como imunizações, prevenção de epidemias, uso de cintos de segurança, legislação de saúde e segurança, segurança alimentar; (4) medidas ambientais mais amplas — poluição, contaminação, planejamento do tráfego rodoviário, prevenção de lesões e (5) promoção da

³⁴ TABASZEWSKI, Robert. The permissibility of limiting rights and freedoms in the European and national legal system due to health protection. *Review of European and Comparative Law*, v. 42, n. 3, p. 51-89, 2020. p. 62.

³⁵ GAUDÊNCIO, Ana Maria. Direitos humanos e pandemia. In: PEREIRA, António (coord.). *Responsabilidade em saúde pública no mundo lusófono: fazendo justiça durante e além da emergência da Covid*. Instituto Jurídico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, 2021. p. 9-23. p. 35.

³⁶ Luis E. Delgado del Rincón reforça que “la protección de la salud ha adquirido una relevancia singular al erigirse en el bien jurídico que sirve de fundamento a la adopción de medidas limitadoras de otros derechos. En este sentido, se ha convertido en uno de los derechos más invocados en las normas y resoluciones judiciales dictadas para resolver los conflictos suscitados con su aplicación. DELGADO DEL RINCÓN, Luis Enrique. Algunas consideraciones sobre el derecho a la protección de la salud y el bien jurídico de la salud colectiva en tiempos de pandemia. In: CAMPOS, Pablo Beramendi; ALBA, Francisco de Diego (coord.). *Los efectos horizontales de la COVID sobre el sistema constitucional*. [S. l.]: Fundación Manuel Giménez Abad, 2020. p. 385-411.

³⁷ VAN BOVEN *apud* LEARY, Virginia A. The right to health in international human rights law. *Health and Human Rights*, v. 1, n. 1, p. 24-56, 1994. p. 29.

³⁸ Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), 4. 2000.

³⁹ Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), 9. 2000.

saúde mental — promoção da participação, autoidentidade, autoestima, resiliência⁴⁰.

Com vistas à efetividade dessa promoção e conferir maior precisão ao conteúdo do direito, o Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais introduziu quatro elementos inter-relacionados e essenciais ao direito à saúde⁴¹: (a) *disponibilidade* de instalações, bens e serviços em funcionamento e em quantidade suficiente; (b) *acessibilidade* para todos, sem discriminação, às instalações, bens e serviços de saúde dentro da jurisdição do Estado-Parte⁴²; (c) *aceitabilidade*, no sentido que todas as instalações, bens e serviços de saúde devem respeitar a ética médica e ser culturalmente apropriados; (d) *qualidade* das instalações, bens e serviços de saúde, de maneira científica e medicamente adequados⁴³. A doutrina internacional designa essa construção analítica por “AAAQ” (*availability, accessibility, acceptability, and quality*).

Elemento essencial ao conteúdo normativo do direito, que se prende à dignidade da pessoa humana, presente em todos os tratados referidos anteriormente, refere-se à não discriminação com base na raça, religião, credo político, condição econômica ou social, nos termos da Constituição da OMS. O objetivo desta ênfase no caráter não discriminatório das políticas e serviços de saúde é, em primeiro lugar, rechaçar uma abordagem exclusivamente mercadológica para o acesso aos cuidados de saúde, bem como enjeitar um contexto social em que apenas os indivíduos pertencentes a classes econômicas mais altas tenham acesso aos serviços básicos de saúde. Com efeito, as convenções construídas especificamente contra discriminação realçam a proibição de discriminação em relação à saúde⁴⁴. É por isso que

Ramón Fernández descreve o direito à saúde como um “direito de caráter inclusivo”⁴⁵.

4 Obrigações dos Estados

De maneira geral, ao referir-se aos direitos sociais, numa perspectiva que busca atingir progressivamente a plena efetividade dos direitos reconhecidos no pacto em foco (artigo 2.º do PIDESC), a obrigação dos Estados envolve três aspetos: (1) a obrigação de respeitar — de não violar o direito por meio de suas ações; (2) a obrigação de proteger — evitando que outros violem o direito; (3) a obrigação de cumprir — a necessidade de o Estado tomar as medidas necessárias para garantir o direito⁴⁶. Com efeito, enquanto direitos de natureza prestacional, necessitando, por isso, da ação positiva do Estado, os direitos sociais não se podem limitar, conforme aponta Mário Reis Marques, a “quiméricas declarações formais; pelo contrário, a sua função é a superação possível das situações de desigualdade existentes entre os indivíduos”⁴⁷.

Para Sacha-Dominik e Sanden, o termo “respeito”, consagrado no artigo 8.º, n.º 1, da CEDH, tem um escopo mais abrangente e implica o reconhecimento de obrigações positivas:

Tais obrigações positivas incluem, mas não se limitam a quadros legislativos e administrativos adequados, medidas práticas para garantir a proteção das pessoas, e fornecimento de informações aos indivíduos para permitir que eles avaliem os riscos à sua saúde e vida⁴⁸.

Nesse sentido, resta consensual que o compromisso que o Estado assume no domínio do direito à saúde implica obrigações tanto de natureza negativa como po-

⁴⁰ Cf. PAYNE, Holly; DOE, Norman. Public health and the limits of religious freedom. *Emory International Law Review*, v. 19, n. 2, p. 539-556, 2005. p. 541.

⁴¹ Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), 4-5. 2000.

⁴² O elemento da acessibilidade possui quatro dimensões sobrepostas: não discriminação, acessibilidade física, acessibilidade econômica e acesso à informação.

⁴³ A Resolução 1/2020 da Organização dos Estados Americanos aponta nesse mesmo sentido, ao proclamar que o direito à saúde “inclui a atenção à saúde oportuna e apropriada, bem como os elementos essenciais e inter-relacionados de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços, bens e instalações de saúde, inclusive os medicamentos e os benefícios do progresso científico nesta área, em condições de igualdade e não discriminação”.

⁴⁴ Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres, artigo 1; Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, artigo 5.

⁴⁵ RAMÓN FERNÁNDEZ, Francisco. El derecho a la vida y la protección de la salud en las medidas adoptadas en España como consecuencia de la Covid-19: una reflexión sobre su oportunidad. *Estudios Constitucionales*, v. 18, n. 2, p. 51-86, 2020. p. 55.

⁴⁶ RAMÓN FERNÁNDEZ, Francisco. El derecho a la vida y la protección de la salud en las medidas adoptadas en España como consecuencia de la Covid-19: una reflexión sobre su oportunidad. *Estudios Constitucionales*, v. 18, n. 2, p. 51-86, 2020. p. 44.

⁴⁷ REIS MARQUES, Maria. Os direitos sociais no contexto da pandemia da Covid-19. In: SILVA, André S.; SOUZA, Wilson A. (org.). *Direito, justiça e literatura em horas de “pandemia global”*. Salvador: EDUFBA, 2023. p. 111-127. p. 119. *E-book*.

⁴⁸ BACHMANN, Sascha; SANDEN, Jann. State responsibility for the (public) right to health and security in times of Covid pandemic: European perspective. *Indonesian Journal of International & Comparative Law*, v. 7, n. 3, p. 407-430, 2020. p. 413.

sitiva. Na linha da obrigação negativa, um Estado não deve ameaçar ou interferir prejudicialmente na saúde de um indivíduo, a menos que haja justificativa em conformidade com o tratado para fazê-lo. O Estado também pode ser obrigado a tomar medidas e serviços para salvaguardar a saúde individual e coletiva de acordo com as chamadas obrigações positivas. Por isso que o TEDH tem interpretado que o artigo 2.º da convenção “exige que o Estado não apenas se abstenha de tirar a vida ‘intencionalmente’, mas também tome medidas apropriadas para salvaguardar a vida das pessoas sob sua jurisdição”⁴⁹.

O escopo de qualquer obrigação positiva, também referida por *dimensão prestacional*, será influenciado pelas circunstâncias do caso⁵⁰. Luis E. Delgado del Rincón realça que, na dimensão positiva, dois aspetos podem ser percebidos, o individual e o coletivo. Aquele compreende ações curativas ou assistenciais destinadas a proteger a saúde das pessoas consideradas individualmente, enquanto este abrange medidas fundamentalmente preventivas destinadas a preservar a saúde da população contra certos riscos que poderiam causar danos graves, como epidemias⁵¹. As obrigações negativas e positivas são por vezes correlacionadas; por exemplo, um Estado não deve obstruir o acesso a informações sobre as fontes de determinada infeção, ao passo que deve realizar programas de educação pública para massificar tais informações.

Importa realizar, nesse sentido, outra precisão. De acordo com o quadro normativo internacional (por todos, o artigo 2.º do PIDESC), o direito ao mais elevado padrão de saúde possível está sujeito, como já avançado, à realização progressiva e à disponibilidade de recursos. Essa condição não pode ignorar, contudo, que há obrigações derivadas dos compromissos internacionais que são imediatas, i.e., não se sujeitam à realização progressiva nem à disponibilização de recursos. Paul Hunt exemplifica isso nos seguintes termos:

A igualdade de tratamento entre mulheres e homens, por exemplo, não está sujeita à realização

progressiva nem à disponibilidade de recursos. Um Estado não pode argumentar que atualmente tem recursos insuficientes para fornecer serviços iguais para mulheres e homens e, por isso, por enquanto, irá concentrar-se em serviços para homens, mas irá disponibilizar progressivamente os mesmos serviços para mulheres ao longo dos próximos anos, assim que os fundos necessários estiverem disponíveis⁵².

Em suma, o compromisso com a realização progressiva visa impedir ações injustificadamente estagnadas ou retrocessos, exigindo aos Estados que tomem medidas razoáveis, concretas e direcionadas, conforme os recursos disponíveis, para a realização do direito à saúde para todos. Ademais, não se pode ignorar que há direitos e prestações relacionados com a saúde que dão origem a obrigações imediatas. E um intenso trabalho tem sido desenvolvido para densificar quais são essas obrigações imediatas no contexto da saúde — as obrigações mínimas ou centrais⁵³.

Segundo o Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, no já citado Comentário Geral n.º 14, as obrigações centrais que resultam do direito à saúde incluem (1) garantir o acesso não discriminatório a instalações, bens e serviços de saúde, especialmente para pessoas vulneráveis e marginalizadas; (2) garantir o acesso à alimentação nutricionalmente adequada; (3) garantir acesso à habitação, saneamento e água; (4) fornecer medicamentos essenciais conforme definido pela OMS; (5) assegurar a distribuição equitativa de instalações, bens e serviços de saúde e (6) adotar uma estratégia nacional de saúde pública e um plano de ação que responda às preocupações de toda a população, concebido por meio de um processo participativo que presta especial atenção às pessoas e grupos vulneráveis e marginalizados^{54,55}.

⁵² Human Rights Council. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt. A/HRC/4/28, para. 63. 2007.

⁵³ FORMAN, Lisa; CARAOSHI, Liana; CHAPMAN, Audrey R.; LAMPREA, Everaldo. Conceptualising minimum core obligations under the Right to Health: How should we define and implement the “Morality of the Depths”? In: KLOTZ, Sabine; BIELEFELD, Heiner; SCHMIDHUBER, Matthias; FREWER, Andreas (ed.). *Healthcare as a Human Rights Issue*. Transcript, 2016. p. 95-122; YOUNG, Katharine G. The minimum core of economic and social rights: concept in search of content. *Yale Journal of International Law*, v. 33, n. 1, p. 113-176, 2008.

⁵⁴ Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), para. 43. 2000.

⁵⁵ A doutrina sublinha algumas virtualidades dessa construção:

⁴⁹ TEDH. *Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal*, para. 214. 2017.

⁵⁰ Council of Europe. Health-related issues in the case-law of the European Court of Human Rights, 5. 2015.

⁵¹ DELGADO DEL RINCÓN, Luis Enrique. Algunas consideraciones sobre el derecho a la protección de la salud y el bien jurídico de la salud colectiva en tiempos de pandemia. In: CAMPOS, Pablo Beramendi; ALBA, Francisco de Diego (coord.). *Los efectos horizontales de la COVID sobre el sistema constitucional*. [S. l.]: Fundación Manuel Giménez Abad, 2020. p. 385-411.

As considerações acerca das muitas dimensões que envolvem a proteção da saúde parecem permitir o avanço de uma concretização importante no contexto da pandemia recente: a análise das restrições relacionadas aos direitos e liberdades e dos impactos negativos do confinamento deve levar em conta outros aspectos do bem-estar coletivo, isto é, além da saúde física, o bem-estar social, psicológico e econômico. É o que alguma doutrina classifica como a “saúde societária” (*societal health*)⁵⁶.

5 Desafios da efetivação do direito à saúde durante a pandemia de covid-19

A “dualidade” do direito humano à saúde, por ser um direito individual e compartilhado coletivamente, representa um desafio majorado de se fazer cumprir quando uma pandemia surge⁵⁷. A adoção (e sustentação) de uma resposta rápida e eficaz a novos patógenos requer capacidades robustas do sistema de saúde, incluindo recursos humanos, laboratórios, centros de testagem e vacinação da população, além de estratégias de comunicação de risco e rastreamento de contatos.

Conforme mencionado, o artigo 12 do PIDESC exige que os Estados-Partes tomem as medidas necessárias para a “prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas [...] e lutar contra as mesmas”, derivando, assim, um direito à prevenção, tratamento e controle de doenças endêmicas. Na verdade, se um Estado não tomar medidas para reduzir a propagação do vírus, isso

pode levar à responsabilização por não ter protegido o direito à saúde e o direito à vida.

A estratégia mais utilizada para responder à pandemia de covid-19 foi a implementação das chamadas intervenções não farmacêuticas (NPI). Segundo o Centro Europeu de Prevenção e Controle das Doenças (ECDC), trata-se de “medidas de saúde pública que visam prevenir e/ou controlar a transmissão do SARS-CoV-2 na comunidade”⁵⁸. Existem três categorias principais de NPI: (a) individuais, como higiene das mãos, higiene respiratória e uso de máscaras faciais; (b) ambientais, como limpeza e ventilação de espaços internos; e (c) relacionados à população, como promoção do distanciamento físico e limitação do movimento e aglomeração de pessoas.

Do ponto de vista dos direitos humanos, a implementação de tais medidas mostrou-se necessária para que os Estados cumprissem seus deveres positivos de proteger o direito à vida. Além disso, considerando a vulnerabilidade de pacientes graves, pessoas com deficiência ou idosos, que podem sentir um nível acrescido de sofrimento se expostos à doença, alguma doutrina deriva obrigações positivas também do artigo 3.º da CEDH, no sentido da prevenção de tratamentos desumanos ou degradantes⁵⁹. Cumpre assinalar também que os Estados têm obrigações negativas, i.e., de não prejudicar a saúde das pessoas, o que se daria, no contexto da pandemia recente, por exemplo, através do desvio de fundos essenciais, suprimentos médicos ou vacinas para fins ilegítimos, ou pela disseminação de desinformação sobre a doença e suas formas de propagação⁶⁰.

A fórmula *AAAQ* revela-se como importante instrumento analítico no contexto da pandemia, pois permite apontar pontos fracos nas respostas dos Estados. A doutrina identifica alguns problemas à luz dessa classificação. Primeiro, houve problemas de disponibilidade

“What is significant about the 2000 interpretation is that the committee moves from a fairly substantive notion of core obligations as essential primary health care to a far more procedural and structural approach encompassing equitable distribution, non-discrimination, and a participatory national plan of action. The only health care intervention specified is essential medicines; there is far more explication of the social determinants of health (minimum essential food, basic shelter, housing and sanitation, and water).” FORMAN, L.; BEIERSMANN, C.; BROLAN, C. E.; MCKEE, M.; HAMMONDS, R.; OOMS, G. What do core obligations under the Right to Health bring to universal health coverage?. *Health and human rights*, v. 18, n. 2, p. 23-34, dec. 2016. p. 28. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5394991/>. Acesso em:

⁵⁶ CELERMAJER, Danielle; NASSAR, Dany. Covid and the era of emergencies: What type of freedom is at stake? *Democratic Theory*, v. 7, n. 2, p. 12-24, 2020. p. 16.

⁵⁷ WONG, Wilson H.; WONG, Erica A. What COVID-19 revealed about health, human rights, and the WHO. *Journal of Human Rights*, v. 19, n. 5, p. 568-581, 2020. p. 570.

⁵⁸ European Centre for Disease Prevention and Control. Guidelines for the implementation of non-pharmaceutical interventions against COVID-19. 2020.

⁵⁹ MCQUIGG, Ronagh. Responding to a crisis: The European Court of Human Rights and the Covid-19 pandemic. *European Human Rights Law Review*, n. 4, p. 383-394, 2022, p. 384. No mesmo sentido, Conselho da Europa. (2020). *Respecting democracy, rule of law and human rights in the framework of the COVID-19 sanitary crisis: A toolkit for member States*, 5.

⁶⁰ Cf. HATHAWAH, O.; STEVENS, M.; LIM, P. COVID-19 and International Law Series: Human Rights Law: Right to Health. *Just Security*. Nov. 2020. Disponível em: <https://www.justsecurity.org/73426/covid-19-and-international-law-series-human-rights-law-right-to-life/> Acesso em: 10 dez. 2025.

de de pessoal de saúde, camas de cuidados intensivos, medicamentos, e equipamentos médicos. No domínio da acessibilidade, vicissitudes de desigualdade no acesso aos cuidados de saúde por parte de pessoas vulneráveis (como idosos, pessoas com baixa renda e indivíduos com problemas de saúde subjacentes) e a falta de serviços geograficamente acessíveis. Terceiro, em termos de aceitabilidade, a covid-19 fez surgir ambientes de cuidados de saúde onde a ética médica teria sido ameaçada. Por fim, a qualidade foi também afetada devido à escassez de pessoal e de equipamento médico adequado. Em consonância com Brigit Toebeles embora este quadro careça de precisão e seja incapaz de apontar violações concretas dos direitos humanos, ele ajuda a compreender os desafios ligados à garantia do direito à saúde no contexto de uma pandemia global e mostra até que ponto os países estão preparados para enfrentar crises futuras⁶¹.

Acrescenta-se que a pandemia da covid-19 reforçou a necessidade de obrigações extraterritoriais em matéria de tratamento e prevenção de doenças infecciosas. Esse parece ter sido o sentido da intervenção e atividade normativa dos órgãos internacionais. O Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais tem reconhecido, há algum tempo, que algumas doenças são facilmente transmissíveis além das fronteiras de um Estado e, por isso, estabeleceu que “a comunidade internacional tem a responsabilidade coletiva de abordar esse problema”⁶². Com efeito, proclamou que “os Estados Partes devem reconhecer o papel essencial da cooperação internacional e cumprir seu compromisso de adotar ações conjuntas e individuais para alcançar a plena realização do direito à saúde”⁶³.

Na declaração de abril de 2020, suprarreferida, o comitê delineou uma série de obrigações extraterritoriais que os Estados-Partes do PIDESC têm no combate à pandemia, dentre as quais: os Estados devem (a) evitar tomar decisões como impor limites à exportação de

equipamentos médicos que resultem na obstrução do acesso a equipamentos vitais para as vítimas mais pobres da pandemia; (b) certificar-se de que medidas fronteiriças unilaterais não impeçam o fluxo de bens essenciais, como alimentos básicos e equipamentos de saúde.

Em matéria de cooperação internacional, o comitê conclamou os Estados-Partes a envidar esforços para garantir o “compartilhamento de pesquisas, equipamentos e suprimentos médicos e melhores práticas no combate ao vírus; ação coordenada para reduzir os impactos econômicos e sociais da crise; e esforços conjuntos de todos os Estados para assegurar uma recuperação econômica eficaz e equitativa”⁶⁴.

Pode-se inferir, conforme o exposto, que o caminho da cooperação internacional é o mais exequível e duradouro para enfrentar pandemias como essa⁶⁵. Tal abordagem, com sua ênfase subjacente no princípio da “solidariedade social, uma solidariedade sem fronteiras”, como destacado por Mário Reis Marques⁶⁶, torna-se fundamental para a consecução de medidas eficazes. Não se pode desconsiderar, aliás, que já há um órgão internacional que se concentra na resposta às emergências internacionais de saúde por meio de coordenação e colaboração, a OMS.

6 Governança Global de Saúde: OMS e o Regulamento Sanitário Internacional

No centro do regime de saúde global, encontra-se a OMS, que se posicionou como o eixo institucional central durante a pandemia de covid-19, fornecendo orientação e assistência, coordenando pesquisas sobre vacinas, diagnósticos e antivirais e enquadrando a resposta internacional em termos normativos sob o Regulamento Sanitário Internacional (RSI).

⁶¹ TOEBES, Brigit; FORMAN, Lisa; BARTOLINI, Giulio. Toward human rights-consistent responses to health emergencies: What is the overlap between core right to health obligations and core international health regulation capacities? *Health and Human Rights*, v. 22, n. 2, p. 99-111, 2020. p. 102.

⁶² UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health* (Art. 12), para. 40. 2020.

⁶³ UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health* (Art. 12), para. 38. 2020.

⁶⁴ UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Statement on the coronavirus disease (COVID-19) pandemic and economic, social and cultural rights. 2020.

⁶⁵ “If there is one overarching lesson from the COVID-19 pandemic, it is that the world is safer when we work together than when we devolve into fierce nationalism and isolated responses”. GOSTIN, Lawrence O.; MEIER, Benjamin M.; STOCKING, Brian. Developing an innovative pandemic treaty to advance global health security. *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, v. 49, p. 503-508, 2021, p. 508.

⁶⁶ REIS MARQUES, Maria. Os direitos sociais no contexto da pandemia da Covid-19. In: SILVA, André S.; SOUZA, Wilson A. (org.). *Direito, justiça e literatura em horas de “pandemia global”*. Salvador: EDUFBA, 20 p. 111-127. p. 115. E-book.

Segundo a Constituição da OMS, a Assembleia da Saúde tem autoridade para “adotar os regulamentos respeitantes a medidas sanitárias e de quarentena e outros procedimentos destinados a evitar a propagação internacional de doenças” (artigo 21). A força normativa e a eficácia dessa abordagem dependem em grande parte da aceitação das recomendações da OMS e da percepção de sua legitimidade e credibilidade.

A aprovação do RSI, em 2005, representou um marco para a saúde pública global. Assinalado como o “instrumento chave mundial de proteção contra a propagação internacional de doenças”, o propósito desse regulamento é:

prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública, e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacionais”⁶⁷(artigo 2.º).

O documento expõe inovações quanto às responsabilidades das autoridades nacionais frente a algum evento inusitado de saúde pública que possa representar ameaça para a população mundial. Com o RSI, as regulamentações nesse domínio passam de uma abordagem passiva, baseada em uma lista de doenças e medidas nacionais rígidas, para uma abordagem dinâmica e aberta, baseada na cooperação e boa-fé dos Estados. Nesse contexto, desempenha a OMS um papel central na vigilância, avaliação de risco e resposta, e visa garantir uma resposta de saúde pública eficaz, e proporcional, para evitar interferências desnecessárias no tráfego e no comércio.

Em particular, o artigo 6.º estabelece que cada Estado-Parte avaliará os eventos que ocorrerem dentro de seu território e notificará a OMS, pelos mais eficientes meios de comunicação disponíveis, por meio do Ponto Focal Nacional para o RSI e dentro de 24 horas, a contar da avaliação de informações de saúde pública, sobre todos os eventos em seu território que se possam constituir numa emergência de saúde pública de importância internacional, sendo o diretor-geral da OMS, como já

avançado, nos termos do artigo 12⁶⁸, o competente para essa declaração⁶⁹.

Tal procedimento envolve, portanto, além da OMS, a participação do país (ou países em causa) e do Comitê de Emergência, um corpo de peritos criado para cada surto específico de uma doença infecciosa⁷⁰. Após a declaração de ESPII, o diretor-geral emite as recomendações temporárias necessárias, que são válidas por três meses. Tais recomendações são então comunicadas aos Estados-Partes para implementação.

Relacionado ao artigo 6.º e ao dever de reportar eventos de saúde pública de importância internacional, um domínio objeto de questionamentos prende-se com os mecanismos de recompensa ou incentivos ao cumprimento do RSI 2005. Por exemplo, ao relatar a disseminação da nova variante *Omicron* em seu território, o governo da África do Sul agiu em conformidade com o regulamento. A “recompensa” da África do Sul por cumprir o RSI 2005 foi uma série de proibições de viagem impostas a ela e a outros países, ainda que seja estabelecida no artigo 43 a obrigação do Estado-Parte de abster-se de impor medidas que não sejam mais restritivas às viagens e ao comércio internacional do que “alternativas razoavelmente disponíveis”.

Trata-se da difícil tarefa de equilíbrio das disposições do artigo 2.º do RSI 2005, entre “proteger, controlar e fornecer uma resposta de saúde pública à disseminação internacional de doenças”, por um lado, e “evitar inter-

⁶⁸ Ao determinar se um evento constitui ou não uma emergência de saúde pública de importância internacional, o diretor-geral considerará: (a) as informações fornecidas pelo Estado-Parte; (b) o instrumento de decisão para avaliação e notificação dos eventos que possam constituir ESPII; (c) o parecer do Comitê de Emergências; (d) os princípios científicos, bem como as evidências científicas e outras informações relevantes disponíveis; e (e) uma avaliação do risco para a saúde humana, do risco de propagação internacional da doença e do risco de interferência com o tráfego internacional (artigo 12, 4, RSI 2005).

⁶⁹ “The delegation of such an executive power to the head of an international agency represents a notable increase in administrative powers, which is a novelty in global administrative law.” ZIDAR, Andraž. WHO International Health Regulations and human rights: from allusions to inclusion. *The International Journal of Human Rights*, v. 19, n. 4, p. 505-526, 2015. p. 506.

⁷⁰ AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Regulamento Sanitário Internacional: RSI 2005. parte IX – Cadastro de Peritos do RSI*. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional>. Acesso em: 2 jun. 2026

⁶⁷ ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Regulamento Sanitário Internacional: RSI 2005. art. 2º*. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional>. Acesso em: 2 jun. 2026.

ferências desnecessárias no tráfego e comércio internacional”, por outro⁷¹.

Na pandemia de covid-19, dados epidemiológicos surgidos com o avanço da doença ofereceram, em certa medida, suporte para a eficácia das restrições de fronteira, embora, geralmente, com outras medidas de saúde pública, dissipando orientações iniciais da OMS contrárias à restrição ao tráfego internacional⁷². Essas contravérsias levam Pedro A. Villarreal a argumentar que, em última análise, mesmo quando eficaz, o papel dissuasor no cumprimento das obrigações de relatórios dos Estados permanece ignorado, não tendo sido abordado por nenhuma proposta normativa concreta⁷³.

Diante disso, parece, aqui, relevante densificar, conquanto não seja possível na economia deste trabalho, um sistema de recompensas (*rewardings*) capaz de incentivar os Estados que são diligentes no compartilhamento de dados epidemiológicos durante pandemias⁷⁴. Tal sistema poderia compensar as consequências negativas das reações de outros Estados às suas notificações⁷⁵.

⁷¹ Esse parece não ser um problema novo. Já em 1968, o diretor-geral adjunto da OMS Pierre Dorolle tratava do “círculo vicioso” presente no RSI: “As falhas são causadas basicamente pela falta de relatórios precisos, devido a falhas nos sistemas de detecção, mas - sejamos francos - ainda mais pela falta de sinceridade por parte das administrações nacionais de saúde. Por que essa falta de sinceridade? Há orgulho nacional, há fatores políticos internos, mas acima de tudo há o medo das medidas irracionais e excessivas de quarentena que outros países aplicariam, das quais vimos muitos exemplos. Por sua vez, o conhecimento de que a maioria dos países infectados esconde ou minimiza os fatos leva a um reforço dessas medidas irracionais de quarentena. Este círculo vicioso deve ser quebrado. A sua origem encontra-se no caráter já ultrapassado da abordagem geral da proteção internacional”. DOROLLE, Pierre. Old plagues in the jet age: International aspects of present and future control of communicable disease. *British Medical Journal*, v. 28, n. 4, p. 789-792, 1986. p. 792.

⁷² WHO advice for international travel and trade in relation to the outbreak of pneumonia caused by a new coronavirus in China. *World Health Organization*, 10 jan. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/articles-detail/who-advice-for-international-travel-and-trade-in-relation-to-the-outbreak-of-pneumonia-caused-by-a-new-coronavirus-in-china>. Acesso em: 13 nov. 2022.

⁷³ VILLAREAL, P. A. Punishing Compliance with International Law: The Omicron Variant and the International Health Regulations (2005). *EJIL: Talk!* dec. 2021. Disponível em: <https://www.ejiltalk.org/punishing-compliance-with-international-law-the-omicron-variant-and-the-international-health-regulations-2005/> Acesso em: 13 nov. 2022.

⁷⁴ Para um aprofundamento teórico sobre as possibilidades de recompensas no direito internacional, incluindo tipologia e ilustrações de sua aplicação, vide VAN AAKEN, Anne; SIMSEK, Betül. Rewarding in international law. *American Journal of International Law*, v. 115, n. 2, p. 195-241, 2021.

⁷⁵ VILLAREAL, P. A. Punishing Compliance with International

Essa realidade aponta, porém, para um problema que é anterior e mais amplo. As emergências sanitárias internacionais e consequentes recomendações temporárias são declaradas e avançadas sob a direção da OMS. As emergências nacionais, por sua vez, designadamente para efeitos da aplicação da ordem constitucional de exceção e ativação dos procedimentos de derrogação, são declaradas em esfera nacional, geralmente pelo chefe de Estado.

Em suma, impera, mesmo com os avanços pontuados, o desafio de se alcançar um nível maior de compatibilidade e coordenação dos esforços nos domínios internacional e nacional. Parece ser com base nesse reconhecimento que André Dias Pereira sustenta que:

a construção de uma ‘sociedade das nações’, regida por princípios da fraternidade universal, com mecanismos rápidos e eficazes de resposta, também em situações pandêmicas globais, como a que vivemos, merece aprofundada reflexão política e jurídica⁷⁶.

Importa considerar, nesse contexto, que os Estados-Partes podem implementar medidas adicionais de saúde, não previstas no RSI 2005, em conformidade com a legislação nacional relevante e as obrigações decorrentes do direito internacional, que confirmam um nível de proteção à saúde igual ou superior ao das recomendações da OMS (artigo 43). Assim, desde que sejam uma resposta direta a um PHEIC ou a um risco de saúde pública, fundamentem-se na ciência disponível, sejam proporcionais ao risco, e relatadas à OMS, essas medidas, que de outro modo violariam disposições do RSI, podem ser implementadas. Assinala Gian Burci:

[A] formulação complexa do artigo 43 complica as determinações sobre se os Estados Partes podem estar violando o RSI ao implementar medidas adicionais e não fornece orientações concretas aos Estados que decidem ir além das recomendações da OMS ou tomar medidas em violação de certas obrigações do RSI⁷⁷.

Law: The Omicron Variant and the International Health Regulations (2005). *EJIL: Talk!* dec. 2021. Disponível em: <https://www.ejiltalk.org/punishing-compliance-with-international-law-the-omicron-variant-and-the-international-health-regulations-2005/> Acesso em: 13 nov. 2022.

⁷⁶ PEREIRA, Ana D. Tempos de pandemia, tempos de direito da saúde. In: INSTITUTO JURÍDICO DA FACULDADE DE DIREITO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA (org.). *Desafios societários e a investigação em direito* 03. Coimbra: Instituto Jurídico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, 2022. p. 6-10. p. 10.

⁷⁷ BURCI, G. L. The Outbreak of COVID-19 Coronavirus: are the International Health Regulations fit for purpose? *EJIL: Talk!*, feb. 2020. Disponível em: <https://www.ejiltalk.org/the-outbreak-of-covid-19-coronavirus-are-the-international-health-regulations->

Aponta-se na doutrina o “incumprimento generalizado do RSI por vários países” e a falta de cooperação internacional como elementos essenciais que minam estratégias eficazes⁷⁸. Acresce que esse cenário se provou problemático pela estruturação do “RSI sem um mecanismo de financiamento dedicado e um mecanismo formal para monitoramento do cumprimento. Em parte devido a essas deficiências, muitos países ainda estão longe de atingir as capacidades necessárias”⁷⁹.

Em suma, a versão revisada do RSI promoveu importantes medidas de resposta a ameaças à saúde global. Dentre as principais inovações, esse regulamento autoriza o diretor-geral da OMS a proclamar uma emergência de saúde pública de interesse internacional e a emitir recomendações temporárias e permanentes de medidas sanitárias aos Estados-Partes. Contudo a prática dos países levanta dificuldades e críticas à implementação das suas disposições, algo que é também sublinhado na doutrina.

7 O Tratado sobre Pandemias e suas inovações normativas

A adoção do *WHO Pandemic Agreement* (doravante, tratado) pela 78ª Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2025, representa o momento mais significativo de reformulação do direito internacional da saúde desde o RSI. Esse tratado surgiu tanto como resposta às insuficiências expostas pela pandemia de covid-19 quanto como tentativa de construir uma nova gramática normativa da governança global de saúde. Essa gramática combina elementos tradicionais do multilateralismo sanitário com uma arquitetura mais densa de obrigações estatais, mecanismos de responsabilidade e instrumentos de solidariedade.

De acordo com seu preâmbulo e com os artigos iniciais, o tratado reafirma que “o gozo do mais alto padrão possível de saúde constitui um dos direitos fun-

damentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, crença política, condição econômica ou social”⁸⁰. A referência explícita à saúde como direito humano essencial transforma o direito à saúde em parâmetro de validade e interpretação das obrigações sanitárias internacionais. Sob esse ponto de partida, importa analisar as principais inovações normativas trazidas pelo documento, destacando como ele busca articular novos contornos de proteção desse direito humano e as principais limitações e desafios à sua efetivação.

7.1 O direito à saúde como eixo normativo vinculante

O artigo 3.º do tratado estabelece, entre os princípios de implementação, “o pleno respeito pela dignidade, pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais de todas as pessoas, incluindo o direito de cada ser humano ao mais elevado padrão de saúde” (artigo 3.2). Essa disposição não apenas reafirma obrigações gerais de direitos humanos — já constantes do PIDESC —, como também lhes confere um alcance funcional: o direito à saúde torna-se o critério de orientação das políticas de preparação e resposta pandêmica. Isso equivale à integração vertical do direito à saúde na estrutura obrigacional da governança global de saúde.

Desse modo, o conteúdo do direito à saúde passa a abranger, além do acesso a cuidados médicos, também obrigações positivas de prevenção, preparação e resposta. Essa ampliação material alinha-se à Observação Geral n.º 14 do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, entretanto com uma diferença essencial: enquanto o PIDESC opera sob a lógica da realização progressiva, o Tratado sobre Pandemias introduz obrigações de diligência reforçada e de resultado cooperativo.

A relação entre o tratado e o RSI é expressamente disciplinada pelo artigo 24 do acordo, que estabelece sua coerência e complementaridade. O RSI mantém-se como instrumento jurídico de alerta e resposta imediata a emergências sanitárias, enquanto o tratado assume uma função estrutural e prospectiva, orientada à preparação, ao financiamento e à coordenação global. Juntos, eles configuram um regime jurídico integrado de segurança sanitária, no qual obrigações técnicas, políticas e financeiras são articuladas sob a autoridade coordenadora da Organização Mundial da Saúde (OMS). Alguma

fit-for-purpose/ Acesso em 12 nov. 2022.

⁷⁸ PLESSIS, G. A. du. COVID-19 and limitations to the international right to freedom of religion or belief. *Journal of Church and State*, v. 63, n. 4, p. 619-647, 2021. p. 621.

⁷⁹ BURCI, G. L. The Outbreak of COVID-19 Coronavirus: are the International Health Regulations fit for purpose? *EJIL: Talk!*, feb. 2020. Disponível em: <https://www.ejiltalk.org/the-outbreak-of-covid-19-coronavirus-are-the-international-health-regulations-fit-for-purpose/> Acesso em: 12 nov. 2022.

⁸⁰ WHO Pandemic Agreement, preâmbulo, 2025.

doutrina enxerga nesta conformação um movimento que potencialmente transforma o RSI de um instrumento técnico em um instrumento centrado em questões inerentemente políticas⁸¹.

7.2 Novas obrigações estatais: da cooperação à solidariedade vinculante

O Capítulo II do tratado, intitulado “*The world together equitably: Achieving equity in, for and through pandemic prevention, preparedness and response*”, traduz juridicamente a noção de solidariedade como dever. O artigo 4.º impõe aos Estados a obrigação de adotar “medidas para fortalecer progressivamente as capacidades de prevenção e vigilância de pandemias, de forma coerente com o Regulamento Sanitário Internacional (2005)” e de desenvolver “planos nacionais multissetoriais de prevenção e vigilância”, em consonância com o princípio *One Health* (artigo 5.º).

Essas disposições criam um dever de coordenação normativa e técnica que obriga os Estados a alinhar políticas de saúde. Trata-se de inovação relevante, pois desloca o eixo tradicional da responsabilidade sanitária — centrada em respostas emergenciais — para a prevenção e mitigação estrutural dos riscos pandêmicos. Alguma doutrina enxerga essa inovação com certo ceticismo. Isso porque o próprio processo de negociação do tratado revelou profundas divisões geopolíticas, levantando preocupações sobre a sua legitimidade e aplicabilidade⁸², especialmente quando estão envolvidos deveres de cooperação.

O artigo 6.º reforça a obrigação de cada parte desenvolver sistemas de saúde resilientes e de adotar medidas que assegurem o acesso equitativo a cuidados e produtos de saúde durante emergências sanitárias. O artigo 7.º, por sua vez, introduz a exigência de proteção e valorização da força de trabalho em saúde, vinculando-a ao conceito de *decent work* e à eliminação de desigualdades de gênero e discriminação.

Essas normas representam uma mudança qualitativa na natureza das obrigações internacionais em saúde: de obrigações meramente programáticas para obrigações positivas vinculantes, cuja execução poderá ser objeto de monitoramento pela Conferência das Partes e relatórios periódicos (artigo 21).

7.3 O regime de partilha de patógenos e benefícios (PABS)

Uma das inovações centrais do tratado reside na criação do *Pathogen Access and Benefit-Sharing System* (PABS), previsto no artigo 12. Inspirado na lógica da Convenção sobre Diversidade Biológica e do *Nagoya Protocol*, o PABS reconhece o “direito soberano dos Estados sobre seus recursos biológicos”, mas estabelece uma obrigação coletiva de compartilhamento rápido e seguro de agentes patogênicos e dados genômicos com potencial pandêmico, em troca de benefícios.

Trata-se de uma inovação estrutural que introduz, no direito internacional da saúde, a reciprocidade obrigacional global, vinculando soberania biológica e solidariedade sanitária. O §6 do artigo 12 determina que, em caso de emergência pandêmica, os fabricantes participantes deverão disponibilizar 20% de sua produção em tempo real de vacinas e terapêuticos à OMS, sendo 10% como doação e o restante comercializado a preços acessíveis.

Essa cláusula visa transformar em norma jurídica a ideia de “acesso equitativo”, convertendo-a em obrigação concreta de partilha e redistribuição de recursos sanitários globais. Há de se ter em conta, porém, a preocupação levantada por Eccleston-Turner e Rouke, para quem, categorizar vacinas como benefícios concedidos em troca do acesso a amostras de patógenos pode criar incentivos opostos para fornecedores e usuários de amostras virais, além de potencialmente minar o direito humano à saúde, transformando-o numa mercadoria a ser comprada⁸³.

⁸¹ HABIBI, Roojin; ECCLESTON-TURNER, Megan; BURCI, Gian Luca. The 2024 amendments to the International Health Regulations: a new era for global health law in pandemic preparedness and response? *Journal of Law, Medicine and Ethics*, v. 53, supl. 1, p. 47-50, 2025.

⁸² CORREIA, Tiago; BUISSONNIÈRE, Michel; MCKEE, Martin. The Pandemic Agreement: What's next? *The International Journal of Health Planning and Management*, v. 40, p. 1029-1032, 2025. p. 1029.

⁸³ ECCLESTON-TURNER, Megan; ROURKE, Michael. Arguments against the inequitable distribution of vaccines using the access and benefit sharing transaction. *International and Comparative Law Quarterly*, v. 70, n. 4, p. 825-858, 2021.

7.4 Transferência de tecnologia e propriedade intelectual

O artigo 11 introduz uma cláusula sobre transferência de tecnologia e cooperação em conhecimento técnico. Ele impõe aos Estados o dever de “promover e facilitar a transferência de tecnologia, habilidades e conhecimentos técnicos, especialmente para países em desenvolvimento”, com base em acordos mútuos e transparência contratual. Ademais, reafirma expressamente as flexibilidades do Acordo TRIPS e da *Declaração de Doha sobre TRIPS e Saúde Pública* (2001), reconhecendo o direito dos Estados de utilizar plenamente tais instrumentos para proteger a saúde pública (artigo 11.4).

Esta combinação entre obrigações de cooperação tecnológica e reafirmação da soberania normativa em matéria de propriedade intelectual indica uma redefinição do equilíbrio entre direitos de inovação e justiça sanitária global⁸⁴. Essa é uma área bastante controversa, pois a intenção dos Estados-Membros da Assembleia Mundial da Saúde, potencialmente, entra em conflito com os interesses de empresas farmacêuticas que precisam renunciar ao controle sobre o acesso a medicamentos e vacinas, e de seus países de origem que se beneficiam das atuais proteções de propriedade intelectual (PI) e soluções de saúde orientadas pelo mercado⁸⁵.

Cumprir destacar que, ao adentrar nessa regulação, o direito internacional da saúde passa a incorporar mecanismos típicos do direito econômico internacional e da propriedade industrial, reinterpretados sob a ótica da equidade em saúde.

7.5 O Sistema Global de Cadeias de Suprimentos e Logística (GSCL Network)

A pandemia de covid-19 revelou como a desigualdade no acesso a medicamentos e vacinas é uma questão urgente. Conforme afirmaram Chiamaka Ojiako *et al.*, enfrentar esse tema exige uma mudança na forma como as prioridades globais de saúde são definidas e implementadas: “Embora proteger a viabilidade financeira das empresas farmacêuticas seja importante, o impacto

na saúde pública da exclusão de países de baixa renda do acesso oportuno a vacinas não deve ser negligenciado”⁸⁶.

Com efeito, outro marco institucional é a criação, no artigo 13, do *Global Supply Chain and Logistics Network* (GSCL Network), coordenado pela OMS sob supervisão da COP. O objetivo é assegurar o acesso equitativo e tempestivo a produtos de saúde em emergências, reduzir barreiras comerciais e gerenciar estoques internacionais.

De acordo com o tratado, a GSCL deverá garantir “colaboração entre as Partes e partes interessadas relevantes durante e entre emergências pandêmicas”, assegurando “a alocação equitativa de produtos de saúde com base em risco e necessidade de saúde pública” (artigo 13.2). Esse dispositivo institucionaliza o que, na pandemia de covid-19, foi realizado de modo *ad hoc* pelo mecanismo COVAX, transformando em obrigação institucional permanente o dever de coordenação logística global.

A GSCL representa, portanto, a tentativa de consolidação de um sistema global de resposta solidária, em que a equidade deixa de ser mera aspiração ética e converte-se em parâmetro jurídico de distribuição de recursos vitais durante crises sanitárias. Requer-se observação contínua o modo como o tratado contribuirá para superar a desigualdade de disponibilidade e de aplicação de recursos técnicos, humanos e tecnológicos nas respostas nacionais às pandemias. A questão central — formulada de modo incisivo por Tiago Correia, Marine Buissonnière e Martin McKee — permanece em aberto: “o Acordo representa uma evolução necessária ou apenas adiciona mais uma camada de obrigações bem-intencionadas, limitadas pelas mesmas realidades financeiras e políticas?”⁸⁷.

Em suma, o sucesso de tal estrutura dependerá de sua capacidade de transcender os interesses nacionais individuais e galvanizar a ação coletiva em prol de uma visão compartilhada de segurança sanitária global. A promessa do acordo só se cumprirá se os atores globais, regionais e nacionais da saúde forem capazes de traduzir compromissos legais em ações concretas, tor-

⁸⁴ LONG, M. Balancing Innovation and Accessibility: Reforming Patent Rights for Publicly Funded Pharmaceutical Research. *Gong. L. Rev.*, v. 60, 2024. p. 493.

⁸⁵ OJIAKO, Chijioke P. *et al.* The complexities of global health negotiations: Power dynamics and the politics of the pandemic agreement. *PLOS Global Public Health*, v. 4, n. 11, p. e0003841, 2024.

⁸⁶ OJIAKO, Chijioke P. *et al.* The complexities of global health negotiations: Power dynamics and the politics of the pandemic agreement. *PLOS Global Public Health*, v. 4, n. 11, p. e0003841, 2024.

⁸⁷ CORREIA, Tiago; BUISSONNIÈRE, Michel; MCKEE, Martin. The Pandemic Agreement: What's next? *The International Journal of Health Planning and Management*, v. 40, p. 1029-1032, 2025. p. 1030.

nando a preparação tanto uma aspiração compartilhada quanto uma realidade mensurável e institucionalmente verificável.

8 Considerações finais

O Tratado sobre Pandemias, surgido em resposta às dificuldades de uma resposta global eficaz e igualitária à crise sanitária de covid-19, objetiva promover a solidariedade internacional e equidade na prevenção, preparação e resposta a pandemias, convertendo princípios historicamente aspiracionais da segurança sanitária global em compromissos concretos e juridicamente vinculativos. Suas inovações normativas e institucionais deslocam o eixo do direito internacional da saúde de um modelo intergovernamental fragmentado para um sistema jurídico-institucional coeso, estruturado sobre quatro pilares fundamentais: a deliberação colegiada (por meio da Conference of the Parties – COP), a responsabilidade compartilhada (mecanismos de relatórios e *compliance*), a solidariedade material (via financiamento, transferência tecnológica e assistência técnica) e a coordenação logística global (articulada pela Global Supply Chain and Logistics Network – GSCL).

Essa nova arquitetura não substitui o RSI, porém complementa-o e densifica-o, adicionando camadas institucionais de normatividade e prestação de contas, com vistas a consolidar uma governança multinível da saúde global. Em termos dogmáticos, o tratado eleva a OMS à condição de epicentro de um sistema jurídico internacional especializado — o direito internacional da saúde —, consolidando este como um ramo autônomo e funcional do direito internacional contemporâneo.

Todavia a sua eficácia ainda dependerá da capacidade de reconciliar coordenação global e soberania nacional, equilíbrio que representa, talvez, seu maior desafio. Embora a saúde global seja finalmente reconhecida como bem comum da humanidade, sua proteção jurídica continua, em larga medida, condicionada à lógica da autodeterminação estatal. O futuro do direito internacional da saúde dependerá, em última instância, da capacidade dos Estados e das instituições multilaterais de transformar essa gramática normativa em práxis efetiva, convertendo solidariedade em obrigação e equidade em resultado.

Não obstante essas incertezas, a criação do Tratado sobre Pandemias representa um avanço normativo relevante rumo a uma preparação mais justa, transparente e coordenada para futuras emergências sanitárias. As falhas reveladas pela covid-19 demonstraram a necessidade urgente de um regime internacional de saúde mais robusto e equitativo. As inovações jurídicas e institucionais do novo tratado buscam responder a essa urgência. O tempo, como em muitas áreas da vida, será o árbitro da sua eficácia.

Referências

- A MAGNA Carta for World Health. *American Journal of Public Health*, v. 36, n. 9, p. 1041-1045, 1946. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.36.9.1041>.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Regulamento Sanitário Internacional*: RSI 2005. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional>. Acesso em: 2 jun. 2026.
- ARIÑO, O. B. La salud en la jurisprudencia reciente del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. *Revista Derecho y Salud*, v. 25, n. 2, p. 137-150, jul./dec. 2015. Disponível em: <https://www.ajs.es/es/index-revista-derecho-y-salud/volumen-25-numero-2-2015/la-salud-la-jurisprudencia-reciente-del>.
- BACHMANN, Sascha; SANDEN, Jann. State responsibility for the (public) right to health and security in times of Covid pandemic: European perspective. *Indonesian Journal of International & Comparative Law*, v. 7, n. 3, p. 407-430, 2020.
- BÉLANGER, Michel. Une nouvelle branche du droit international: le droit international de la santé. *Études Internationales*, v. 13, n. 4, p. 611-632, 1982.
- BETANCOURT, Ricardo Blanco. Derecho a la salud en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, v. 3, n. 2, p. 62-72, 2014.
- BURCI, G. L. The Outbreak of COVID-19 Coronavirus: are the International Health Regulations fit for purpose? *EJIL: Talk!* feb. 2020. Disponível em: <https://www.ejiltalk.org/the-outbreak-of-covid-19-c>

oronavirus-are-the-international-health-regulations-fit-for-purpose/. Acesso em: 12 nov. 2022.

BURCI, Gian Luca (ed.). *Global health law*. Edward Elgar Publishing, 2016. v. 1.

CELERMAJER, Danielle; NASSAR, Dany. Covid and the era of emergencies: What type of freedom is at stake? *Democratic Theory*, v. 7, n. 2, p. 12-24, 2020.

CICERO, Aldo; PHELAN, Alexandra. A pandemic agreement is within reach. *Science*, v. 384, n. 6695, p. 489-489, 2024.

CORREIA, Tiago; BUISSONNIÈRE, Michel; MCKEE, Martin. The Pandemic Agreement: What's next? *The International Journal of Health Planning and Management*, v. 40, p. 1029-1032, 2025.

CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. *Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos*. San José, C.R.: Corte IDH, 2020. n. 28. Disponível em: <https://www.mpf.gob.ar/dgdh/files/2022/12/28-DERECHO-A-LA-SALUD.pdf>

CUENCA, E. C. Derechos sociales de prestación y obligaciones positivas del Estado en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. *Revista de Derecho Político*, n. 100, p. 1209-1238, 2017.

DE LA CUEVA, Elena López Moreno. Derechos humanos y atención sanitaria ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos. *Revista de Derecho y Salud*, v. 29, n. 1, p. 6-30, 2019.

DELGADO DEL RINCÓN, Luis Enrique. Algunas consideraciones sobre el derecho a la protección de la salud y el bien jurídico de la salud colectiva en tiempos de pandemia. In: CAMPOS, Pablo Beramendi; ALBA, Francisco de Diego (coord.). *Los efectos horizontales de la COVID sobre el sistema constitucional*. [S. l.]: Fundación Manuel Giménez Abad, 2020. p. 385-411.

DOROLLE, Pierre. Old plagues in the jet age: International aspects of present and future control of communicable disease. *British Medical Journal*, v. 28, n. 4, p. 789-792, 1986.

ECCLESTON-TURNER, Megan; ROURKE, Michael. Arguments against the inequitable distribution of vaccines using the access and benefit sharing transaction. *International and Comparative Law Quarterly*, v. 70, n. 4, p. 825-858, 2021.

EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS. *Brincat and Others v. Malta*, para. 79. Strasbourg, jul. 2014. Disponível em: [https://hudoc.echr.coe.int/fre#%22itemid%22\[%22001-145790%22\]](https://hudoc.echr.coe.int/fre#%22itemid%22[%22001-145790%22]).

EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS. *Factsheet: Health*. Sept. 2024. Disponível em: https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/FS_Health_ENG.

FORMAN, L.; BEIERSMANN, C.; BROLAN, C. E.; MCKEE, M.; HAMMONDS, R.; OOMS, G. What do core obligations under the Right to Health bring to universal health coverage? *Health and human rights*, v. 18, n. 2, p. 23-34, dec. 2016. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5394991/>.

FORMAN, Lisa; CARAOSHI, Liana; CHAPMAN, Audrey R.; LAMPREA, Everaldo. Conceptualising minimum core obligations under the Right to Health: How should we define and implement the “Morality of the Depths”? In: KLOTZ, Sabine; BIELEFELDT, Heiner; SCHMIDHUBER, Matthias; FREWER, Andreas (Eds.). *Healthcare as a Human Rights Issue*. Transcript, 2016. p. 95-122.

GAUDÊNCIO, Ana Maria. Direitos humanos e pandemia. In: PEREIRA, António (coord.). *Responsabilidade em saúde pública no mundo lusófono: fazendo justiça durante e além da emergência da Covid*. Coimbra: Instituto Jurídico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, 2021. p. 9-23.

GOSTIN, Lawrence O.; MEIER, Benjamin M.; STOCKING, Brian. Developing an innovative pandemic treaty to advance global health security. *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, v. 49, p. 503-508, 2021.

GOSTIN, Lawrence O.; TAYLOR, Allyn L. Global health law: a definition and grand challenges. *Public Health Ethics*, v. 1, n. 1, p. 53-63, 2008.

HABIBI, Roojin; ECCLESTON-TURNER, Megan; BURCI, Gian Luca. The 2024 amendments to the International Health Regulations: a new era for global health law in pandemic preparedness and response? *Journal of Law, Medicine and Ethics*, v. 53, supl. 1, p. 47-50, 2025.

HATHAWAH, O.; STEVENS, M.; LIM, P. COVID-19 and International Law Series: Human Rights Law: Right to Health. *Just Security*. Nov. 2020. Disponível em: <https://www.justsecurity.org/73426/covid-19-and-international-law-series-human-rights-law-right-to-life/> Acesso em: 10 dez. 2025.

- LEARY, Virginia A. The right to health in international human rights law. *Health and Human Rights*, v. 1, n. 1, p. 24-56, 1994.
- LONG, M. Balancing Innovation and Accessibility: Reforming Patent Rights for Publicly Funded Pharmaceutical Research. *Gonz. L. Rev.*, v. 60, 2024. p. 493.
- MCQUIGG, Ronagh. Responding to a crisis: The European Court of Human Rights and the Covid-19 pandemic. *European Human Rights Law Review*, n. 4, p. 383-394, 2022.
- OJIAKO, Chijioke P. et al. The complexities of global health negotiations: Power dynamics and the politics of the pandemic agreement. *PLOS Global Public Health*, v. 4, n. 11, p. e0003841, 2024.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Carta das Nações Unidas*. São Francisco, 1945. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91220-carta-das-nações-unidas>. Acesso em: 2 jun. 2026
- PAYNE, Holly; DOE, Norman. Public health and the limits of religious freedom. *Emory International Law Review*, v. 19, n. 2, p. 539-556, 2005.
- PEREIRA, Ana D. Tempos de pandemia, tempos de direito da saúde. In: INSTITUTO JURÍDICO DA FACULDADE DE DIREITO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA (org.). *Desafios societais e a investigação em direito 03*. Coimbra: Instituto Jurídico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, 2022. p. 6-10.
- PLESSIS, G. A. du. COVID-19 and limitations to the international right to freedom of religion or belief. *Journal of Church and State*, v. 63, n. 4, p. 619-647, 2021.
- RAMÓN FERNÁNDEZ, Francisco. El derecho a la vida y la protección de la salud en las medidas adoptadas en España como consecuencia de la Covid-19: una reflexión sobre su oportunidad. *Estudios Constitucionales*, v. 18, n. 2, p. 51-86, 2020.
- REIS MARQUES, Maria. Os direitos sociais no contexto da pandemia da Covid-19. In: SILVA, André S.; SOUZA, Wilson A. (org.). *Direito, justiça e literatura em horas de "pandemia global"*. Salvador: EDUFBA, 2023. p. 111-127. *E-book*.
- TABASZEWSKI, Robert. The permissibility of limiting rights and freedoms in the European and national legal system due to health protection. *Review of European and Comparative Law*, v. 42, n. 3, p. 51-89, 2020.
- TOEBES, Brigit C. A. *The right to health as a human right in international law*. Amsterdam: Hart Intersentia, 1999.
- TOEBES, Brigit. International health law: an emerging field of public international law. *Indian Journal of International Law*, v. 55, n. 3, p. 299-328, 2015.
- TOEBES, Brigit; FORMAN, Lisa; BARTOLINI, Giulio. Toward human rights-consistent responses to health emergencies: What is the overlap between core right to health obligations and core international health regulation capacities? *Health and Human Rights*, v. 22, n. 2, p. 99-111, 2020.
- VAN AAKEN, Anne; SIMSEK, Betül. Rewarding in international law. *American Journal of International Law*, v. 115, n. 2, p. 195-241, 2021.
- VERA, Oscar Parra. La protección del derecho a la salud a través de casos contenciosos ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. In: CLÉRICO, Laura et al. (coord.). *Tratado de derecho a la salud*. Abeledo Perrot, 2013. p. 764-798.
- VILLAREAL, P. A. Punishing Compliance with International Law: The Omicron Variant and the International Health Regulations (2005). *EJIL: Talk!* dec. 2021. Disponível em: <https://www.ejiltalk.org/punishing-compliance-with-international-law-the-omicron-variant-and-the-international-health-regulations-2005/>. Acesso em: 13 nov. 2022.
- WHO advice for international travel and trade in relation to the outbreak of pneumonia caused by a new coronavirus in China. *World Health Organization*, 10 jan. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/articles-detail/who-advice-for-international-travel-and-trade-in-relation-to-the-outbreak-of-pneumonia-caused-by-a-new-coronavirus-in-china>. Acesso em: 13 nov. 2022.
- WONG, Wilson H.; WONG, Erica A. What COVID-19 revealed about health, human rights, and the WHO. *Journal of Human Rights*, v. 19, n. 5, p. 568-581, 2020.
- YOUNG, Katharine G. The minimum core of economic and social rights: concept in search of content. *Yale Journal of International Law*, v. 33, n. 1, p. 113-176, 2008.
- ZIDAR, Andraž. WHO International Health Regulations and human rights: from allusions to inclusion. *The International Journal of Human Rights*, v. 19, n. 4, p. 505-526, 2015.

Para publicar na Revista de Direito Internacional, acesse o endereço eletrônico
www.rdi.uniceub.br ou www.brazilianjournal.org.
Observe as normas de publicação, para facilitar e agilizar o trabalho de edição.