



SOBRE A REVISTA

Lua Nova é um periódico do Cedec (Centro de Estudos de Cultura Contemporânea), e tem por objetivo fazer a alta reflexão de temas políticos e culturais, contribuindo assim para elevar o nível intelectual do debate público. Em suas páginas, o leitor encontrará elaboradas incursões nos campos da teoria política (clássica e contemporânea), da teoria social, da análise institucional e da crítica cultural, além de discussões dos assuntos candentes de nosso tempo. Entre seus colaboradores típicos estão intelectuais, docentes e pesquisadores das diversas áreas das ciências humanas, não necessariamente vinculados a instituições acadêmicas.

Os artigos publicados em *Lua Nova* estão indexados no Brasil no Data Índice, na América Latina no Clase (Citas Latinoamericanas en Ciencias Sociales y Humanidades), no International Political Science Abstracts e na Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal). A revista está disponível nos portais da SciELO, Capes e Cedec.

Aos autores interessados em submeter artigos a esta publicação, é obrigatória a leitura da seção **DIRETRIZES PARA AUTORES**, itens **Condições para submissão de artigos** e **Padrões editoriais de *Lua Nova*, para publicação de artigos**.

LUA NOVA

revista de cultura e política

2016 | Nº 98

ISSN 0102-6445

PARA UMA CRÍTICA DA SAÚDE GLOBAL



Copyright © 2016 – Todos os direitos reservados

Cedec: Rua Riachuelo, 217, Sé, CEP 01007-000, São Paulo, SP

Editor

Bruno Konder Comparato (Unifesp)

Comitê de redação

Bruno Konder Comparato (Unifesp)

Elide Rugai Bastos (Unicamp)

Pedro Meira Nascimento (Princeton University)

Rossana Rocha Reis (USP/Cedec)

Conselho editorial

Adrian Gurza Lavalle (USP)

Alvaro de Vita (USP)

Brasílio Sallum Jr. (USP)

Celi Regina Pinto (UFRGS)

Celina Souza (UFBA)

Cicero Araújo (USP)

Elide Rugai Bastos (Unicamp)

Elisa Reis (UFRJ)

Gonzalo Delamaza (Universidad de Los Lagos)

Horácio Gonzalez (Universidad de Buenos Aires)

John Dunn (University of Cambridge)

José Augusto Lindgren Alves (Ministério das Relações Exteriores)

Leôncio Martins Rodrigues Netto (Unicamp)

Marco Aurélio Garcia (Unicamp)

Marcos Costa Lima (UFPE)

Michel Dobry (Université Paris I - Sorbonne)

Miguel Chaia (PUC-SP)

Nadia Urbinati (Columbia University)

Newton Bignotto (UFMG)

Paulo Eduardo Elias (USP) †

Philip Oxhorn (McGill University)

Philippe Schmitter (European University, Florence)

Renato Lessa (IUPERJ)

Rossana Rocha Reis (USP/Cedec)

Sebastião C. Velasco e Cruz (Unicamp)

Sergio Costa (Freie Universität Berlin)

Tullo Vigevani (Unesp)

Victor Manuel Durand Ponte

(Universidad Nacional Autónoma de México)

William C. Smith (University of Miami)

Copidesque, preparação e revisão de texto

Ponto Final Serviços Editoriais

Projeto gráfico e editoração eletrônica

Signorini Produção Gráfica

Secretaria e assinaturas

Oneida Maria Borges, secretária

Fone: +55 (11) 3871-2966

e-mail: luanova@cedec.org.br

Comentários aos artigos, envie e-mail ao editor.

O Cedec é um centro de pesquisa e reflexão na área de ciências humanas. É uma associação civil, sem fins lucrativos e econômicos, que reúne intelectuais de diferentes posições teóricas e político-partidárias.

Diretoria

Cicero Araújo, diretor presidente (USP)

Andrei Koerner, diretor vice-presidente (Unicamp)

Gabriela Nunes Ferreira, diretora tesoureira (Unifesp)

Solange Reis Ferreira, diretora secretária (INCT/Ineu)

Conselho Deliberativo do Cedec

Aylene Bousquat, Brasílio Sallum Jr., Cicero Araújo, Elide Rugai Bastos, Leôncio Martins Rodrigues Netto, Luiz Eduardo Wanderley, Maria Inês Barreto, Miguel Chaia, Reginaldo Moraes, Sebastião C. Velasco e Cruz, Tullo Vigevani

revista

sociologia & antropologia

ENTREVISTA

HUW BEYNON: MARXISMO E SOCIOLOGIA

José Ricardo Ramalho e Rodrigo Santos

ARTIGOS

O TEMPO E O MODO: TEMAS DE DIALÉTICA MARXISTA

Gabriel Cohn

TEORIA SOCIAL CRÍTICA E TENDÊNCIAS DE DESENVOLVIMENTO, EMANCIPAÇÃO E COMUNISMO TARDIO

José Maurício Domingues

O CONCEITO MARXIANO DE PROLETARIADO: UMA CRÍTICA

Marcel van der Linden

CHANGE, TIME AND SOCIOLOGY

Glaucia Villas Bôas

DA DESIGUALDADE SOCIAL NOS ESPAÇOS PÚBLICOS CENTRAIS BRASILEIROS

Fraya Frehse

FOREST SHAMANISM IN THE CITY: THE KAXINAWÁ EXAMPLE

Tiago Coutinho

INEQUALITIES AND THE BRAZILIAN NEW DEMOCRACY: INCOME DISTRIBUTION BETWEEN CLASSES IN RECENT DECADES

André Salata

CORPORATIVISMO E REGULAMENTAÇÃO DO TRABALHO NO BRASIL: UM DEBATE ENTRE ESPECIALISTAS BRASILEIROS E NORTE-AMERICANOS NA DÉCADA DE 1960

Larissa Rosa Corrêa

REGISTROS DE PESQUISA

TRADIÇÕES DEVOTAS, LÚDICAS INOVAÇÕES: O SAIRÉ EM MÚLTIPLAS VERSÕES

Luciana Carvalho

RESENHA

BOCA DO LIXO: O FUTURO DA VANGUARDA

Boca do Lixo. (1993). Direção de Eduardo Coutinho. 50 min. Tatiana Bacal

VOLUME 06 NÚMERO 01
JANEIRO-ABRIL DE 2016
QUADRIMESTRAL
ISSN 2238-3875



Sociologia & Antropologia
Revista do PPGSA
Programa de Pós-Graduação
em Sociologia e Antropologia/UFRJ
Lgo. do São Francisco de Paula, 1, sala 420
20051-070 Rio de Janeiro RJ
t/fax +55 (21) 2224-8965 ramal 215
revistappgsa@gmail.com
www.revistappgsa.ifcs.ufrj.br

Apoio:



APRESENTAÇÃO

Nos últimos anos, tornou-se comum falar de “saúde global”. A epidemia de Ebola na África Ocidental e, mais recentemente, a proliferação do vírus Zika despertaram a atenção em escala mundial, provocando ansiedade na opinião pública e levando a Organização Mundial de Saúde (OMS) a decretar situações de Emergência Sanitária de Importância Internacional (ESPII). Cada vez mais, questões de saúde são debatidas em fóruns internacionais, e é difícil negar que o plano internacional seja o mais indicado para a definição de mecanismos de resposta a esses problemas. A globalização parece ter tornado a saúde global um fenômeno inevitável, natural e necessário.

Essa suposta inevitabilidade não deve nos impedir de suscitar questões. A primeira relaciona-se ao próprio âmbito da saúde global: em que medida um assunto pode ser considerado uma questão de saúde global? Deverá uma doença ser considerada um problema de saúde global se forem registados casos em mais de um país, ou se ocorrer transmissão internacional? É necessário identificar critérios mais precisos.

Uma questão de saúde global é, em primeiro lugar, aquela que está relacionada com dinâmicas, estruturas e relações políticas no plano internacional. Essas dinâmicas e estruturas internacionais podem ter impacto não só na exposição e vulnerabilidade à doença (ou seja, sobre incidência, prevalência, grupos sociais particularmente afetados), mas também na capacidade de reação e resposta (recursos disponíveis e capacidade de mobilizá-los de forma eficaz).

Em segundo lugar, uma questão de saúde global é aquela que tem um efeito internacional que vai além da simples transmissão além-fronteiras. Desde os tempos das Convenções Sanitárias Internacionais, é sabido que as doenças

podem afetar os fluxos comerciais e populacionais entre países (Huber, 2006). A literatura sobre o HIV/Aids também nos diz que as doenças têm o potencial de provocar instabilidade regional, por ameaçarem a sustentabilidade das forças armadas e criarem possíveis vácuos de poder (Ostergard, 2002; Elbe, 2002).

E em terceiro lugar, as doenças podem ser consideradas uma questão de saúde global na medida em que impactam o desenvolvimento de legislação e mecanismos de governança internacionais, incentivando dessa forma diferentes formas de cooperação que se estendem a áreas desde a vigilância epidemiológica até ao comércio e regulação alimentar (Fidler, 2005; Zacher e Keefe, 2008).

Tendo em conta esses três critérios, torna-se evidente que existem boas razões para adotarmos a saúde global como lente de análise para o estudo das doenças, dos determinantes e dos grupos e populações afetados. É no plano global que podemos verdadeiramente entender as condições estruturais que dão origem às doenças, e é também em nível global que são definidas as possibilidades de uma resposta adequada, na forma de ideias, instrumentos legislativos e políticos, e também na distribuição de recursos materiais.

A saúde global é, portanto, um objeto de estudo fundamental. Mas como abordar esse fenômeno? A polissemia da expressão “saúde global” levou João Biehl e Adriana Petryna (2014, p. 377) a percebê-la ela como uma “anarquia de código aberto” (*open-source anarchy*), cujas iniciativas, em plena expansão, deslocam enquadramentos anteriores do campo (como a medicina tropical ou a saúde internacional), sendo capazes de encobrir interesses e práticas bastante diversos. As recentes crises têm enfatizado a necessidade de explorar a natureza e o funcionamento dos mecanismos internacionais de resposta a problemas de saúde. Têm também sublinhado a importância de entender em profundi-

dade os processos políticos, econômicos, sociais e culturais que estão na origem das doenças, e que colocam determinadas regiões e grupos em situações de especial vulnerabilidade. Esses problemas empíricos desafiam uma literatura ainda em fase embrionária e que até agora se tem revelado predominantemente preocupada com as doenças como ameaças à segurança nacional e internacional (Enemark, 2007; Price-Smith, 2009; Elbe, 2010). A predominância da segurança como registro na análise das questões de saúde é bem patente no conjunto de trabalhos que, nos últimos anos, se tem dedicado ao estudo da securitização das doenças (Davies, 2008; Curley e Herington, 2011). O primado da securitização na literatura sobre saúde global é problemático na medida em que tende a privilegiar as vozes das elites e dos atores mais poderosos (aqueles que têm a possibilidade de invocar um vocabulário de “ameaça”) e também na medida em que ajuda a normalizar políticas excepcionais, baseadas frequentemente na estigmatização e na exclusão (Nunes, 2014). Ao privilegiar a gestão de crises e os interesses dos mais poderosos, a securitização também contribui para a reprodução de doenças, determinantes e grupos negligenciados.

Parece-nos imprescindível desenvolver perspectivas mais abrangentes e aprofundadas sobre a saúde global, que se debrucem não só sobre o controle e gestão de crises, mas também sobre os determinantes e condicionais que dão origem às crises. É nesse contexto que se revela particularmente urgente desenvolver uma abordagem crítica ao estudo da saúde global. Constatando a escassez de estudos críticos sobre os processos sociais, políticos e econômicos associados à saúde global, Biehl e Petryna (2013, p. 16) preconizaram uma perspectiva na qual “as pessoas venham primeiro” (*people come first*), oriunda da antropologia e baseada principalmente na pesquisa histórica e etnográfica, em oposição aos estudos,

em particular os meramente técnicos (epidemiológicos, estatísticos, médicos ou biológicos), que expressam a perspectiva de Estados, organizações internacionais e fundações filantrópicas.

Este dossiê nasce do objetivo de desenvolver essa abordagem, ampliando o leque de metodologias e disciplinas das ciências sociais e humanas que podem ser mobilizadas em prol da análise crítica dos problemas da saúde global. Reunimos pesquisadores brasileiros e estrangeiros que vêm desenvolvendo estudos críticos sob diversos enfoques, em busca tanto do aprofundamento teórico do campo, como da configuração de uma agenda de pesquisa em médio e longo prazos.

O Brasil é um caso particularmente interessante no âmbito da saúde global. Primeiro, por seu perfil epidemiológico, que combina problemas de saúde de países desenvolvidos (como câncer e doenças cardiovasculares) com problemas típicos de países em desenvolvimento (como doenças tropicais negligenciadas). E segundo, pelo fato de consagrar em sua Constituição um sistema de saúde público progressista, que assegura o acesso universal e gratuito à saúde e a participação pública na definição de políticas, mas convive com um contexto de políticas estatais neoliberais e com fortes pressões para a privatização da saúde. Em terceiro lugar, o Brasil assumiu – principalmente nos anos da administração Lula – um papel de ativismo internacional em questões de saúde, enfatizando a defesa da saúde como um direito humano e a cooperação Sul-Sul para o seu desenvolvimento. E, por último, num momento em que a saúde global é marcada ainda por visões oriundas dos países desenvolvidos do hemisfério Norte, o Brasil surge como um contraponto importante para combater visões etnocêntricas.

Embora a produção sobre diversas temáticas que hoje são catalogadas como atinentes à saúde global não seja

recente na universidade brasileira, a pesquisa que pode ser agrupada sob tal *slogan* ainda o é. A literatura publicada no país, na última década, que se identifica como tal, tem abordado principalmente aspectos conceituais do campo (Almeida, 2010; Brown, Cueto e Fee, 2006; Fortes e Ribeiro, 2014; Fortes, 2015; Kickbusch e Berger, 2010) e sua história (Cueto, 2015; Hochman, 2010); a chamada “diplomacia da saúde”, a cooperação internacional sanitária e a agenda da política externa brasileira em saúde pública (Almeida et al., 2010; Almeida, 2013; Buss e Leal, 2009; Buss, 2013; Buss e Ferreira, 2011; Durante e Dal Poz, 2014; Mello e Souza, 2012; Santana, 2011; Ventura, 2013); além de temas específicos da agenda internacional da saúde, como, por exemplo, a negociação da chamada “agenda pós-2015” (Buss et al., 2014; Kickbusch e Buss, 2014), a importância do Regulamento Sanitário Internacional (Lima e Costa, 2015; Ventura, 2015) ou a crise e a reforma da OMS (Ventura e Perez, 2014). Tributário dessa produção pioneira, o presente dossiê visa fomentar o reconhecimento e o desenvolvimento dessa literatura.

O primeiro artigo, elaborado por João Nunes e Denise Nacif Pimenta, demonstra a interação de múltiplas narrativas e agendas políticas na constituição de significados do surto da doença pelo vírus Zika no Brasil, nele identificando tensões políticas em torno do combate às doenças negligenciadas e aos determinantes sociais e econômicos, de classe e de gênero, cujas dinâmicas são capazes de revelar os limites da saúde global. No mesmo diapasão, o texto de Dominique Kerouedan aborda a evolução dos programas de saúde global na África, questionando se não estaríamos, na verdade, diante de uma “saúde parcial”, uma vez que a globalização traz consigo imensos riscos potenciais para as populações mais pobres do planeta, agravados pelo fracasso da cooperação internacional no campo da saúde.

A seguir, três artigos enfocam a saúde global sob a perspectiva dos direitos. Por meio de pesquisa quantitativa e etnográfica, João Biehl busca desmistificar a ideia de que a judicialização da saúde no Brasil é promovida pelas elites e corrobora a desigualdade social. Seu artigo sustenta, na contracorrente da doutrina majoritária, que o Poder Judiciário se tornou um lugar crítico para a articulação de uma biopolítica de base, em que “pacientes-cidadãos-consumidores” abandonam a espera passiva de uma redistribuição gradativa das tecnologias médicas. No mesmo élan de “colocar as pessoas em primeiro lugar”, Deisy Ventura e Vivian Holz hacker vão à escuta do primeiro caso suspeito de Ebola no Brasil, demonstrando o potencial impacto das crises sanitárias internacionais sobre os direitos humanos. Ainda no campo do direito, Kathia Martin-Chenut e Jânia Saldanha analisam o caso da produção, distribuição e uso do amianto, objeto de judicialização em países como Brasil, França e Itália, identificando mais um domínio em que respostas locais e assimétricas são largamente atravessadas por uma lógica global.

Um terceiro bloco do dossiê trata da atuação internacional do Brasil no campo da saúde global. Eduardo Gomez e Fernanda Perez analisam a política externa brasileira durante o primeiro mandato da Presidente Dilma Rousseff (2011-2014), constatando uma retração ou mesmo um declínio do protagonismo brasileiro. Já o artigo de Paulo Esteves, Geovana Zoccal Gomes e João Moura Fonseca oferece uma análise crítica do que se costuma chamar de “cooperação estruturante de saúde”, promovida pelo Brasil, a partir de pesquisas de campo realizadas em Angola e Moçambique, concluindo pela necessidade de ampliação dos trabalhos de campo sobre as redes de cooperação entre o Brasil e seus parceiros na África lusófona.

O dossiê encerra-se com um bloco de artigos sobre três temas específicos da agenda da saúde global. Danielle

Hanna Rached apresenta o Regime Internacional de Mudança Climática, buscando evidenciar suas interfaces com a dimensão internacional da saúde. Por sua vez, Nancy Val y Val Peres da Mota e Helena Ribeiro traçam um panorama internacional dos principais movimentos migratórios atuais de profissionais médicos, suscitando questões relacionadas à equidade e à ética no campo da diplomacia em saúde. Por fim, Isadora da Silveira Steffens e Jameson Martins enfrentam outra dimensão da mobilidade humana, apresentando as políticas locais de saúde formuladas na cidade de São Paulo em relação à chegada e à permanência da população migrante.

O resultado desse percurso é a convicção de que o processo de globalização acentuou de modo significativo a transversalidade dos problemas de saúde constatados no plano local. Ademais, em âmbito global, resta evidente que a agenda da saúde global alcançou uma complexidade inédita, em especial no campo da regulação e das políticas públicas, inclusive a política externa dos Estados, cuja compreensão exigirá um grande esforço de pesquisa e reflexão crítica, que leve em consideração o que de fato ocorre no terreno dos programas de saúde global e seu impacto efetivo sobre a vida das pessoas.

Agradecemos à revista *Lua Nova* pela oportunidade de compartilhar essa reflexão com a comunidade acadêmica brasileira, em especial a Bruno Konder Comparato, Elide Rugai Bastos e Rossana Rocha Reis; a todos os autores por sua valiosa contribuição; e ao Jameson Martins pela contribuição inestimável prestada à elaboração deste dossiê.

Deisy Ventura e João Nunes
ORGANIZADORES DO DOSSIÊ

Bibliografia

- ALMEIDA, C. 2010. A experiência da Fiocruz na formação de profissionais em saúde global e diplomacia da saúde: base conceitual, estrutura curricular e primeiros resultados. *RECIIS – Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde*, v. 4, n. 1, pp.148-64.
- _____. 2013. Saúde, política externa e cooperação Sul-Sul em saúde: elementos para a reflexão sobre o caso do Brasil. In: FIOCRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.
- ALMEIDA, C. et al. 2010. A concepção brasileira de cooperação Sul-Sul estruturante em saúde. *RECIIS – Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde*, v. 4, n. 1, pp. 25-35.
- BIEHL, J.; PETRYNA, A. 2013. Critical global health. In: BIEHL, J.; PETRYNA, A. (eds.). *When people come first*. Princeton: Princeton University Press.
- _____. 2014. Peopling global health. *Saúde e Sociedade*, v. 23, n. 2, pp. 376-89.
- BROWN, T.; CUETO, M.; FEE, E. 2006. A transição de saúde pública “internacional” para “global” e a Organização Mundial da Saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 13, n. 3, pp. 623-47.
- BUSS, P. 2013. Saúde global e diplomacia da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 1, pp. 8-9.
- BUSS, P.; FERREIRA, J. R. 2011. Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul: a contribuição da Unasul-Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, pp. 2699-2711.
- BUSS, P.; LEAL, M. C. 2009. Editorial: Saúde global e diplomacia da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 12, p. 2540.
- BUSS, P. et al., 2014. Saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015 das Nações Unidas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 12, pp. 2555-70.
- CUETO, M. 2015. *Saúde global: uma breve história*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- CURLEY, M. G.; HERINGTON, J. 2011. The securitization of avian influenza: international discourses and domestic politics in Asia. *Review of International Studies*, n. 37, pp. 141-66.
- DAVIES, S. E. 2008. Securitizing Infectious Diseases. *International Affairs*, n. 84, pp. 295-313.
- DURANTE, A. L.; DAL POZ, M. R. 2014. Saúde global e responsabilidade sanitária brasileira: o caso da erradicação da poliomielite. *Saúde Debate*, v. 38, n. 100, pp. 129-38.
- ELBE, S. 2002. HIV/Aids and the changing landscape of war in Africa. *International Security*, n. 27, pp. 159-77.
- _____. 2010. *Security and global health*. Cambridge: Polity Press.

- ENEMARK, C. 2007. *Disease and security: natural plagues and biological weapons in East Asia*. Abingdon: Routledge.
- FORTES, P. A. C. 2015. Refletindo sobre valores éticos da saúde global. *Saúde e Sociedade*, v. 24, pp. 152-61.
- FORTES, P. A. C.; RIBEIRO, H. 2014. Saúde Global em tempos de globalização. *Saúde e Sociedade*, v. 23, n. 2, pp. 366-75.
- FIDLER, D. 2005. From international sanitary conventions to global health security: the new international health regulations. *Chinese Journal of International Law*, v. 4, n. 2, pp. 325-92.
- HOCHMAN, G. 2010. Políticas nacionais e programas internacionais de saúde em perspectiva histórica e comparada. *RECIIS – Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde*, v. 4, n. 1, pp. 134-40.
- HUBER, V. 2006. The unification of the globe by disease? The International Sanitary Conferences on cholera, 1851-1894. *The Historical Journal*, n. 49, pp. 453-76.
- KICKBUSCH, I.; BERGER, C. 2010. Diplomacia da saúde global. *RECIIS – Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde*, v. 4, n. 1, pp. 19-24.
- KICKBUSCH, I.; BUSS, P. 2014. Health in the post-2015 agenda: perspectives midway through. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 10, pp. 2035-37.
- LIMA, Y.; COSTA, E. 2015. Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) no ordenamento jurídico-administrativo brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 6, pp. 1773-83.
- MELLO E SOUZA, A. 2012. Saúde pública, patentes e atores não estatais: a política externa do Brasil ante a epidemia de aids. In: PINHEIRO, L.; MILANI, C. (orgs.). *Política externa brasileira: as práticas da política e a política das práticas*. Rio de Janeiro: Ed. FGV.
- NUNES, J. 2014. Questioning health security: insecurity and domination in world politics. *Review of International Studies*, n. 40, pp. 939-60.
- OSTERGARD, R.L. 2002. Politics in the hot zone: Aids and national security in Africa. *Third World Quarterly*, n. 23, pp. 333-50.
- PRICE-Smith, A. T. 2009. *Contagion and chaos: disease, ecology, and national security in the era of globalization*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- SANTANA, J. P. 2011. Um olhar sobre a cooperação Sul-Sul em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, pp. 2993-3002.
- VENTURA, D. 2013. Public health and Brazilian foreign policy. *Sur International Journal on Human Rights*, v. 10, n. 19, pp. 95-113.
- _____. 2015. Mobilidade humana e saúde global. *Revista USP*, n. 107, pp. 55-64.
- VENTURA, D.; PEREZ, F. A. 2014. Crise e reforma da organização mundial

da saúde. *Lua Nova*, n. 92, pp. 45-77.

ZACHER, M. W.; KEEFE, T. J. 2008. *The politics of global health governance: united by contagion*. Houndmills: Palgrave Macmillan.

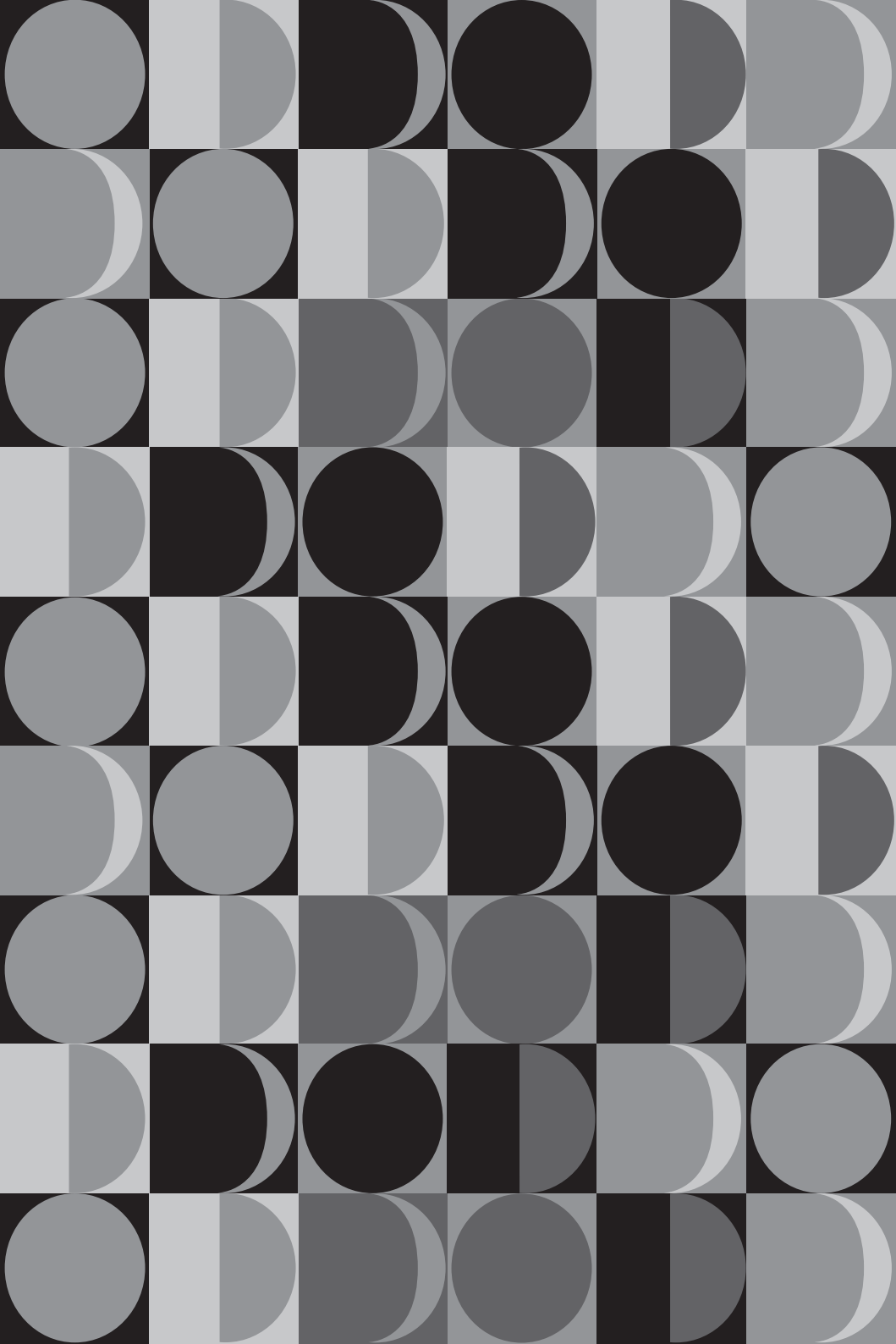


PARA UMA CRÍTICA DA SAÚDE GLOBAL

SUMÁRIO

- 21** A EPIDEMIA DE ZIKA E OS LIMITES DA SAÚDE GLOBAL
João Nunes e Denise Nacif Pimenta
- 47** SEGURANÇA OU INSEGURANÇA DA SAÚDE MUNDIAL NA
ÁFRICA? MAIS SAÚDE PARCIAL DO QUE SAÚDE GLOBAL
Dominique Kerouedan
- 77** PATIENT-CITIZEN-CONSUMERS: THE JUDICIALIZATION OF
HEALTH AND THE METAMORPHOSIS OF BIOPOLITICS
João Biehl
- 107** SAÚDE GLOBAL E DIREITOS HUMANOS: O PRIMEIRO CASO
SUSPEITO DE
EBOLA NO BRASIL
Deisy Ventura e Vivian Holz hacker
- 141** O CASO DO AMIANTO: OS LIMITES DAS SOLUÇÕES LOCAIS
PARA UM PROBLEMA DE SAÚDE GLOBAL
Kathia Martin-Chenut e Jânia Saldanha
- 171** BRAZILIAN FOREIGN POLICY IN HEALTH DURING DILMA
ROUSSEFF'S ADMINISTRATION
Eduardo Gómez e Fernanda Aguilar Perez

- 199** A REDE DE POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA E A COOPERAÇÃO
SUL-SUL: OS CASOS DE MOÇAMBIQUE E ANGOLA
Paulo Esteves, Geovana Zoccal Gomes e João Moura Fonseca
- 231** INTERFACES ENTRE O REGIME INTERNACIONAL DE
MUDANÇA CLIMÁTICA E A SAÚDE GLOBAL
Danielle Hanna Rached
- 255** MOBILIDADE INTERNACIONAL DE MÉDICOS
Nancy Val y Val Peres da Mota e Helena Ribeiro
- 275** “FALTA UM JORGE”: A SAÚDE NA POLÍTICA MUNICIPAL
PARA MIGRANTES DE SÃO PAULO (SP)
Isadora da Silveira Steffens e Jameson Martins
- 301** RESUMOS/ABSTRACTS



A EPIDEMIA DE ZIKA E OS LIMITES DA SAÚDE GLOBAL

João Nunes e Denise Nacif Pimenta

A epidemia de Zika na saúde global

O vírus Zika foi isolado pela primeira vez em 1947 em Uganda, país do continente africano. Seu nome remete a uma floresta local e, literalmente, pode-se traduzir como “coberto” ou “cheio” (Dick, Kitchen e Haddow, 1952; Macnamara, 1954). Foram detectados casos isolados em países de África e, no final da década de 1970, na Indonésia. A partir de 2007, foram descritas epidemias na Micronésia e em outras ilhas do oceano Pacífico. Em fevereiro de 2014, o vírus foi registado pela primeira vez nas Américas, com casos da doença reportados na Ilha de Páscoa (território chileno no oceano Pacífico), provavelmente relacionados com o surto na Micronésia (Musso et al., 2014b). Em 2015, foi confirmada a circulação do vírus no Nordeste do Brasil (Zanluca et al., 2015). Em 2016, desde o mês de maio, 57 países e territórios relatam a continuação da transmissão por mosquito do vírus. Para 44 desses países, este é o primeiro surto de vírus Zika documentado (WHO, 2016).

Se a doença existe desde 1947, porque somente agora a atenção da mídia, da ciência, das agências financiadoras

e dos órgãos nacionais e internacionais, dentro e fora do setor saúde, a destacam com tanta veemência? De que forma essa epidemia está sendo configurada como um risco social, econômico e político? Quais os efeitos concretos dessa significação e o que está sendo esquecido ou silenciado? São essas perguntas que este artigo almeja refletir ao discorrer sobre a epidemia de Zika no Brasil e a sua relação com a saúde global.

Sugerimos uma visão crítica da saúde global, que considera os contextos sociais, políticos e ideológicos nos quais a Zika é enquadrada e constituída enquanto problema de saúde. Essa abordagem inclui quatro eixos de análise: (1) uma investigação dos processos sociais, culturais e políticos, por meio dos quais ideias sobre saúde e doença são apresentadas, interpretadas, justificadas, legitimadas e contestadas; (2) uma análise das consequências das práticas de significação, ou seja, os efeitos concretos em termos de definição de ações consideradas “necessárias” ou “desejáveis” para resolução ou controle da doença; (3) o estudo das zonas negligenciadas ou silenciadas por esses processos de significação; e (4) uma atenção dada à diversidade de experiências individuais de saúde e doença (não só entre países centrais e periféricos, mas também em nível doméstico).

A aplicação desses eixos de análise ao caso da epidemia de Zika revela interação de múltiplas narrativas e agendas políticas na constituição de significados acerca dessa doença. Para além de evidenciar as tensões, contradições e desigualdades das políticas de saúde no Brasil, a epidemia de Zika ilustra problemas mais abrangentes. As tensões políticas aqui identificadas – referentes ao controle das doenças negligenciadas, determinantes sociais e econômicos, de classe e de gênero – enquadram-se em dinâmicas que ultrapassam as fronteiras do país. Nesse sentido, o processo de significação e as respostas dadas à epidemia mostram os atuais limites da saúde global.

Elementos para uma crítica à saúde global

Nos últimos anos, popularizou-se nos meios políticos e midiáticos a ideia de que “a saúde é global”. Recentes episódios de alarme internacional – como a gripe H5N1, o Ebola ou a epidemia de Zika – contribuíram para acentuar essa ideia na opinião pública. Apesar de apenas recentemente se ter tornado parte do senso comum, o conceito de saúde global é resultado de um longo processo histórico (Brown, Cueto e Fee, 2006; Birn, 2009; Cueto, 2015). A sua gênese tem sido identificada nas Conferências Sanitárias Internacionais, realizadas a partir de 1851, através das quais se procurou concertar, em nível internacional, as ações de contenção de determinadas doenças infecciosas (Fidler, 2005).

Subjacente à ideia de saúde global está a narrativa de que a globalização aproxima os povos e regiões do mundo, criando uma situação em que todos estão “unidos pelo contágio” (Zacher e Keefe, 2008). Segundo essa narrativa, a globalização significa um aprofundar da cooperação e do consenso, tendo como cenário uma experiência comum – um mundo em que, supostamente, as doenças “não conhecem fronteiras”. A percepção da saúde enquanto fenômeno global está enquadrada numa visão essencialmente apolítica da governança à escala mundial, assente na crença da capacidade humana de desenvolver soluções técnicas (tecnológicas, farmacológicas, administrativas ou burocráticas) para responder a crises ou problemas (Cooper, Kirton e Stevenson, 2009). A figura legal da “emergência sanitária” internacional, invocada recentemente por ocasião das epidemias de Ebola e de Zika, é um exemplo da importância dada a essas soluções de caráter técnico.

Mas a saúde global é mais do que o resultado de “ameaças comuns” e “crescente cooperação”. A problematização das doenças em relação aos movimentos populacionais e ao espaço geográfico não pode ser separada de dinâmicas que são, na sua gênese, de âmbito político e social. Uma visão

mais abrangente das ideias de saúde e doença revela uma história de permanente tensão e conflito. Um exemplo é a ansiedade relacionada aos imigrantes, aos estrangeiros, aos que são ou parecem ser “diferentes” (em termos raciais, religiosos e outros), que são vistos ora como portadores de doenças, ora como fardos para os sistemas de saúde (Kraut, 1994; Markel, 1997; Shah, 2001). As comunidades políticas – com uma ideia de um “eu” íntegro e seguro – dependem em grande medida da exteriorização de ameaças. A busca de proteção ou “imunidade” em face das doenças infecciosas vindas do exterior tem sido frequentemente considerada parte da constituição de comunidades políticas (Martin, 1994). A medicina e as medidas sanitárias vão, nesse contexto, para além do âmbito estrito da saúde: tornam-se instrumentos políticos que demonstram a mobilização de poder (Foucault, 1977, pp. 195-200). A história da medicina tropical demonstra isso mesmo no contexto das relações entre metrópole e colônia (Edmond, 2006; Anderson, 2006).

O reconhecimento dessa dimensão política coloca em xeque a ideia de saúde global fundada nos pressupostos de uma experiência comum (o problema) e de um aprofundamento da convergência e cooperação (a solução desejável). Permite-nos revisitarmos os esforços de cooperação internacional e identificar a presença de interesses, agendas, conflitos e formas de poder (Fassin, 2012). As Conferências Sanitárias Internacionais, por exemplo, pautaram-se, desde o início, por uma preocupação fundamental com a proteção do comércio internacional. O objeto dessas conferências não era propriamente a proteção da saúde pública, mas sim a concertação de políticas, tendo em vista o controle da circulação de pessoas e produtos (King, 2002). Esse controle não era baseado na restrição de movimento, mas no princípio da triagem, ou seja, a separação de pessoas e produtos “desejáveis” (cuja circulação é facilitada) dos “indesejáveis”. Essa preocupação está presente na mais

recente versão dos Regulamentos Sanitários Internacionais (2005). Nessas normas, é possível testemunhar uma relação estreita no projeto político global entre saúde, capitalismo e uma mundividência liberal assente na promoção de certas formas de vida econômica útil (e na consequente desautorização e mesmo repressão de outras formas de vida). A cooperação internacional surge, portanto, marcada por uma preocupação fundamental: a contenção de determinadas doenças infecciosas, impedindo a sua chegada ao mundo desenvolvido ocidental.

A partir do momento em que começamos a explorar essa dimensão política na saúde global, torna-se evidente que as visões técnicas são tudo, menos “apolíticas”. Na verdade, elas fazem parte de um processo e uma agenda políticos. A máscara de neutralidade e cientificidade funciona para obscurecer o fato de a saúde global ser, desde a sua gênese até as suas formas mais contemporâneas, um local de reprodução de lógicas de exclusão e negligência; ela reflete estruturas e relações políticas globais que promovem a desigualdade, a vulnerabilidade e a desvantagem de alguns grupos e regiões – como veremos a seguir, a propósito da epidemia de Zika.

25

É nesse contexto de identificação das estruturas e relações políticas subjacentes às políticas de governança da saúde que se torna pertinente falar de uma abordagem crítica à saúde global. Essa abordagem parte do reconhecimento da dimensão política, social e ideológica e abrange quatro eixos.

O primeiro deles remete à necessidade de uma investigação dos processos sociais e culturais através dos quais ideias acerca da saúde global são apresentadas, interpretadas, justificadas, legitimadas e contestadas. Essa análise permite-nos compreender como se constitui a significação de saúde global. Essa significação não é, porém, unívoca, no sentido de resultar num entendimento universalmente acei-

to. Como veremos, no caso da epidemia de Zika, a constituição de significados revelou a interação de múltiplas arenas de significação e agendas políticas.

O segundo eixo configura-se como uma abordagem crítica que implica analisar as consequências desse processo de significação; em outras palavras, vislumbrar quais são os efeitos concretos da definição de práticas consideradas “necessárias” ou “desejáveis”. Os conceitos ajudam a definir os limites da imaginação política: podem ser considerados como “causas”, no sentido em que funcionam como condições potenciais de determinadas medidas práticas. Assim, conhecer a forma como a saúde global é conceitualizada permite-nos entender o contexto no qual as políticas concretas são definidas e executadas.

Um terceiro eixo é o estudo das zonas negligenciadas. A negligência em questões de saúde precisa ser enfocada na sua complexidade: não se trata unicamente da invisibilidade ou silêncio em relação a determinados assuntos, mas, precisamente, da forma como determinados assuntos ou grupos se tornam visíveis ou invisíveis nesse processo. A negligência pode estar presente mesmo quando é dada muita atenção a determinado assunto, pois a qualidade dessa atenção pode ser superficial, passageira ou não considerar aspectos subjacentes importantes. A recente epidemia de Ebola é um bom exemplo dessa dinâmica em que o espetáculo midiático em relação a uma epidemia nem sempre conduz a uma resolução dos problemas estruturais que lhe deram origem (Nunes, 2016).

Este artigo vai analisar o caso da atual epidemia de Zika e mostrar que, apesar de essa doença estar recebendo no momento muita atenção pela mídia e outros órgãos dentro e fora do setor saúde, certos aspectos permanecem negligenciados em decorrência da preponderância de um discurso técnico e biomédico orientado majoritariamente para o controle de mosquitos, configurando o controle da doen-

ça em “políticas de Aedes” (Pimenta, 2016). Entre esses aspectos negligenciados estão a problemática dos direitos reprodutivos e aborto, a saúde materna, os determinantes sociais da doença, as questões infraestruturais dos sistemas de saúde e de gestão das cidades, os quais permitem que os mosquitos e a doença se espalhem e se reproduzam.

Um quarto eixo refere-se à atenção dada à diversidade de experiências individuais de saúde e doença (não só entre os países mais ou menos desenvolvidos, mas também em nível doméstico). A experiência de “estar doente” ou “ser saudável” não é uniforme, mas sempre contextual, dependente de variáveis como a situação social e econômica, o gênero, a raça, a orientação afetiva e sexual, a idade ou a existência de incapacidades. Essas variáveis têm impacto sobre a vulnerabilidade de um indivíduo ou grupo a determinada doença, sobre o efeito dessa doença na trajetória de vida e também sobre a capacidade de esse indivíduo ou grupo ser capaz de reagir quando a doença ocorre. Nesse contexto, uma abordagem crítica à saúde global assume-se como multidisciplinar. Os contributos da sociologia, da antropologia e outras ciências sociais e humanas são determinantes para uma investigação minuciosa de experiências, que, por sua vez, serão analisadas à luz de condições estruturais e políticas mais abrangentes.

27

Zika e seus significados

De que forma os eixos de uma abordagem crítica podem ser mobilizados para melhor compreensão da epidemia de Zika? Começamos pelo primeiro dos eixos anteriormente identificados, analisando de que forma essa epidemia foi enquadrada e constituída como “problema” de saúde pública e global.

A infecção por Zika não é uma situação nova no mundo. No entanto, o vírus Zika era praticamente desconhecido até ao atual surto, que mobilizou os agentes

políticos nacionais e internacionais e capturou a atenção mundial. Essa atenção deve-se não propriamente à doença em si, mas à sua associação entre as infecções em grávidas com aumento anormal da incidência de microcefalia em recém-nascidos, além da associação com outras doenças como a síndrome de Guillain-Barré, uma doença autoimune neurológica.

Outras doenças transmitidas por mosquitos também têm sido associadas a um risco aumentado da síndrome de Guillain-Barré. No entanto, a magnitude da doença em pessoas não grávidas tem sido tanto qualitativa como quantitativamente ofuscada por seu impacto dramático sobre a gravidez e a associação com a microcefalia. Desde então, a epidemia tem mobilizado gestores, mídia, pesquisadores e sociedade em geral, em reações dramáticas que, não raras vezes, assumiram os contornos de grande alarmismo e até de “Zikafobia” (González, 2016).

28 A “novidade” da Zika e o fato de estar rodeada de muitas incógnitas no meio científico – nomeadamente acerca da forma de transmissão da doença e da relação entre o vírus e as complicações neurológicas – fez com que se tornasse urgente dar sentido ao que acontecia. Assim, crescente mobilização de atores políticos e sociais gerou diversas formas de significação e representação da doença. Pode afirmar-se que, em pouquíssimo tempo, desde que entrou na agenda da saúde global, a doença teve orquestradas ao seu redor diversas arenas de significação – a ponto de alguns autores apontarem a Zika como uma “epidemia de significação” (Shum, 2016). Essa ideia de significação segue o conceito de Treichler (1987), segundo o qual epidemias tendem a se configurar em “para-raios” de diversas tensões e dinâmicas sociais e políticas: relações entre classes, culpabilização econômica, racismo, xenofobismo, iniquidade de gênero, entre outras.

Considerada inicialmente como “benigna” e “exantemática”, a doença pelo vírus Zika não suscitou muita aten-

ção do setor saúde e dos políticos até o final de 2015, quando foi associada a complicações neurológicas. Foi então que se tornou uma “emergência”, não só no Brasil, mas em nível mundial. Em novembro de 2015, o Brasil declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, utilizando-se pela primeira vez o mecanismo criado em 2011 (Brasil, 2011). Mais tarde, em fevereiro de 2016, a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou emergência sanitária internacional. O uso dessa figura jurídica – utilizada anteriormente nos casos da gripe H1N1, do poliovírus e do Ebola – enquadrou a doença como ameaça à segurança e como evento de risco (Ventura, 2016). No contexto de uma tendência de securitização da saúde à escala global, a declaração de emergência refere-se não apenas a perigos concretos no presente, mas também a incertezas que podem configurar perigos e oportunidades futuras (Weir e Mykhalovskiy, 2010). O “evento” que provocou a declaração de emergência não foi apenas a doença pelo vírus Zika, mas a associação entre Zika e microcefalia, que se encontrava a essa altura ainda revestida de mistério e incerteza (Heymann, 2016).

29

A definição da epidemia como uma emergência interagiu com outros processos de significação, que revelam múltiplas dimensões do problema político, econômico e social. Após a associação com a microcefalia, configurou-se também a epidemia como um “problema de gênero”. De fato, essa associação trouxe à tona questões importantes de saúde materna e direitos reprodutivos das mulheres, não só no Brasil, como na América Latina e no restante do mundo. Demonstrando a diversidade nas experiências da doença, a Zika revelou-se como um risco especial para mulheres gestantes ou em idade fértil. Autoridades públicas têm advogado em prol do gerenciamento de gravidez, contracepção e até abstinência sexual durante a gravidez – trazendo de volta um discurso ideológico sobre a liberdade e sexualidade femininas.

Outro aspecto de significação relaciona-se ao modo de transmissão da doença. Em grande medida, a Zika vem sendo representada como um “problema de mosquitos” ou de “guerra aos mosquitos” (Pimenta, 2016). A transmissão do vírus por mosquitos *Aedes aegypti* em ratos e macacos foi comprovada em laboratório em 1956 (Boorman e Porterfield, 1956). Apesar de se afirmar que o *Aedes aegypti* é o principal vetor, a transmissão do vírus por *Aedes africanus* foi confirmada; na epidemia de Yap, na Micronésia, em 2007, não havia *Aedes aegypti* e sim *Aedes hensilli*; e, na Polinésia Francesa, a transmissão do vírus Zika muito provavelmente foi carregada por *Aedes polynesiensis* (Valle, Pimenta e Aguiar, 2016). Mais recentemente, o vírus foi detectado no *Aedes albopictus* no México (PAHO/WHO, 2016) e até mesmo no *Culex quinquefasciatus* (Ayes, 2016), apenas de necessitar de mais evidências para comprovações do seu real papel na transmissão do vírus. Tomar a Zika como somente um “problema de mosquitos” está relacionado com a preponderância de medidas de controle do vetor, que, historicamente, tem dominado o discurso e pensamento biomédico sobre as formas possíveis de controle da doença. Tal discurso e preponderância do foco no vetor se deu da mesma forma para a febre amarela no século passado e, mais recentemente, para a dengue, chikungunya e outras doenças também transmitidas pelo *Aedes*. Tem-se delimitado políticas do *Aedes* que definem e legitimam as metodologias, tecnologias, intervenções e atores aptos a agir e a “resolver” o problema.

No entanto, ao se descobrir e confirmar cientificamente que há outras vias de transmissão do vírus que não somente a do vetor, a doença causada pelo vírus Zika revelou outras dimensões. Até o momento, nove países relataram indícios de transmissão do vírus Zika por via sexual. Outras vias de transmissão estão sendo estudadas, com várias possibilidades levantadas: por transmissão sexual (Foy et al., 2011; Musso et al., 2015b; Atkinson et al., 2016); por

soro, saliva e urina (Gourinat, 2015; Musso et al., 2015a; Bonaldo et al., 2016); por leite materno (Dupont-Rouzeyrol, et al., 2016); e por transfusão de sangue (Musso et al., 2014a). Importante, nesse contexto, é o fato de a Zika ter se tornado também uma “doença sexualmente transmissível”, o que traz consigo todo um conjunto de conotações morais e abre as portas a práticas discriminatórias e estigmatizantes, como tem sido observado na mídia e em algumas campanhas de prevenção da doença no Brasil e no mundo.

Finalmente, a partir do debate sobre os determinantes e as condições sociais, econômicas e políticas que geram e perpetuam a propagação do vetor e do vírus, a Zika foi também enquadrada como “doença negligenciada” ou “da pobreza” – ainda que esse enquadramento tenha permanecido numa posição periférica em face da importância dada, por exemplo, às medidas de controle do vetor. As vozes que levantam o tema dos determinantes trazem ao debate questões relacionadas às falhas de financiamento e de pesquisa, que acabam por afetar desproporcionalmente populações vulneráveis em situações de risco (Pimenta, 2015). No Brasil, a crise atual de financiamento no setor público, especialmente no Sistema Único de Saúde (SUS), denota a relevância e urgência dessas questões.

Em suma, vários processos de significação têm competido e interagido na definição da epidemia de Zika como um problema de saúde. Não há um processo unívoco e nenhum desses significados captura a “verdade” sobre a epidemia – antes todas revelam dimensões do problema e aspectos relevantes na forma como este tem sido interpretado e enquadrado. Essas interpretações têm efeitos concretos, contribuindo para delimitar o âmbito de soluções possíveis e desejáveis, definindo as estratégias, as tecnologias e os atores que são capacitados e legitimados para intervir.

A reprodução de zonas negligenciadas

Os processos de significação analisados são importantes não só pelo que determinam, mas também pelo que é silenciado, ignorado ou deixado à margem. Prosseguindo a análise crítica descrita anteriormente, debruçemo-nos sobre a forma como a busca de significado para essa epidemia tem contribuído para a reprodução de zonas negligenciadas. A definição de negligência adotada neste artigo é abrangente, incluindo não apenas as doenças ditas negligenciadas, mas também determinantes e grupos ou populações. Refere-se ao processo pelo qual determinadas doenças recebem – por parte de políticos, mídia, pesquisadores, agências de fomento à pesquisa ou do público em geral – uma atenção menor do que seria de esperar dado o seu impacto econômico e social, e dado o sofrimento que causam aos indivíduos e famílias afetados. Determinantes são negligenciados quando o seu impacto na susceptibilidade à doença não é estudado ou sequer reconhecido. Finalmente, uma população ou grupo negligenciado é aquele que é sistematicamente colocado numa posição de risco e vulnerabilidade em face de uma doença, ou que é excluído dos melhores cuidados de saúde existentes num dado contexto (Nunes, 2016).

32

A epidemia de Zika revela a presença de muitas questões negligenciadas. Este artigo debruçar-se-á sobre quatro delas, que consideramos particularmente importantes – não só porque afetam a resposta a essa doença, mas também porque revelam dinâmicas mais profundas na saúde global, expondo dessa forma seus limites.

Em primeiro lugar, a atenção dada à Zika na agenda global e o enfoque na associação entre Zika e microcefalia têm sublinhado a suposta “novidade” da doença. A ideia da epidemia de Zika como emergência veio acentuar esse processo. No entanto, para milhões de brasileiros, a crise da Zika veio obscurecer um problema mais profundo – uma verdadeira emergência diária que afeta grandemente a vida

dessas pessoas. Desde 1986, o Brasil sofre com epidemias de dengue de forma quase ininterrupta, e, atualmente, os quatro sorotipos do vírus circulam no país. Além disso, neste momento, o Brasil está atravessando uma tríplice epidemia, caracterizada pelo compartilhamento do mesmo inseto vetor por três vírus: dengue, chikungunya e Zika. Em 2015, mais de 1,5 milhão de casos de dengue foram notificados. Em 2016, foram registrados 802.429 casos prováveis de dengue entre janeiro e abril, com 140 óbitos confirmados. Em 2015, foram notificados 38.332 casos prováveis de febre de chikungunya, com 6 óbitos confirmados. Já em 2016, até o início de abril, foram notificados 39.017 casos prováveis de febre chikungunya no país, com 12 óbitos confirmados (SVS/MS, 2016a). Devido às dificuldades no diagnóstico diferencial e à sobrecarga dos sistemas e serviços de saúde, territórios com circulação de outras arboviroses enfrentam dificuldades acrescidas no controle do vírus Zika.

Esses dados mostram a gravidade de uma situação que tem, em grande medida, passado despercebida no contexto da saúde global – cuja agenda atual permanece quase exclusivamente focalizada na contenção do vírus Zika e na busca de soluções majoritariamente farmacológicas ou tecnológicas direcionadas a vacinas ou ao vetor. O Brasil, tal como muitos outros países do mundo, tem uma história de fracasso com relação ao controle e prevenção das arboviroses – que têm sido negligenciadas a ponto de se terem tornado, para muitos setores da população, fenômenos quase naturais e inevitáveis. No entanto, um árduo trabalho de três décadas tem resultado em importantes lições sobre as formas de enfrentamento dessas epidemias (Valle, Pimenta e Cunha, 2015). Antes da Zika, foi a experiência acumulada contra a dengue que permeou a preparação do serviço público brasileiro para a entrada no país da chikungunya. A expansão territorial da chikungunya desde 2004 suscitou o lançamento de um alerta da Organização Pan-Americana

da Saúde, dirigido a todo o continente americano (Valle, Pimenta e Cunha, 2016). No entanto, a atual situação é o resultado de decisões (e omissões) políticas – nomeadamente graves falhas na prevenção, dependentes de muitos aspectos que extrapolam o setor da saúde. Em particular, merecem destaque aspectos macroestruturais, socioeconômicos e ambientais, historicamente ignorados em prol de intervenções meramente biomédicas ou tecnológicas. Existe o risco de que a atenção dada a Zika contribua para fazer esquecer uma vez mais a gravidade desse problema social, econômico e político, de médio e longo prazo, ao focar somente nos seus sintomas em detrimento de suas causas mais profundas.

34 Em segundo lugar, o controle da doença tem sido igualado ao controle do vetor, que, por sua vez, se baseia prioritariamente na sua redução, eliminação ou erradicação. Após mais de um século da descoberta da transmissão vetorial do vírus da febre amarela e de outros agentes infecciosos, a base da tecnologia de controle dos transmissores (em especial, o *Aedes*) se mantém praticamente a mesma: destruição de focos que contêm ovos e larvas dos mosquitos e, a partir da década de 1940 (mais de setenta anos), a incorporação do uso de larvicidas e inseticidas (Santos et al., 2016). Essa estratégia funcionou até certo ponto no século passado com campanhas verticais contra a febre amarela lideradas por Oswaldo Cruz. No entanto, o controle do vetor teve vários fracassos ao longo da sua história (Esteves, 2016).

Observa-se hoje uma realidade totalmente diversa que conclama por novas estratégias de controle do vetor. Algumas já estão sendo implementadas, nomeadamente métodos tecnológicos de manipulação genética ou envolvendo bactérias. Porém, as ações de controle do vetor têm limites e não podem ser vistas como a única solução para o problema das arboviroses. Segundo Santos et al. (2016), não basta reduzir a infestação do *Aedes aegypti*, pois a força de

transmissão dessas três arboviroses é muito elevada mesmo em situações de baixos níveis de infestação vetorial, por ser modulada pelo nível de imunidade de grupo existente em cada espaço. Infelizmente, as tecnologias disponíveis para combate vetorial, mesmo quando usadas integralmente (manejo integrado), como proposto pela OMS, não se têm mostrado muito efetivas.

Uma das consequências de se continuar a pensar nas arboviroses (e na Zika em particular) como um “problema de mosquito” é a perpetuação da negligência de determinantes políticos, econômicos e ambientais – ou seja, do contexto mais amplo onde a doença se instala e se reproduz. Enquanto o contexto político em que as respostas à Zika se inserem produz pressões sobre o governo, exigindo respostas com resultados imediatistas, a resolução do problema requer necessariamente mudanças profundas, estruturais e de longo prazo, que permitam enfrentar os fatores que estão impedindo o Brasil e o mundo de lidar adequadamente com as arboviroses. Torna-se urgente questionar e lidar com os problemas estruturais, universalizar o acesso à água tratada, coletar e dar destinação adequada ao lixo, expandir a oferta de saneamento, dentre outros. A doença tem revelado as contradições da sociedade brasileira e do mundo, bem como do atual modelo de desenvolvimento capitalista neoliberal, tais como: insuficiências do SUS e demais sistemas de saúde, problemas de saneamento, de abastecimento de água, necessidade de políticas de urbanização sustentável, entre outras questões de cunho social, econômico, político e cultural (Abrasco, 2016).

Em terceiro lugar, a epidemia de Zika revela a persistência de estruturas sociais, políticas e econômicas que reproduzem a desvantagem e vulnerabilidade de determinadas populações e grupos. Desde a década de 2000, doenças negligenciadas como a Zika têm sido reconhecidas como, simultaneamente, um resultado e um mecanismo perpetuador

da pobreza (Hotez, 2013) – as denominadas, “doenças da pobreza” ou “doenças tropicais da pobreza”. No contexto atual, alguns autores têm destacado que as arboviroses, e mais especificamente a Zika, atingem com particular intensidade as pessoas negligenciadas pelas políticas públicas – ou seja, as pessoas que não têm acesso a condições adequadas de habitação e saneamento, de infraestrutura sanitária e a melhor informação sobre prevenção de doenças (Aguiar e Araújo, 2016; Parsons, 2016; Kambale et al., 2016; LaBeaud, 2008).

36 No que diz respeito à microcefalia, a vulnerabilidade econômica assume um papel importante no sucesso das estratégias de planejamento familiar, com o acesso a contraceptivos e o direito ao aborto a serem condicionados pela situação econômica. O impacto das vulnerabilidades verifica-se ainda no nível da capacidade das redes de apoio (públicas, comunitárias e familiares) de amparar, por meio dos serviços, as crianças e famílias afetadas pela microcefalia. No Brasil, a microcefalia resultante de Zika tem atingido com particular intensidade os estados do Nordeste, onde se verifica elevada incidência de pobreza. Dados de 30 de abril de 2016 mostram: Bahia (17,7% da população vivendo em extrema pobreza; 232 casos confirmados de microcefalia), Pernambuco (16,1% da população em extrema pobreza; 339 casos confirmados de microcefalia) e Paraíba (16,3% da população em extrema pobreza; 115 casos confirmados de microcefalia). É importante ainda ressaltar que na Região Nordeste permanecem em investigação 2.544 casos de microcefalia (incluindo 645 na Bahia, 653 em Pernambuco e 379 em Paraíba) (SVS/MS, 2016b). Em outras palavras, é bastante provável que o problema aumente nos próximos meses, configurando uma crise de saúde pública em médio e longo prazos. Abordagens “neutras” e supostamente “apolíticas”, centradas unicamente em instrumentos tecnológicos, farmacológicos e biomédicos, tendem a ignorar as desigualdades sistemáticas já existentes e – se forem

desviadas as atenções da necessidade de transformações mais profundas – podem até contribuir para perpetuá-las.

A questão da pobreza e da vulnerabilidade é, portanto, fundamental para entender não só a incidência e distribuição de arboviroses (como a Zika), mas também a capacidade, ou incapacidade, de reagir perante as adversidades que delas podem advir (como a microcefalia). Outro aspecto fundamental nesse quadro é o gênero – que resulta do fato de a Zika ter sido enquadrada como um problema de mulheres (em idade fértil ou grávidas) e uma doença sexualmente transmissível. A epidemia de Zika suscita um conjunto de questões relacionadas aos desafios da sociedade patriarcal, nomeadamente no que diz respeito ao controle efetivo que muitas mulheres têm sobre a sua vida sexual, a liberdade de escolha na hora de gerenciar uma gravidez, o direito ao aborto e o direito à opinião e intervenção sobre as políticas que têm efeitos sobre o corpo feminino.

A epidemia de Zika e microcefalia afeta desproporcionalmente mulheres, particularmente aquelas de famílias vulneráveis. Os ministros da saúde de diferentes países da América Latina, incluindo o Brasil, fizeram recomendações públicas para mulheres e casais adiarem a gravidez. Essas recomendações parecem esquecer que 56% das gravidezes na região não são intencionais e que nem todas as mulheres têm acesso e controle sobre o uso de contraceptivos. Um quarto das mulheres na América Latina que desejavam evitar a gravidez não tiveram acesso a métodos contraceptivos confiáveis (Harris, Silverman e Marshall, 2016). A má qualidade da educação sexual, a falta de acesso à contracepção, a alta prevalência de estupro, bem como barreiras culturais e religiosas, que tornam difícil para as mulheres negociar o uso de contracepção com os seus parceiros, resultam em grandes grupos de mulheres que não têm controle sobre sua vida sexual e direitos reprodutivos. À luz disso, o surto revela as desigualdades sistêmicas de gênero em sociedades

37

altamente patriarcais. Revela ainda o sexismo presente na sociedade brasileira, com o Ministro da Saúde Marcelo Castro a “torcer” para que mulheres fossem infectadas pela Zika antes do período fértil como forma de ganhar imunidade enquanto a vacina não está disponível. Em outra ocasião, o mesmo ministro observou ainda que as mulheres estão mais vulneráveis por ficarem de “perna de fora”, e prescreveu o uso de calças como medida preventiva (Martins, 2016).

Galli e Deslandes (2016) lembram que tal quadro conclama o debate público sobre o direito das mulheres de interromper a gravidez se assim o desejarem como uma questão de justiça social reprodutiva. Com relação ao aborto, o Brasil tem uma das legislações mais restritivas do mundo. Desde 1940, o aborto no Brasil é apenas permitido nos casos de risco de vida para a mulher quando há crime sexual e em caso de feto anencefálico. Os óbitos decorrentes de abortos clandestinos constituem uma das cinco principais causas de morte materna evitável. Nesse contexto, várias organizações de direitos sexuais e reprodutivos apoiaram futura ação junto ao Supremo Tribunal Federal brasileiro solicitando autorização de interrupção da gravidez para mulheres infectadas com vírus Zika, com base nos riscos à sua saúde mental e nos riscos potenciais ao pleno desenvolvimento do feto. A argumentação central baseia-se na responsabilidade do Estado pelo não controle do vetor e na garantia do direito à dignidade e saúde das mulheres, considerando a situação de particular vulnerabilidade social e econômica que muitas atravessam.

Em síntese, o argumento demonstrou que a epidemia de Zika e sua associação com a microcefalia são muito mais do que um “problema de mosquitos” com somente intervenções tecnológicas ou farmacológicas. Abrangem, também, complexos problemas sociais e políticos. Relacionam-se ao fracasso sistemático do controle e prevenção às doenças negligenciadas no continente americano e no mundo. Tais

problemas demonstram os limites de estratégias que negligenciam os determinantes políticos, econômicos, ambientais e infraestruturais. Revelam também as disparidades no acesso à informação e aos serviços e cuidados de saúde, demonstrando falhas importantes nas políticas de saúde reprodutiva no Brasil, ao mesmo tempo que ilustram uma vez mais a persistência de profundas desigualdades de gênero.

Este artigo explorou algumas problemáticas em âmbito político e social suscitadas pela epidemia de Zika no Brasil. Para além de revelar as tensões, contradições e desigualdades das políticas de saúde no país, a epidemia de Zika ilustra problemas mais abrangentes. As tensões políticas aqui identificadas – referentes ao controle das doenças negligenciadas, determinantes sociais e econômicos, classe e gênero – enquadram-se em dinâmicas que ultrapassam as fronteiras do país. Nesse sentido, o processo de significação e as respostas à epidemia de Zika e microcefalia são reveladoras dos atuais limites da saúde global.

39

Um dos limites que ficou evidente nesse contexto é o fato de a agenda da saúde global ser ainda predominantemente reativa: responde a crises e emergências em vez de contribuir de forma mais proativa para solucionar os problemas geradores das crises. Esse caráter reativo tem seu efeito sobre o caráter da atenção dada aos problemas. Em grande medida, os agentes da saúde global, ao centrarem os seus esforços na resposta à crise ou emergência mais importante “do momento”, acabam por se pautar por uma atuação superficial e de curto prazo. O espetáculo midiático criado ao redor da epidemia de Zika – ao qual não são estranhas as imagens sensacionalistas de crianças com microcefalia e o fato de o Brasil ser o anfitrião dos Jogos Olímpicos este ano de 2016 – contribuiu para capturar durante algumas sema-

nas a atenção da opinião pública mundial. Alvo de pressões políticas internas, o governo de Dilma Rousseff tentou mostrar uma face determinada e combativa, transformando a resposta numa verdadeira guerra nacional contra o mosquito. Entretanto, o problema das arboviroses afeta o Brasil e o mundo há décadas, e uma resolução dos problemas sociais, econômicos e culturais que estão na sua origem não se compadece com ciclos midiáticos e eleitorais de curto prazo.

A saúde global continua a negligenciar questões macroestruturais dos processos de saúde-doença e o problema da determinação social das doenças, privilegiando fortemente uma perspectiva puramente tecnológica e biomédica. A recente tendência para a securitização de doenças tem sido em grande parte uma oportunidade perdida, uma vez que contribui para reproduzir uma lógica de medidas excepcionais e de curto prazo, que não se traduzem necessariamente em melhoria da qualidade da atenção. Quando interpretadas como problemas de segurança, as doenças acabam por se ver enredadas numa lógica imediatista de contenção e gestão de crises, ao mesmo tempo que é dificultada a possibilidade de uma participação democrática e que inclua os pontos de vista dos grupos e comunidades mais afetados e vulneráveis.

O predomínio de uma lógica de contenção de crises significa também que a saúde global continua privilegiando os interesses das nações desenvolvidas. Na maior parte das vezes, continuam sendo privilegiadas as doenças infecciosas que têm o potencial de atingir os países do hemisfério Norte, não se implementando medidas e políticas mais igualitárias que permitam reduzir as grandes desigualdades que ainda persistem na saúde global. Nesse contexto, a saúde global continua a sistematicamente refletir e reproduzir a dinâmica centro-periferia que está na sua gênese. Dinâmicas coloniais continuam a fazer-se sentir, visíveis, por exemplo, na forma paternalista como o saber científico e as capacidades dos profissionais e comunidades dos países do

Sul são vistos por muitos responsáveis e cientistas do Norte. Esse paternalismo está também presente na forma como o Brasil é visto, como essencialmente incapaz de solucionar o problema, necessitando de ser “salvo” por países mais desenvolvidos, como tem sido amplamente discutido nos meios midiáticos internacionais.

Finalmente, a epidemia de Zika mostra uma vez mais como a agenda da saúde global negligencia a diversidade de experiências e as múltiplas reproduções de desigualdades, contribuindo para perpetuar, há décadas, iniquidades relacionadas a gênero, raça e classe social – entre outras categorias fundamentais para uma compreensão plena da saúde e da doença.

Este artigo sugeriu uma abordagem crítica à epidemia de Zika e à saúde global, assente em quatro eixos fundamentais. Falta apontar um aspecto importante dessa abordagem: o fato de os seus propósitos não terem unicamente o intuito de identificar problemas, mas também o de identificar, explicitamente, alternativas, intervenções e soluções. Dito de outro modo, a crítica da saúde parte da análise de situações concretas para identificar o potencial emancipatório. Assim, por um lado, a ideia não é meramente descrever dinâmicas ou experiências, mas entendê-las no contexto de reprodução de vulnerabilidades e de formas de violência estrutural, que devem ser questionadas e mudadas (Anderson, 2015). Esse “passo seguinte” da análise crítica contempla ainda a identificação de possibilidades de transformação, sob a forma de ideias alternativas ou atores engajados na transformação política. Este artigo identificou alguns desses recursos transformadores, nomeadamente a ideia da sustentabilidade urbana, a importância dada aos determinantes da saúde e a ênfase nas vulnerabilidades específicas de certas populações e grupos.

Essa transformação pretende-se emancipatória na medida em que visa contribuir para alargar o espaço de

reflexão e ação, permitindo aos indivíduos e grupos maior autonomia para tomarem decisões e agirem nas questões que determinam sua própria vida. A saúde é aqui vista como uma esfera da vida na qual é possível identificar constrangimentos ou obstáculos à livre determinação de cursos de vida. A doença é um desses obstáculos, tal como as barreiras no acesso aos cuidados de saúde ou a melhor informação sobre prevenção de doenças. O trabalho emancipatório de uma abordagem crítica implica identificar esses obstáculos e trabalhar para a sua superação ou diminuição.

João Nunes

é professor de Relações Internacionais na Universidade de York, Reino Unido.

Denise Nacif Pimenta

é pesquisadora do Centro de Pesquisas René Rachou, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em Minas Gerais.

42

Bibliografia

- ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva. 2016. Cidades sustentáveis e saudáveis: microcefalia, perigos do controle químico e o desafio do saneamento universal. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/2016/02/carta-de-alerta-da-abrasco-cidades-saudaveis-e-sustentaveis-este-e-o-desafio-urgente/>>. Acesso em: fev. 2016.
- AGUIAR, R.; ARAUJO, I. S. 2016. A mídia em meio às “emergências” do vírus Zika: questões para o campo da comunicação e saúde. *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, v. 10, n. 1.
- ANDERSON, E.-L. 2015. *Gender, HIV and risk: navigating structural violence*. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- ANDERSON, W. 2006. *Colonial pathologies: American tropical medicine, race, and hygiene in the Philippines*. Durham/London: Duke University Press.
- ATKINSON, B. et al. 2016. Detection of Zika virus in semen [letter]. *Emerging Infectious Diseases*, v. 22, n. 5. Disponível em: <http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/22/5/16-0107_article>. Acesso em: 29 jun. 2016.
- AYRES, C. F. J. 2016. Identification of Zika vírus vectors and implications for control. *The Lancet – Infectious Diseases*, v. 16, n. 3, pp. 278-79.

- BIRN, A-E. 2009. The stages of international (global) health: histories of success or successes of history?. *Global Public Health*, n. 4, pp. 50-68.
- BONALDO, M. C. et al. 2016. "Isolation of infective Zika virus from urine and saliva of patients in Brazil". *PLOS Neglected Tropical Diseases*. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0004816>>. Acesso em: 29 jun. 2016.
- BOORMAN, J. P.; PORTERFIELD, J. S. 1956. A simple technique for infection of mosquitoes with viruses; transmission of Zika virus. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, n. 50, pp. 238-42.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 2011. Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde – FN-SUS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7616.htm>. Acesso em: 29 jun. 2016.
- BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. 2006. The World Health Organization and the transition from "international" to "global" public health. *American Journal of Public Health*, n. 96, pp. 62-72.
- COOPER, A. F.; KIRTON, J. J.; STEVENSON, M. A. 2009. Critical cases in global health innovation. In: COOPER, A. F.; KIRTON, J. J. (eds.). *Innovation in global health governance: critical cases*. Farnham: Ashgate.
- CUETO, M. 2015. *Saúde global: uma breve história*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- DICK, G. W.; KITCHEN, S. F.; HADDOW, A. J. 1952. Zika virus. I. Isolations and serological specificity. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, n. 46, pp. 509-20.
- DUPONT-ROUZEYROL, M. et al. 2016. Infectious Zika viral particles in breastmilk. *The Lancet*, v. 387, n. 10023, pp. 1051.
- EDMOND, R. 2006. *Leprosy and empire: a medical and cultural history*. Cambridge: Cambridge University Press.
- ESTEVES, B. 2016. A guerra dos cem anos: por que o Brasil não consegue vencer o *Aedes aegypti*. *Piauí*, n. 115, pp. 20-29.
- FASSIN, D. 2012. That obscure object of global health. In: INHORN, M. C.; WENTZELL, E. A. (eds.). *Medical anthropology at the intersections: histories, activisms, and futures*. Durham/London: Duke University Press.
- FIDLER, D. P. 2005. From International Sanitary Conventions to global health security: the new international health regulations. *Chinese Journal of International Law*, n. 4, pp. 325-92.
- FOUCAULT, M. 1977. *Discipline and punish: the birth of the prison*. London: Allen Lane.

- FOY, B. D. et al. 2011. Probable non-vector-borne transmission of Zika virus, Colorado, USA. *Emerging Infectious Diseases*, n. 17, pp. 880-82.
- GALLI, B.; DESLANDES, S. 2016. Ameaças de retrocesso nas políticas de saúde sexual e reprodutiva no Brasil em tempos de epidemia de Zika. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 4. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000400301>. Acesso em: 12 jul. 2016.
- GONZÁLEZ, S. 2016. Zika y Zikafobia: una página en construcción. Archivos de *Pediatría del Uruguay*, v. 87, n. 1, pp. 53-61.
- GOURINAT, A. C. 2015. Detection of Zika virus in urine. *Emerging Infectious Diseases*, v. 21, n. 1, pp. 84-86.
- HARRIS, L. H.; SILVERMAN, N. S.; MARSHALL, M. F. 2016. The paradigm of the paradox: women, pregnant women, and the unequal burdens of the Zika virus pandemic. *The American Journal of Bioethics*, v. 16, n. 5, pp. 1-4.
- HEYMANN, D. L. 2016. Zika virus and microcephaly: why is this situation a PHEIC? *The Lancet*, v. 387, n. 10020, pp. 719-21.
- HOTEZ, P. J. 2013. *Forgotten people, forgotten diseases: the neglected tropical diseases and their impact on global health and development*. Washington, DC: ASM Press.
- KAMBALE, T. et al. 2016. Zika virus infection: the resurgence of a neglected disease. *Medical Journal of Dr. DY Patil University*, v. 9, n. 2, pp. 283-87.
- KING, N. B. 2002. Security, disease, commerce: ideologies of postcolonial global health. *Social Studies of Science*, n. 32, pp. 763-89.
- KRAUT, A. M. 1994. *Silent travelers: germs, genes and the "immigrant menace"*. Baltimore/London: The Johns Hopkins University Press.
- LABEAUD, A. D. 2008. Why arboviruses can be neglected tropical diseases? *Plos Neglected Tropical Diseases*, v. 2, n. 6. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0000247>>. Acesso em: 12 jul. 2016.
- MACNAMARA, F. N. 1954. Zika virus: a report on three cases of human infection during an epidemic of jaundice in Nigeria. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, n. 48, pp. 139-45.
- MARKEL, H. 1997. *Quarantine!: East European Jewish immigrants and the New York City epidemics of 1892*. Baltimore/London: The Johns Hopkins University Press.
- MARTIN, E. 1994. Flexible bodies: the role of immunity in American Culture from the days of polio to the Age of AIDS". Boston: Beacon Press.
- MARTINS, R. 2016. O Zika e o descaso na saúde pública. *Carta Capital*. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/revista/886/e-hajamosquitos>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

- MUSSO, D. et al. 2014a. Potential for Zika virus transmission through blood transfusion demonstrated during an outbreak in French Polynesia November 2013 to February 2014. *Euro Surveillance*, v. 19, n. 14, pp. 1-3.
- _____. 2014b. Rapid spread of emerging Zika virus in the Pacific area. *Clinical Microbiology Infections*, n. 20, pp. 595-96.
- _____. 2015a. Detection of Zika virus in saliva. *Journal of Clinical Virology*, n. 68, pp. 53-55.
- _____. 2015b. Potential sexual transmission of Zika virus. *Emerging Infectious Diseases*, n. 21, pp. 359-61.
- NUNES, J. 2016. Ebola and the production of neglect in global health. *Third World Quarterly*, v. 37, pp. 542-56.
- PAHO/WHO – Pan American Health Organization/World Health Organization [OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde/OMS – Organização Mundial de Saúde]. 2016. *Zika Epidemiological Update*, 21 Apr., Washington, D.C., PAHO/WHO.
- PARSONS, M. 2016. We've neglected diseases like the Zika virus for too long. *Time Magazine*, jan. Disponível em: <<http://time.com/4193072/zika-virus-neglected-disease/>>. Acesso em: jan. 2016.
- PIMENTA, D. N. 2015. A (des)construção da dengue: de tropical a negligenciada. In: VALLE, D.; PIMENTA, D. N.; CUNHA, R. V. (orgs.). *Dengue: teorias e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- _____. 2016. Zika, dengue, chikungunya: mosquito bom é mosquito morto?. *Revista Ciência Hoje*, n. 336. Disponível em: <http://www.cienciahoje.org.br/revista/materia/id/1022/n/mosquito_bom_e_mosquito_morto>. Acesso em: 29 jun. 2016.
- SANTOS, D. N. et al. 2016. Documento de posição sobre a tríplice epidemia de Zika-dengue-chikungunya. *Observatório de Análise Política em Saúde*. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/03/Documento-posi%C3%A7%C3%A3o-sobre-a-epidemia-de-zika.pdf>>.
- SVS/MS – Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde.
- 2016a. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 13, 2016. *Boletim Epidemiológico*, v. 47, n. 18. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/27/2016-014-Dengue-SE13-substitui-o.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2016.
- _____. 2016b. Monitoramento dos casos de microcefalia no Brasil. *Informe Epidemiológico*, n. 24. [Semana 24 a 30 abr. 2016]. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/04/coes-microcefalia-informe-epi-24-se17-2016.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

- SHAH, N. 2001. *Contagious divides: epidemics and race in San Francisco's Chinatown*. Berkeley: University of California Press.
- SHUM, T. T. 2016. Discussion: Zika – an epidemic of signification? Disponível em: <<http://somatosphere.net/forumpost/discussion-zika-an-epidemic-of-signification>>. Acesso em: fev. 2016.
- TREICHLER, P. A. 1987. Aids, homophobia and biomedical discourse: an epidemic of signification. *Aids: Cultural Analysis/Cultural Activism*, n. 43, pp. 31-70.
- VALLE, D.; PIMENTA, D. N.; AGUIAR, R. 2016. Zika, dengue e chikungunya: desafios e questões. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, n. 2. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742016000200419&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 jun. 2016.
- VALLE, D.; PIMENTA, D. N.; CUNHA, R. V. (orgs.) 2015. *Dengue: teorias e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- VENTURA, D. 2016. From Ebola to Zika: international emergencies and the securitization of global health. *Cadernos de Saúde Pública* [on-line], v. 32, n. 4.
- WEIR, L.; MYKHALOVSKIY, E. 2010. *Global public health vigilance: creating a world on alert*. Abingdon: Routledge.
- WHO – World Health Organization [OMS – Organização Mundial de Saúde]. 2016. Situation report. May. Disponível em: <<http://www.who.int/emergencies/zika-virus/situation-report/5-may-2016/en/>>. Acesso em: 27 jun. 2016.
- ZACHER, M. W.; KEEFE, T. J. 2008. *The politics of global health governance: united by contagion*. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- ZANLUCA, C. et al. 2015. First report of autochthonous transmission of Zika virus in Brazil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, n. 110, pp. 569-72.

SEGURANÇA OU INSEGURANÇA DA SAÚDE MUNDIAL NA ÁFRICA? MAIS SAÚDE PARCIAL DO QUE SAÚDE GLOBAL*

Dominique Kerouedan

A situação sanitária dos países da África continua dominada por doenças infecciosas e tropicais (ONU, 2012), pela penúria de profissionais da área e por poucos financiamentos. É confrontada ainda à crescente onda de doenças crônicas (câncer, diabetes, doenças cardiovasculares, respiratórias e mentais, além de deficiências), cujas consequências sanitárias não foram mensuradas no contexto atual de crescimento demográfico sem precedentes, com implicações diretas sobre o desenvolvimento desses países. A região francófona da África, por exemplo, atinge a mais alta taxa de fecundidade do mundo. O continente africano conta com mais da metade dos óbitos mundiais de mulheres grávidas e de mortalidade por aborto. As taxas de mortalidade infantil continuam elevadas, embora tenham decrescido (Balique, 2011).

Nos últimos trinta anos, três quartos das novas infecções por HIV notificadas no mundo ocorreram na África, como atestam os relatórios anuais do Programa Conjunto

* Tradução de Deisy de Freitas Lima Ventura, professora do Instituto de Relações Internacionais e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaid, 2013). Ainda longe de ter vencido a pandemia mais mortífera do século XX, o continente entra em uma nova fase de transição demográfica e epidemiológica. A urbanização galopante se faz acompanhar da transformação do modo de vida dos habitantes, expostos a novos riscos como sedentarismo, obesidade, uso nocivo do tabaco, do álcool e outras drogas. Pouco se leva em conta os efeitos da instabilidade política e dos conflitos armados sobre a saúde mental da população, em particular das crianças, assim como seus efeitos sobre a propagação da aids e sua feminização, com as agressões sexuais de meninas e mulheres que as expõe à infecção por HIV (ACSI, 2010).

48 Em resposta à evolução da situação sanitária e social dos africanos, buscando enfrentar as disfunções que acometem os seus sistemas de saúde, as respostas da cooperação sanitária internacional diversificaram-se ao longo das duas últimas décadas. Ao lado da Organização Mundial da Saúde (OMS), da ajuda estatal bilateral clássica e de algumas organizações não governamentais (ONGs), a paisagem institucional da ajuda ao desenvolvimento diversificou-se na década de 1990 com a entrada em cena do Banco Mundial e da Comissão Europeia. Privilegiando até então relações econômicas e comerciais com os Estados da África, do Caribe e do Pacífico (ACP), o Fundo Europeu de Desenvolvimento passou a financiar programas de desenvolvimento humano. Três eventos centrais encontram-se na origem do envolvimento dessas duas figuras do desenvolvimento com a saúde: (i) a propagação da aids e suas repercussões sobre as economias africanas; (ii) os efeitos das políticas de ajustamento estrutural dos anos 1980 sobre os setores sociais e o acesso à saúde, quando as instituições de Bretton Woods foram severamente criticadas, a ponto de o Banco Mundial publicar, em 1993, um relatório convidando a “investir na saúde” (Banco Mundial, 1993); (iii)

a desvalorização do franco das ex-colônias francesas da África (CFA), em janeiro de 1994, que obrigou a Comissão Europeia a compensar a fragilização da capacidade desses países africanos de importar medicamentos produzidos no hemisfério Norte, especialmente pela indústria europeia. A reforma dos sistemas de saúde exigida pelos governos, na realidade pelas instituições internacionais, foi financiada pelo Banco Mundial e pela Comissão Europeia, respectivamente por empréstimos e por doações ao longo dos anos na década de 1990, e também por meio da iniciativa de redução da dívida intitulada Países Pobres Muito Endividados (PPME), cujos financiamentos apoiam a realização de planos estratégicos nacionais de luta contra a pobreza, à época, paradigmas do desenvolvimento.

Desde meados dos anos 1990, a epidemia de aids explodiu especialmente na África Austral, mas não apenas lá. A pandemia escapou às estratégias nacionais e às instituições internacionais dela encarregadas. A liderança da OMS, autoridade sanitária mundial que havia instituído em 1987 o Programa Mundial de Aids (Global Aids Programme), encontrava-se fragilizada, tanto internamente em relação ao sistema das Nações Unidas como em escala internacional. Seguiu-se a criação, em 1996, do Programa Conjunto das Nações Unidas para Luta contra a Aids (Unaid), associando uma dezena de agências das Nações Unidas com o Banco Mundial. Mas a propagação rápida da pandemia continua desafiando os Estados e as instituições internacionais. As taxas de prevalência de infecção por HIV observadas entre os militares de diversos países da África Subsaariana, constantemente superiores aos da população em geral, chamaram a atenção das autoridades sul-africanas e norte-americanas que aí perceberam uma ameaça para a segurança dos Estados Unidos – num contexto em que Bill Clinton havia evocado, desde 1996, uma estratégia de segurança nacional mais centrada nos riscos infecciosos. O diretor da

Unaid's à época, Peter Piot (2011), explicou a quem quisesse escutar: “falta apenas o dinheiro”. Ele foi ouvido.

Para obter uma mobilização internacional sem precedentes, o Conselho de Segurança da ONU, pela primeira vez em sua história, inscreveu a aids na ordem do dia de suas reuniões de janeiro de 2000, que ensejarão diversas resoluções do Conselho de Segurança, da Assembleia Geral e de uma Sessão Especial da Assembleia Geral (Ungass) em 2000 e 2001 (Kerouedan, 2013). É a resolução de junho de 2001 que evoca a criação de um “fundo para saúde e aids”.

Apoiar o estabelecimento de um fundo mundial para o HIV/Aids e a saúde de modo a financiar uma resposta urgente à epidemia baseada em um enfoque integrado de prevenção, atenção, apoio e tratamento, e prestar assistência aos governos, entre outras coisas, em seus esforços de combate ao HIV/Aids, com a devida prioridade aos países mais afetados, notadamente da África Subsaariana e do Caribe, além de outros países em alto risco, e mobilizar as contribuições ao fundo de fontes públicas e privadas, recorrendo especialmente a países doadores, fundações, setor empresarial – inclusive a indústria farmacêutica –, setor privado, filantropos e pessoas ricas (Ungass, 2001)¹.

Na prática, o fundo surgiu graças ao secretário-geral – à época, Kofi Annan, um africano sensível às repercussões humanitárias da aids sobre o continente – que obteve

¹ No original, “Support the establishment of a global HIV/Aids and health fund to finance an urgent response to the epidemic based on an integrated approach to prevention, care, support, treatment and to assist governments, *inter alia*, in their efforts to combat HIV/Aids with due priority to the most affected countries, notably in sub-Saharan Africa and the Caribbean and to those countries at high risk, and mobilise contributions to the fund from public and private sources with a special appeal to donor countries, foundations, the business community, including pharmaceutical companies, the private sector, philanthropists and wealthy individuals”.

junto aos Estados do G8, reunidos em Okinawa (Japão) em 2000 e em Gênova (Itália) em 2001, compromissos financeiros sem precedentes em favor de três doenças: aids, tuberculose e malária (Fundo Mundial de Luta contra Aids, Tuberculose e Malária, doravante referido como Fundo Mundial). O presidente George W. Bush, por sua vez, obteve o financiamento mais importante da história da ajuda norte-americana para a saúde internacional, porém em favor de uma só doença: a aids. O US President Emergency Program for Aids Relief (Pepfar) foi criado em 2003 para financiar a luta contra a aids em quinze países que mantinham relações estratégicas com os Estados Unidos. A Costa do Marfim foi, naquele momento, o único país francófono a ser beneficiado pelos investimentos norte-americanos. Como revela a análise da primeira fase desse programa, as intervenções foram essencialmente verticais, mais voltadas ao aumento do número de pacientes em tratamento do que à prevenção da transmissão do vírus ou o fortalecimento dos sistemas de saúde nacional (IOM, 2007; Kerouedan, 2010, 2011).

51

Vê-se claramente que a genealogia dos processos decisórios vinculados à criação do Fundo Mundial inspirou a Declaração do Milênio, que define os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), dos quais três referem-se à saúde: reduzir a mortalidade infantil (ODM 4); melhorar a saúde das gestantes (ODM 5); e combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças (ODM 6). Da mesma forma, esses processos decisórios precederam e inspiraram as recomendações da Comissão Macroeconomia e Saúde da OMS, presidida por Jeffrey Sachs, cujas conclusões conclamam a comunidade internacional e os países, uma vez mais em 2001, a “investir na saúde” com vistas ao financiamento da implementação dos ODMs (OMS, 2001).

O entusiasmo da mobilização em favor das citadas três doenças respaldava-se no observado há pouco tempo em

prol da vacinação, quando fora criada, em 2000, a Aliança Mundial para Vacinas e Imunização (GAVI) graças à doação de 750 milhões de dólares da Fundação Bill e Melinda Gates. Isso contagiou a fase de implementação dos ODMs de saúde, aos quais a comunidade internacional terminou por prestar uma atenção política e financeira bastante assimétrica. O ODM 5, que consistia em eliminar três quartos da mortalidade materna foi o objetivo menos financiado, a ponto de o atual secretário-geral da ONU, Ban Ki-moon, lançar uma estratégia específica para esse fim, em 2010, durante a Cúpula do G8 de Muskoka (Canadá). A situação é preocupante, pois os indicadores relativos a gravidez precoce e mortalidade de adolescentes são os que menos progrediram em vinte anos (1990-2010). Os progressos foram ainda mais lentos entre os anos 2000 e 2010 (ODI, 2012). As complicações envolvendo a gravidez de adolescentes costumam matar duas crianças (mãe e filho), comprometendo a realização dos ODMs especialmente na África, onde o fenômeno é mais frequente.

De todo modo, a criação de parcerias público-privadas em escala mundial, tais como a GAVI e o Fundo Mundial mencionados, criados entre os anos 2000 e 2001, constitui uma das dimensões da emergência da “saúde global”. A tradução literal da expressão “global health” do inglês para o francês corresponderia a “santé mondiale”, do mesmo modo que “globalization” é em geral traduzida como “mondialisation”. Nós fizemos a escolha de traduzir “global health” como “saúde mundial”, o que não prejulga a interpretação feita por nossos colegas francófonos, especialmente na África, onde eles parecem tentados a falar de “santé globale”, pouco importando se essa tradução veicula um conceito cujo conteúdo repercute claramente sobre o exercício e a expressão das políticas sanitárias nacionais e suas relações com os parceiros

internacionais². Note-se que o próprio nome da OMS foi mal traduzido: “The World Health Organisation” deveria ter sido traduzida como Organização da Saúde Mundial, pois, na expressão anglófona, é a saúde, e não a organização, que se torna mundial quando da criação da OMS no âmbito da ONU. Assim, a saúde mundial teria nascido no século XIX por ocasião das conferências internacionais sanitárias, e renascido após a Segunda Guerra Mundial.

A diversificação das modalidades de financiamento do desenvolvimento no período de 2005 a 2010 deve-se também, e talvez sobretudo, ao fato de que os Estados do Comitê de Assistência ao Desenvolvimento da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) não respeitaram seus compromissos, embora renovados em Monterrey (México) em 2002, de consagrar 0,7% de seu produto nacional bruto (PIB) para ajuda ao desenvolvimento, tendo tornado imperativa a busca de financiamento em outras fontes.

Nesse espírito, o presidente da França à época, Jacques Chirac, encomendou em 2004 um estudo ao inspetor geral de finanças Jean-Pierre Landau, cujo relatório sugeria a criação de mecanismos inovadores de financiamento do desenvolvimento (Landau, 2004). Por iniciativa de diversos países, entre eles a França, a Unitaid³ foi criada em 2006,

² N. da T.: No Brasil, a palavra “globalization” é traduzida como “globalização”, privando de sentido a polêmica em curso na literatura francófona sobre a tradução da expressão “global health”. Isto não significa que aqui não exista uma disputa de fundo sobre o conceito de saúde global (demonstrada, por exemplo, por Fortes e Ribeiro, 2014). Em respeito à autora, a tradução demarca a diferença estabelecida no artigo. Assim, quando a autora emprega a expressão “santé mondiale”, ela é aqui traduzida como “saúde mundial”. Quando a autora utiliza a expressão em inglês, a tradução corresponde a “saúde global”, mantendo as aspas que figuram no texto original.

³ N. do E.: Além da França, integram a Unitaid os seguintes países: Brasil, Chile, Noruega e Reino Unido. A ideia dessa organização é justamente pensar e planejar novas formas de obter investimentos que previnam as três doenças em questão – aids, tuberculose e malária –, que as tratem de modo eficaz e com baixo custo, acelerando sua cura. Mais informações em: <<http://www.unitaid.org/en/>>.

graças à cobrança de uma taxa sobre bilhetes aéreos, a fim de implementar uma forma perene de financiamento e de tranquilizar a indústria farmacêutica, pouco propensa a produzir medicamentos em grande quantidade em favor de um mercado de pobres. Aids, tuberculose e malária constituem o fulcro do mandato da Unitaid. Por outro lado, o Mecanismo de Financiamento Internacional para Imunização (IFFIm) foi instituído para financiar a GAVI (vacinas). Seguiram-se a ele outros mecanismos inovadores de financiamento, submetidos aos Estados por iniciativa da França, que se encontrava à testa de uma Task Force on Innovating Financing for Health, visando especialmente acelerar a produção e a comercialização de vacinas (Porcher e Kerouedan, 2011). Diga-se de passagem, o denominador comum desse interesse “mundial” pela saúde foi a constatação de que apenas as doenças infecciosas interessam aos investidores. Na prática, apenas os portadores de doenças infecciosas ou que poderiam sê-lo tiveram (quando o tiveram) acesso a tratamentos de prevenção ou cura, bem mais do que outros pacientes. Assim, se a nova governança da saúde evoca uma “mundialidade” da saúde, ela é, na realidade, muito parcial e concerne apenas a um punhado de doenças, sobretudo de doentes. Logo, a governança da saúde mundial produziu e construiu desigualdades e iniquidades em países onde as populações já delas padeciam, tanto internamente como em relação a outros países. Trata-se de um jogo perverso que, sob o manto das boas intenções, agrava, acelera e aumenta as desigualdades e iniquidades no campo da saúde.

A despeito das disposições da Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda ao Desenvolvimento (OCDE, 2005), pelas quais países e doadores comprometem-se a alinhar-se de acordo com prioridades, e os sistemas nacionais de saúde e de gestão pública a harmonizar seus procedimentos administrativos de financiamento no plano nacional, persistiu nos países a dispersão das estruturas de gestão, abas-

tecimento, acompanhamento e avaliação dos programas de ajuda ao desenvolvimento, ao longo de toda a implementação das iniciativas mundiais e das novas modalidades de financiamento. O setor saúde foi escolhido pela OCDE como um setor teste para exploração da governança da ajuda pública e privada e exploração da realização dos princípios da Declaração de Paris (OCDE, 2009). Essa escolha deve-se ao fato de que, por um lado, os atores, as temáticas, as estratégias e as modalidades de financiamento do setor saúde, particularmente numerosos e dispersos, prestam-se naturalmente a esse exame; e, por outro lado, porque esse setor aparenta, à primeira vista, ser a menina dos olhos dos ODMs. O setor saúde, encarado como “*tracer sector*” da eficácia da ajuda, torna-se ao mesmo tempo um setor piloto para estudo dos financiamentos inovadores do desenvolvimento e um revelador das modalidades de governança da ajuda ao desenvolvimento em escala mundial.

Após ter apresentado as que nos parecem ser as três grandes condições de emergência da noção de saúde mundial – (i) o risco pandêmico e outros problemas sanitários comuns; (ii) as evoluções institucionais da ajuda ao desenvolvimento em saúde; e (iii) a genealogia de uma definição comum da saúde mundial –, passamos a discutir os riscos potenciais para as populações mais pobres do planeta, trazidos pela tentação de globalização que acompanha a noção de “saúde global”, com, do mesmo modo que qualquer formação totalizante, o risco totalitário que a acompanha, ainda e sempre às custas das pessoas mais frágeis, mais pobres, mais doentes, e também menos favorecidas: as mulheres e as crianças.

55

Emergência do conceito: riscos sanitários pandêmicos, problemas comuns e soluções comuns

Nossa pesquisa indica que a expressão “saúde global” aparece pela primeira vez em um documento do Institute of

Medicine (IOM), instância de referência científica vinculada à Academia de Ciências dos Estados Unidos. O relatório publicado em 1997 apresenta a saúde mundial como “um interesse vital para a América” – no original, *America’s vital interest in global health...* (IOM, 1997). O segundo capítulo do mesmo relatório, intitulado “a globalização da saúde: problemas comuns, necessidades comuns”, introduz o tema da seguinte forma:

Esse capítulo mostra que as nações do mundo, incluídos os Estados Unidos, agora têm demais em comum para que a saúde seja considerada um assunto meramente nacional. Em lugar disso, um novo conceito de “saúde global” é necessário para que se enfrente problemas de saúde que transcendem as fronteiras nacionais, que podem ser influenciados por circunstâncias e experiências de outros países, e que são mais bem tratados por ações e soluções de cooperação [...] Sendo os riscos também disseminados, é o HIV a mais importante das novas infecções, tanto globalmente como nos Estados Unidos. Velhas enfermidades estão ressurgindo, como tuberculose, malária e cólera (IOM, 1997)⁴.

56

Logo, a ideia fundadora da “saúde global” seria proveniente do sentimento de que qualquer evento de saúde que se produza em determinado ponto do globo terrestre traz em si um potencial de ameaça para as populações ou para a segurança nacional de um país em outro ponto do globo. Isso se deve ao desenvolvimento espetacular e rápido dos transportes

⁴ No original, “This chapter shows that the world’s nations, the US included, now have too much in common to consider health as a merely a national issue. Instead, a new concept of ‘global health’ is required to deal with health problems that transcend national boundaries, that may be influenced by circumstances and experiences in other countries, and that are best addressed by cooperative actions and solutions [...] The risks are being transferred too, HIV is by far the most important of the new infections, both globally and in the United States. Older diseases are resurging, tuberculosis, malaria and cholera”.

e das comunicações, associados à mundialização econômica e financeira, facilitando a propagação das doenças no rastro dos homens. As características da globalização, aliás, aplicam-se muito bem à saúde: (i) a internacionalização para além das fronteiras; (ii) a liberalização facilitando as trocas que ultrapassam as restrições dos Estados para criar um mercado econômico mundial aberto; (iii) a universalização que permite o compartilhamento de experiências e de saberes em escala mundial; (iv) a desterritorialização em que a geografia importa menos do que a amplitude dos temas; e (v) a ocidentalização e a modernização de enfoques e visões de mundo.

Segundo Yach e Bettcher (1998), um ano após a publicação do relatório do IOM, o “novo paradigma” da globalização consubstancia o processo de incremento da interdependência econômica, política e social, e a integração por meio de capitais, bens, pessoas, conceitos, imagens e ideias que cruzam as fronteiras estatais.

O risco infeccioso e o risco pandêmico encontram-se no coração da ideia e da emergência do conceito de “saúde global”, mas eles não são seus únicos elementos. Um certo número de problemáticas complexas exige respostas que doravante deverão ser pensadas conjuntamente: a penúria de pessoal de saúde transforma-se em crise mundial, que revela a incipiência da realização dos ODMs; a repercussão sobre a saúde de políticas comerciais e agrícolas, ou as inter-relações entre o comércio e o princípio da propriedade intelectual, que limitam o acesso dos doentes mais pobres do mundo aos medicamentos, até mesmo os essenciais e genéricos; a repercussão das mudanças climáticas sobre a saúde; as migrações e a saúde etc. As doenças crônicas não mais correspondem a perfis patológicos relativos apenas aos países ricos, mas a uma urbanização galopante que se produz também nos países pobres e emergentes. Note-se que, embora o envelhecimento das populações e os perfis patológicos tendam a uniformizar-se entre os hemisférios Norte e o Sul, com as doenças crônicas

tornando-se as maiores causas de mortalidade em escala mundial, inclusive nos países emergentes, não são esses os fenômenos que caracterizam a saúde mundial. Eles só foram levados em consideração quinze anos após a publicação do relatório do IOM. Somente em setembro de 2011 é que as doenças crônicas entraram na ordem do dia da Assembleia Geral das Nações Unidas, dez anos após a inclusão da aids na pauta do Conselho de Segurança.

Evoluções institucionais: a governança mundial da saúde

Abordando a “globalização da saúde internacional”, Gill Walt (1998) demonstra como a globalização se aplica à saúde no campo internacional, engendrando novas coalizões e alianças: “com o fortalecimento da globalização do comércio e dos mercados, novas coalizões e alianças formam-se para avaliar e enfrentar suas consequências diretas e indiretas sobre a saúde”.

58 A evolução institucional das modalidades de financiamento da ajuda ao desenvolvimento em favor da saúde marcou significativamente as representações da “saúde global”, especialmente nos países receptores desses financiamentos. Os atores dos países beneficiários de fundos mundiais foram convidados a implementar novas instâncias nacionais, tais como o Country Coordinating Mechanism (CCM) do Fundo Mundial. Trata-se de uma instância de concepção e direção de projetos financiados por esse fundo e que reúne atores públicos, privados e comunitários; chamam-no de CCM inclusive nos países francófonos africanos. Assim, a “saúde global”, como a denominam os atores locais, é percebida por esses países como estreitamente vinculada às instâncias de governança de iniciativas mundiais, em particular do Fundo Mundial, ou melhor, do Global Found, citado em inglês mesmo nos países francófonos. Aqui, a noção de “saúde global” presta-se por vezes à confusão com uma expressão mais antiga de abordagem “global” das doenças, amiúde referente à assistência às pessoas com aids,

convidando o pessoal de saúde a considerar simultaneamente as dimensões psicológica, diagnóstica e terapêutica da doença. Por outro lado, a genealogia e a emergência da noção de saúde mundial são independentes e distintas da noção de bem público mundial, cuja expressão foi muito utilizada no âmbito das políticas de desenvolvimento do início da década de 2000.

Os nomes das estratégias internacionais das instituições de cooperação sanitária bilateral, como o Reino Unido e a Comissão Europeia, inspiram-se no mesmo vocabulário das iniciativas mundiais que se referem à saúde mundial como “global”. Nesse sentido, a Comissão Europeia publicou, em 2010, uma Comunicação ao Conselho da União Europeia e ao Parlamento Europeu intitulada “EU role in global health” (Comissão Europeia, 2010).

Rumo a uma definição comum da “saúde global”

Diante das diversas interpretações da noção de “saúde global”, uma definição consensual foi proposta por um grupo de pesquisadores:

59

Saúde global é uma área de estudo, pesquisa e prática que dá prioridade à melhora da saúde e à conquista da equidade em saúde para todos os povos do mundo. A saúde global enfatiza questões, determinantes e soluções transnacionais de saúde; envolve muitas disciplinas, inclusive para além das ciências da saúde, promovendo a colaboração interdisciplinar; e é uma síntese entre a prevenção de base populacional e o atendimento clínico no plano individual (Koplan et al., 2009)⁵.

⁵ No original, “Global health is an area for study, research and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide. Global health emphasizes transnational health issues, determinants and solutions; involves many disciplines within and beyond the health sciences and promotes interdisciplinary collaboration; and is a synthesis of population-based prevention with individual-level clinical care”.

Essa definição insiste no fato de que cada pessoa do planeta tem direito à boa saúde, sendo a equidade um valor filosófico fundamental da saúde pública. “A promoção da equidade social e econômica e a redução das desigualdades em matéria de saúde tornaram-se um tema chave da saúde pública interna, da saúde internacional e da saúde global” (Koplan et al., 2009).

Sem se referir ao documento publicado em 1997 pelo IOM, que mencionou pela primeira vez a ideia de “saúde global”, provavelmente desconhecido dos autores, Koplan e seus colaboradores convidam a uma definição comum dessa expressão a partir de uma concepção genealógica do conceito, inscrevendo-o na continuidade das noções de saúde pública e de saúde internacional. Eles apresentam uma tabela didática comparativa entre saúde pública, “*international health*” e “saúde global”. Os valores, os princípios e os métodos são comuns aos três campos. A seguir, enunciam suas características a partir das diferenças entre eles: enquanto a saúde pública se interessaria pela saúde das populações no plano nacional, a “*international health*” diria respeito à geografia dos países em desenvolvimento, o que foi chamado em francês, por quarenta anos, de “saúde e desenvolvimento” (“*santé et développement*”). A “saúde global”, por sua vez, faria referência à amplitude dos problemas e não à sua localização geográfica (Koplan et al., 2009), sendo todo e cada ser humano a população – alvo da “saúde global”. A localização geográfica dos países em desenvolvimento não mais aparecerá na definição de saúde mundial. Nas palavras de Ilona Kickbusch (2009), o desafio da saúde mundial é reconciliar os enfoques globais da saúde com aqueles que se interessam especialmente pelos países em desenvolvimento. Koplan e seus colegas insistem sobre o fato de que, embora seja importante ter uma boa compreensão da evolução da governança em escala mundial, as melhoras serão de fato provenientes da esfera local.

Nesse sentido, afirmam: “embora a compreensão das tendências mundiais e das mudanças políticas seja importante, os avanços em matéria de saúde dependem do que ocorre nos níveis nacional, subnacional e local, e, em última instância, nas comunidades em que as famílias vivem e morrem” (Koplan et al., 2009).

Assim, vemos que a compreensão da noção de “saúde global” merece ser explicitada, tanto no âmbito dos intercâmbios internacionais como junto aos profissionais e pesquisadores que trabalham em campo. Essa expressão recobre, na realidade, interpretações que variam conforme nosso grau de interesse pelos efeitos da globalização, pelas evoluções institucionais recentes da arquitetura da ajuda mundial, ou por este valor que supostamente reúne os atores e beneficiários da saúde pública: a equidade. Se nós insistimos em um necessário esclarecimento da noção é porque isso tornaria mais fácil sua apropriação pelos atores e pesquisadores, favorecendo um diálogo e uma cooperação mais ricos de sentido, que pode coincidir com maior eficácia da ajuda ao desenvolvimento.

Também é necessário esclarecer o conteúdo dessa noção a fim de chegarmos a um entendimento quanto aos saberes e às qualificações profissionais que poderão ser requeridos e reconhecidos nas universidades e no mundo profissional: o que seria um diploma em saúde mundial? O que seria um especialista ou um profissional da saúde mundial? A Associação das Escolas de Saúde Pública americana é a única instituição que propõe um *Global Health Competency Model* voltado ao meio acadêmico (ASPH, 2011). Do lado europeu, a Associação de Escolas de Saúde Pública propõe um conteúdo harmonizado das competências em “saúde pública” (Aspher, 2010, 2012), e em breve fará o mesmo nos cursos relativos à “saúde global” (Haines, 2011). Em Paris, a Escola de Negócios Internacionais do Instituto de Estudos Políticos de Paris (Sciences Po, 2016) propõe

uma especialização intitulada *Concentration in Global Health*, que é oferecida a estudantes matriculados em uma dezena de *masters* internacionais. Ao formar estudantes franceses, europeus e de outros países a respeito desses temas, o objetivo é preparar os futuros líderes políticos mundiais em todas as disciplinas para chamar para si, politicamente, as questões de saúde no âmbito de suas responsabilidades.

Já tratamos dos efeitos da nova governança mundial de saúde sobre a realidade em outras publicações, tanto em termos de governança como de eficácia da ajuda aos sistemas de saúde (Yu et al., 2008; Balabanova et al., 2010; Kerouedan, 2010; Kerouedan e Brunet-Jailly, 2011; McCoy et al., 2012). No presente texto, insistiremos sobretudo nos riscos que essa nova governança mundial da saúde traz para os pobres.

62 **Riscos da globalização da saúde para as populações mais pobres da África**

Ao abordar a emergência da noção de saúde mundial, constatamos que sua ideia básica é a de que seremos todos igualmente atingidos pela superveniência de um evento sanitário em qualquer ponto do globo, e de que problemas comuns complexos exigem soluções que doravante devem ser pensadas em conjunto. Esse enfoque não é desprovido de riscos, pois ele poderia ensejar a tentação de uniformizar as análises, os problemas, os enfoques e as soluções examinadas no âmbito dessa saúde “totalizada” dita “mundial”. Ao globalizar assim os problemas e as soluções, o risco é de ver apenas as prioridades *comuns* aos países do planeta serem consideradas prioridades estratégicas internacionais, o que privaria as populações que vivem em contextos diferentes (pobres e em situação de conflitos armados, por exemplo) de conhecimentos e de respostas específicas para a diversidade de suas situações e realidade. É o que observamos no período de realização dos ODMs de saúde, de 2000 a 2015,

quando a comunidade internacional privilegiou a luta contra a aids em detrimento das prioridades dos países mais pobres, onde a aids não constitui uma prioridade de saúde pública – por exemplo, onde a mortalidade mais elevada não é a aids, mas de mulheres grávidas ou crianças.

A tentação de padronizar análises e respostas é ainda maior quando os perfis epidemiológicos, sanitários e sociais dos países emergentes (doenças crônicas e proteção social, por exemplo) são cada vez mais assimilados aos dos países ricos, enquanto o maior número de pessoas pobres que sofrem outros problemas de saúde reside nesses países e as desigualdades sociais são vultosas, assim como as de saúde que dela decorrem. Em qualquer caso, a motivação dos países ricos para intervir é sempre a mesma: ou os problemas são compartilhados, ou não são compartilhados, mas constituem ameaças para a segurança nacional e internacional.

Assim, contrariamente às afirmações de quem a promove, e sob o pretexto de um valor filosófico compartilhado, que destaca a busca da equidade, os que tomam decisões no âmbito da saúde mundial não parecem em realidade atingidos pelo estado de saúde de toda e qualquer pessoa desse mundo, ou pelo que poderia ameaçar o acesso ao tratamento de cada uma das pessoas que integram esse “todo”. Eles estariam mais tentados a concentrar sua atenção política e seus recursos apenas em direção aos problemas comuns ou considerados mais estratégicos.

O risco é, então, de se interessar pelas situações sanitárias particulares das populações pobres apenas na medida em que elas possam constituir uma ameaça potencial para a saúde ou a economia dos países mais ricos (riscos pandêmicos, penúria de pessoal médico, perdas comerciais, repercussões econômicas etc.). Ademais, essa atitude é paradoxal quando a preocupação maior é, por exemplo, de conter a propagação de uma nova pandemia: como os deficientes sistemas de saúde dos países pobres, pouco contemplados

pela ajuda mundial, poderiam dispor de sistemas eficientes de alerta e vigilância epidemiológica, formar pessoal de saúde, implementar mecanismos perenes de financiamento do setor etc., além de outras dimensões de sistemas sustentáveis necessários à proteção da saúde de todos no mundo?

A mundialização causou mudanças: nós passamos de uma clivagem Norte-Sul a uma acentuada clivagem entre ricos e pobres, podendo os últimos estarem nos países do Norte, nos países emergentes ou nos países menos avançados (PMA). Se a globalização da saúde se faz acompanhar do financiamento prioritário pelos países ricos daquilo que eles percebem como uma ameaça para eles, independentemente da mensuração objetiva da carga de doença, corre-se o risco de ver as prioridades e as populações dos países mais pobres, onde quer que estejam, saírem do campo da saúde mundial, e também do campo do desenvolvimento. É preciso que as situações específicas dos PMA e dos Estados frágeis, justamente os que apresentam maior atraso na realização dos ODMs, continuem na mira daqueles que tomam as decisões relativas aos objetivos de desenvolvimento pós-2015 (Guillaumont, 2013a, 2013b; Guillaumont e Wagner, 2013). Nos vinte anos que se seguiram à Cúpula da Terra de 1992 (ECO-92), os defensores do desenvolvimento sustentável não parecem ter atribuído à saúde o interesse que ela merece. Dos três pilares que supostamente compunham uma estratégia de desenvolvimento sustentável, apenas o pilar do meio ambiente reteve a atenção de seus profissionais e defensores, em detrimento de preocupações sociais e de equidade.

É interessante perceber que o objetivo de Cobertura Sanitária Universal (CSU) proposto pela OMS para financiar os sistemas de saúde (OMS, 2010a) parecia alcançar o consenso por ocasião dos trabalhos preparatórios da agenda do desenvolvimento pós-2015 (Haines et al., 2012).

Esse objetivo pode parecer à primeira vista sedutor, mas o efeito que se espera dele não é tanto o de reduzir o número de pobres, mas sim de diminuir o contingente de pessoas que cai na pobreza devido aos gastos com tratamentos de saúde. O risco de escolher esse objetivo de CSU é o de continuar a levar os países em desenvolvimento a se focalizarem na questão de como financiar o tratamento dos doentes cada vez mais numerosos, em lugar de refletirem sobre as estratégias que contribuam para prevenir as doenças. São temas sobre os quais o Prêmio Nobel de Economia Amartya Sen (2000) convida nossas democracias a discutir, o que não é fácil em nossas sociedades sob o império de poderosos *lobbies*.

Em 2009, a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde da OMS produziu um relatório no qual lamenta: “a injustiça social é responsável pela morte de pessoas em grande escala. As desigualdades de saúde matam em grande escala”, propondo que os países organizem suas políticas sanitárias a partir dos principais determinantes sociais da saúde de suas respectivas sociedades (OMS, 2010b). Assim preconiza, por exemplo, o Canadá:

65

[...] os principais fatores que possuem incidência sobre a saúde da população canadense nada têm a ver com os tratamentos médicos ou com as escolhas de estilo de vida, mas têm tudo a ver com as condições de vida da população. São estas últimas que formam hoje o que passou a ser chamado de determinantes sociais da saúde. Sua importância para a saúde foi primeiramente apontada em meados do século XIX, e posteriormente essa noção inscreveu-se nos documentos de política governamental em meados dos anos de 1970. De fato, as contribuições de origem canadense ao conceito de determinantes sociais da saúde são tão vastas que o meio da saúde, em escala mundial, considera o Canadá uma grande força motriz

em matéria de promoção da saúde. Os recentes relatórios elaborados pelo Administrador Chefe da Saúde Pública, do Senado e da Agência de Saúde Pública do Canadá continuam a sustentar a importância dos determinantes sociais da saúde (Mikkonen e Raphael, 2011).

Note-se que os mecanismos sobre os quais a CSU repousa, por exemplo, na França, são deficitárias a longo prazo, o que nós não gostaríamos de ver encorajado, nem mesmo nos países emergentes. O sistema de saúde é verdadeiramente um exemplo na França, no qual, de um lado, os *lobbies* industriais, que atuam nos gabinetes ministeriais, intoxicam as populações com seus produtos que causam dependência (medicamentos, alimentos, tabaco, álcool), e, de outro, o sistema de seguro saúde financia 100% do tratamento das doenças crônicas (por exemplo, o câncer causado por esses produtos tóxicos).

66 Considerando as capacidades institucionais e técnicas dos países mais pobres, eles não parecem preparados para implementar tais sistemas. As políticas de saúde mundial, tal como elas se realizaram ao longo da década passada, não provaram sua eficácia para reforçar as capacidades institucionais dos países. Por todas essas razões, o risco de adoção desse objetivo de CSU, que tem pouca chance de realizar-se concretamente em benefício das populações mais pobres, é de ver acentuadas as desigualdades entre países ricos e países emergentes, de um lado, e de países pobres, do outro, mas também no seio de cada país das diversas regiões do mundo, tendo por consequência continuar não considerando as prioridades de saúde específicas das populações pobres (doenças infecciosas, mortes infantis, maternas e especialmente de adolescentes), em particular das mulheres, cujo enfrentamento exige sistemas de saúde sólidos em favor dos quais os financiamentos continuarão a faltar.

O risco de ver novos atores determinarem a política sanitária

A diversificação dos atores no campo da saúde internacional não é nova. A Fundação Rockefeller desempenhou um papel considerável ao longo de todo o século XX para formar especialistas e financiar as políticas sanitárias norte-americanas e internacionais, inclusive na França (APHA, 2003; Kerouedan, 2013). O que é novo na governança mundial da saúde do século XXI é a onipresença do setor privado industrial e comercial (não somente a indústria farmacêutica, mas também as fundações filantrópicas), chamadas num primeiro momento a contribuir com o financiamento de políticas públicas como *parceiras*. Nesse intervalo, o parceiro tornou-se *decision-maker* e *policy-maker*, conquistou poder a ponto de os escritórios de estratégia da OMS, em Genebra, terem recrutado conselheiros de Bill Gates. Se a saúde mundial passou a ser governada por Bill Gates, então não há chance alguma de que ela seja global: sua filantropia não se irradia além de algumas patologias infecciosas. Nós poderíamos seriamente qualificar de filantropia, isto é, “amor dos homens”, uma ação que ama apenas alguns, e somente aqueles que são percebidos como ameaças para os outros, e preferencialmente para os mais ricos do planeta?

67

Outra inovação concerne ao volume de financiamento mobilizado pelas fundações privadas e pelo governo norte-americanos que, por sua importância, ditam, de fato, a política sanitária mundial, tanto por meio da ajuda bilateral pública e privada, como pelas parcerias público-privadas mundiais que eles financiam e os conselhos de administração nos quais eles passam a decidir as diretrizes e as prioridades, independentemente das prioridades epidemiológicas e sanitárias dos países. Esses desequilíbrios foram denunciados ao Tribunal de Contas Europeu (TCE, 2009; Kerouedan, 2009). Essas parcerias público-

-privadas mundiais afirmam ser instituições financeiras e se supõe que elas assim permanecerão na paisagem institucional mundial da ajuda ao desenvolvimento. Teoricamente, compete apenas aos países e aos seus parceiros técnicos, essencialmente a ONU, escolher as estratégias sanitárias pertinentes que serão submetidas às iniciativas mundiais. Na prática, nós observamos o inverso em toda a sua perversidade: são as decisões de financiamento que ditam as políticas, e quanto maiores são os volumes de financiamento, maior é o efeito de distorção sobre os sistemas de saúde.

68

O Conselho de Administração do Fundo Mundial pode decidir, por exemplo, financiar prioritariamente o tratamento de pacientes com aids ou a luta contra a aids junto a certos grupos considerados “de risco”. O conjunto de países se alinhará conforme essas incitações, mesmo se essas prioridades não forem as suas. Por força das prioridades que ela escolhe, a Fundação Bill e Melinda Gates orienta também as escolhas dos países, erodindo a sua soberania. De uma parte, a disponibilidade e o montante dos financiamentos, mais do que as necessidades, são o que define as intervenções e os programas. De outra parte, a preocupação não é o resultado sanitário, mas o resultado financeiro e a gestão dos fundos (Kerouedan, 2015). Graças aos volumes de financiamento mobilizados, as iniciativas mundiais e as fundações privadas norte-americanas adquirem uma legitimidade e uma liderança que fragilizam as da OMS, o que é discutido por numerosos autores (Brown et al., 2006, Fidler, 2010, Killen e Rogerson, 2010, Hill, 2011, Sridhar et al., 2012, Bollyky, 2012, Horton, 2012, OMS, 2013, Clift, 2013). Mais do que uma fragilização, trata-se de uma apropriação da liderança alheia, da qual os poderes públicos participam.

Quando se refere aos sistemas-mundo e às economias-mundo, Immanuel Wallerstein (2009) indica que o obje-

tivo do hífen é “indicar que nós não falamos de sistemas, economias ou impérios referentes ao mundo inteiro, mas de sistemas, economias ou impérios que constituem um mundo – que, em geral, não inclui o mundo inteiro”. Parece que passamos, na verdade, de um sistema de economia-mundo a um sistema de finanças-mundo, em que os valores das finanças e do lucro orquestram os vetores do mundo, inclusive no campo da saúde, interpretado tradicionalmente como concernente mais à caridade do que aos negócios. Estávamos habituados às metáforas da saúde pública tingidas pela ideia de solidariedade, de preocupações comerciais ou mesmo de interesses diplomáticos ou securitários. O campo é agora ocupado por lógicas financeiras (Kerouedan, 2014).

Esses fenômenos observados no campo da saúde dizem muito sobre fenômenos globais que estão em curso, entre eles a despolitização e a marginalização dos poderes públicos, inclusive Estados, por ação do setor privado (Livinec e Kerouedan, 2015). O liberalismo alcançou assim sua imanência mais total, até tomar para si todas as missões de serviço público, inclusive ser prestatário das missões mais indissociáveis da soberania do Estado, como a defesa nacional. Não podemos excluir a hipótese de que essa despolitização, essa desapropriação das missões do Estado que são sistematicamente contornadas pelos mecanismos da ajuda mundial no campo da saúde, tenha contribuído de forma evidente à fragilização dos Estados africanos, já institucionalmente frágeis, e ao seu descrédito nacional, aos olhos de seus próprios povos. Assim, o liberalismo sem limites pode ter favorecido a emergência de grupos extremistas que vieram instalar-se no vazio estatal, num primeiro momento nas regiões geográficas mais recuadas do Sahel, mas atualmente cidades e o coração dos centros das capitais já foram atingidos, como Bamako (Mali) e Ouagadougou (Burquina Faso).

O risco de tomar decisões políticas sem conhecer a realidade local

Não sendo representados nos Estados, como são, por exemplo, as agências das Nações Unidas ou as instituições de ajuda bilateral, as instâncias dirigentes executivas ou políticas das parcerias público-privadas mundiais (como o Fundo Global e a GAVI) tendem a emitir decisões sem levar em consideração as realidades e condicionantes locais, cujas dinâmicas e transformações nunca foram tão rápidas. Dirigentes atarefados privam-se frequentemente dos saberes e do conhecimento dos atores de campo, e das trocas intelectuais com pesquisadores, atores políticos, sociedade civil e universitários que se encontram nesses locais. Os saberes produzidos nem sempre são acessíveis aos que tomam as decisões políticas. Esse distanciamento do real pode constituir uma das principais causas, embora pouco comentadas, da limitada eficácia da ajuda financeira. Ainda que esta tenha crescido, a avaliação de sua performance privilegia a escolha de indicadores quantitativos.

70

À guisa de conclusão, a emergência da noção, senão do conceito, de “saúde global” permite às comunidades científica e profissional recordar os princípios da saúde pública, entre eles o valor filosófico fundamental da equidade. Observações feitas em campo ao longo dos dez últimos anos, em especial quando da avaliação dos cinco anos do Fundo Mundial, permitiram constatar uma deriva da saúde mundial, em contradição com o princípio de equidade, na qual o paciente com aids, por exemplo, poderá beneficiar-se de medicamentos gratuitos no mesmo hospital em que um paciente com qualquer outra doença ou uma jovem gestante cujo parto se complica podem morrer em plena indiferença (Macro International, 2009; Kerouedan, 2010). Há aqui uma questão ética pouco abordada pelos dirigentes das instâncias públicas e privadas que escolhem, na prática, as pessoas e os pacientes que podem ser salvos,

conforme as ameaças e os riscos que esses pacientes representam (ou não) para as populações e a segurança das nações ricas – é o que se pode deduzir dos relatórios do Conselho Nacional de Inteligência dos Estados Unidos (NIC, 2000, 2002, 2003, 2008).

As autoridades sanitárias legítimas estão sobrecarregadas e não conseguem desempenhar o seu papel científico, técnico e regulador de fazer com que os financiadores públicos ou privados baseiem a alocação da ajuda em critérios objetivos, como a carga de morbidade ou de mortalidade, a população, a pobreza etc., em lugar de interesses geopolíticos, econômicos ou comerciais. O Institute for Health Metrics and Evaluation demonstra a desconexão que ocorre há anos entre a carga de doença e a repartição da ajuda mundial à saúde (IHME, 2013).

Recordemos que os médicos e diplomatas reunidos em Paris, em 1851, à mesa da primeira conferência sanitária internacional, reunião que funda sem dúvida a ideia de saúde mundial, foram confrontados às mesmas tensões entre interesses comerciais e proteção sanitária que a medida de quarentena, à época, buscava impor (Kerouedan, 2013). Todo o desafio é então, e cabe a todos compartilhar essa responsabilidade, o de reduzir ao mínimo esse paradoxo inerente à saúde mundial, em favor do desenvolvimento do potencial de equidade e de redução das desigualdades. A precariedade da situação na África, especialmente a francófona, merece toda a nossa atenção, sob pena de ver as instabilidades políticas e a pobreza alimentarem os conflitos (Kerouedan, 2012), o que já observamos largamente.

Assim, encontramos aqui um grande paradoxo da saúde mundial, cuja gênese encontra-se precisamente numa questão de saúde percebida à época como assunto de segurança nacional e internacional: de tanto querer se ocupar da segurança mundial em termos sanitários, os atores ditos filantrópicos talvez possam, de forma muito insidiosa mas

bastante concreta, contribuir também com a fragilização das entidades estatais dos países pobres, favorecendo assim a insegurança nacional e internacional, cuja preservação eles teriam adotado como objetivo.

Dominique Kerouedan

é professora da Paris School of International Affairs (PSIA – Sciences Po Paris), cátedra Geopolítica da Saúde Mundial do Collège de France (2012-2013).

Bibliografia

- ACSI – Aids, Security and Conflict Initiative. 2010. VIH/sida, sécurité et conflits: nouvelles réalités, nouvelles réponses. *Revue Migrations Forcées*, Supplément Spécial: VIH/sida, sécurité et conflits: établir les liens. Disponível em: <<http://www.fmreview.org/sites/fmr/files/FMRdownloads/fr/SIDA.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2016.
- 72 APHA – American Public Health Association. 2003. *Growth of international health. An analysis and history*. Washington, DC: APHA.
- ASPH – The Association of Schools of Public Health. 2011. *Global Competency Model*. Disponível em: <<https://www.publichealth.pitt.edu/Portals/0/Main/ASPH%20GH%20Competencies.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2016.
- ASPHER – The Association of Schools of Public Health in the European Region. 2010. *Provisional lists of public health core competencies. European Public Health Core Competencies. Phases 1 and 2*. Bruxelas: Aspher.
- _____. 2012. *Aspher's position paper concerning: the new European Policy for health – Health 2020 (Draft2)*. Bruxelas: Aspher.
- BALABANOVA, D. et al. 2010. What can global health institutions do to help strengthen health systems in low income countries?. *Health Research Policy and Systems*, n. 8, p. 22.
- BALIQUE, H. 2011. Le défi de la santé en Afrique subsaharienne et ses perspectives. In: KEROUEDAN, D. (dir.). *Santé internationale: les enjeux de santé au Sud*. Paris: Presses de Sciences Po.
- BANCO MUNDIAL. 1993. *Investir dans la santé*. Washington, DC: Banco Mundial.
- BOLLYKY, T. 2012. *Reinventing the World Health Organization*. New York/Washington, DC: Council on Foreign Relations.
- BROWN, T. et al. 2006. The World Health Organization and the transition from international to global public health. *American Journal of Public Health*, v. 96, n. 1.

- CLIFT, C. 2013. The role of the World Health Organization in the International System. Centre on Global Health Security. Working group on governance. *Working Group Papers*, 1. Disponível em: <https://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/public/Research/Global%20Health/0213_who.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2016.
- COMISSÃO EUROPEIA. 2010. Le rôle de l'UE dans la santé mondiale. Communication de la Commission Européenne au Conseil et au Parlement Européen, au Comité Économique et Social Européen et au Comité des Régions. Bruxelas. Disponível em: <http://ec.europa.eu/europeaid/sites/devco/files/communication-eu-role-in-global-health-com2010128-20100331_fr.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2016.
- FIDLER, D. 2010. *The challenges for global health governance*. New York/Washington, DC: Council on Foreign Relations. Disponível em: <<http://www.cfr.org/global-governance/challenges-global-health-governance/p22202>>. Acesso em: 13 jul. 2016.
- FORTES, P.; RIBEIRO, H. 2014. Saúde global em tempos de globalização. *Saúde e Sociedade*, v. 23, n. 2, pp. 366-75.
- GUILLAUMONT, P. 2013a. Quels objectifs pour le développement après 2015? Point d'étape et intégration de la durabilité environnementale. Communication à la Conférence conjointe du Ferdi-IDDRI-MAE. Paris.
- _____. 2013b. Les pays vulnérables dans l'agenda post 2015. *Ferdi Note Breve*, n. B66.
- GUILLAUMONT, P.; WAGNER, L. 2013. Measuring structural vulnerability to allocate development assistance and adaptation resources. *Development Policies Working Paper*. Ferdi, n. 68.
- HAINES, A. et al. 2011. European academic institutions for global health. *The Lancet*, n. 377, pp. 363-65.
- _____. 2012. From the Earth Summit to Rio +20: integration of health and sustainable development. *The Lancet*, n. 379, pp. 2189-197.
- HILL P. 2011. Understanding global health governance as a complex adaptive system. *Global Public Health*, v. 6, n. 6, pp. 593-605.
- HORTON R. 2012. "Offline": Global health-an end of term report. *The Lancet*, n. 379, p. 1934.
- IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation. 2013. *Financing global health 2012: The end of the Golden Age?*. Seattle: IHME.
- IOM – Institute of Medicine. 1997. *America's vital interest in global health: protecting our people, enhancing our economy, and advancing our international interests*. Washington, DC: IOM.
- _____. 2007. *Pepfar Implementation. Progress and promise*. Washington, DC: IOM.

- KEROUEDAN, D. 2009. Health and development financing. *The Lancet*, n. 374, pp. 435-36.
- _____. 2010. Les enjeux politiques de l'évaluation à cinq ans du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. *Médecine Tropicale*, n. 70, pp. 19-27.
- _____. 2011. Evolutions de l'architecture internationale de l'aide en faveur de la santé dans les pays en développement. In: KEROUEDAN, D. (dir.). *Santé internationale: les enjeux de santé au Sud*. Paris: Presses de Sciences Po.
- _____. 2012. La santé en Afrique: pourquoi la France et l'Europe devraient être plus engagés. In: MENASCE, D. (dir.). *Lutte contre la pauvreté, entre don et marché. FACTS Reports*. Disponível em: <<https://factsreports.revues.org/1238>>. Acesso em: 13 jul. 2016.
- _____. 2013. Géopolitique de la santé mondiale. Conférence inaugurale au Collège de France. Paris: Fayard.
- _____. 2014. La vocation altruiste dans un monde globalisé. Conférence inaugurale du Colloque International de Philosophie Politique Survie, Vie digne, Qualité de vie, dans les situations extrêmes d'inégalité globale. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=U0k4cv_fen8>.
- _____. 2015. Les bonnes pratiques de la "global health": améliorer la santé ou bien gérer l'argent?, In: KLEIN, A.; LAPORTE, C.; MARIE, C. (dirs.). *Les bonnes pratiques des organisations internationales*. Paris: Presses de Sciences Po.
- KEROUEDAN, D.; Brunet-Jailly, J. 2011. *Analyse de la pertinence et de l'efficacité des financements du Fonds Mondial en appui à la prévention du VIH/Sida en Côte d'Ivoire*. Rapport à l'Onusida. [s.l.].
- LIVINEC, B.; KEROUEDAN, D. 2015. Philanthrocapitalisme et santé, une générosité au service de la géopolitique néolibérale?. *Les Convivialistes*. Disponível em: <<http://www.lesconvivialistes.org/textes-et-debats/debats/175-philanthrocapitalisme-en-sante-une-generosite-au-service-de-la-geopolitique-neoliberal-par-bertrand-livinec-et-dominique-kerouedan>>. Acesso em: 11 jul. 2016.
- KICKBUSH, I. 2009. Prof. Ilona Kickbusch presents the Global Health Programme. Vídeo. Geneva: The Graduate Institute. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=6tPkt-ucnnc>>. Acesso em: 4 mar. 2016.
- KILLEN, B.; ROGERSON, A. 2010. Global governance for international development: who is in charge?. *Development Brief*, OCDE, n. 2.
- KOPLAN, J. et al. 2009. Towards a common definition of global health", *The Lancet*, n. 373, pp. 1993-995.

- LANDAU, J.-P. 2004. *Les nouvelles contributions financières internationales: financement et développement et taxations internationales*. Rapport au Président de la République. Paris: La Documentation Française (Collection des rapports officiels). Disponível em: <<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/044000440.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2016.
- MACRO INTERNATIONAL. 2009. *Global Fund 5-y Evaluation. The impact of collective efforts on the reduction of diseases burden*. Disponível em: <www.theglobalfund.org>.
- MIKKONEN, J.; Raphael, D. 2011. *Déterminants sociaux de la santé: les réalités canadiennes*. Toronto: École de Gestion et de Politique de la Santé de l'Université York.
- MCCOY, D. et al. 2012. *The Global Fund: what next for aid effectiveness and health systems strengthening?* Nairobi (Quênia): Aidsplan.
- NIC – National Intelligence Council. 2000. *The global infectious diseases threats and its implications for the United States*.
- _____. 2002. *The next wave of HIV/Aids: Nigeria, Ethiopia, Russia, India, and China*.
- _____. 2003. *SARS: down but still a threat*.
- _____. 2008. *Strategic implications of global health*.
- OCDE – Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico. 2005. *Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et l'harmonisation*. [et Programme d'action d'Accra (2008)]. Disponível em: <<https://www.oecd.org/fr/cad/efficacite/34579826.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2016.
- _____. 2009. *Aid for better health, what are we learning about what works and what we still have to do?* An Interim report from the Task Team on Health as a tracer sector. Working Party on Aid Effectiveness. Paris: OECD-DAC.
- ODI – Overseas Development Institute. Save the Children. 2012. *Charting the future. Empowering girls to prevent early pregnancy*. [by Elizabeth Presler-Marshall and Nicola Jones]. Disponível em: <<https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/7724.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2016.
- OMS – Organização Mundial da Saúde. 2001. *Commission Macroéconomie et Santé*. Présidée par J. Sachs.
- _____. 2010a. *Le financement des systèmes de santé: le chemin vers la couverture universelle*. Rapport sur la santé dans le monde. Genebra: OMS.
- _____. 2010b. *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais*. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Lisboa: OMS.

- _____. 2013. *WHO's role in global health governance*. Report by the director general. Executive board, Jan. 18.
- ONU – Organização das Nações Unidas. 2012. *The millennium development goals report*. New York: ONU.
- PIOT, P. 2011. Résumé de cours. *Chaire Savoirs contre pauvreté 2009-2010*. Collège de France. Chaires annuelles. Disponível em: <www.college-de-france.fr>. Acesso em: 10 jul. 2016.
- PORCHER, D.; KEROUEDAN, D. 2011. *Health financing evolving context, evolving methods*. A review of innovating financing for health. Ministère [francês] des affaires étrangères. Disponível em: <<http://docplayer.net/2371228-Health-financing-evolving-context-evolving-methods-a-review-on-innovative-financing-for-health.html>>. Acesso em: 11 jul. 2016.
- SCIENCES PO. 2016. *Global health concentration – Why offer training on global health at Sciences Po?*. Disponível em: <<http://www.sciencespo.fr/psia/content/global-health-concentration>>. Acesso em: 4 mar. 2016.
- SEN, A. 2000. Santé et développement. *Bulletin de l'OMS*, recueil d'articles n. 2.
- SRIDHAR, D. et al. 2012. Health governance. How the WHO can regain its relevance. *Foreign Affairs*. Disponível em <<https://www.foreignaffairs.com/articles/2012-05-24/healthy-governance>>. Acesso em: 4 mar. 2016.
- TCE – Tribunal de Contas Europeu. 2009. EC development assistance to health services in Sub Saharan Africa. *Special Report 10*, 2008. Luxemburgo: TCE.
- UNAIDS – Joint United Nations Program on HIV/Aids [Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids]. 2013. Global report: Unaid report on the global aids epidemic 2013. Disponível em: <http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.
- UNGASS – Sessão Especial da Assembleia Geral [da ONU]. 2001. Déclaration d'engagement pour la lutte contre le VIH/sida. Résolution de la session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies, June 27.
- WALLERSTEIN, I. 2009. *Comprendre le monde. Introduction à l'analyse des systèmes-monde*. Paris: La Découverte.
- WALT, G. 1998. Globalisation of international health. *The Lancet*, n. 351, pp. 434-37.
- YACH, D.; BETTCHER, D. 1998. The globalisation of public health, II: the convergence of self-interest and altruism. *Public health Policy Forum*, v. 88, n. 5, pp. 738-41.
- YU, D. et al. 2008. Investment in HIV/Aids programs: does it help strengthen health systems in developing countries? *Globalization and Health*, v. 4, n. 8, pp. 1-10.

PATIENT-CITIZEN-CONSUMERS: THE JUDICIALIZATION OF HEALTH AND THE METAMORPHOSIS OF BIOPOLITCS*

João Biehl

Critical global health

The people targeted by global health and development plans are not flat and homogenous, and are not just the source of problems or so-called cultural obstacles. People and the worlds they navigate and the outlooks they articulate are more confounding, incomplete, and multiplying than dominant analytical schemes tend to account for. Epistemological breakthroughs do not belong to experts and analysts alone; people's practical knowledges can help break open and transform paradigms, and may well provide the keys to an otherwise. Building from this commitment to people-centered knowledge production, in the book

77

* This article draws from a research project developed with Adriana Petryna, Mariana Peixoto Socal and Joseph Amon, and I am deeply grateful for their incredible collaborative efforts and sharp critical insights throughout the years. I am also thankful to Naomi Zucker for her wonderful editorial help. I presented an early version of this essay at a meeting of the working group on Critical Global Health Studies at Johns Hopkins University. Thank you to Jeremy Greene, Clara Han, and all participants for the lively discussion and helpful comments. Thank you, also, to Deisy Ventura for her editorial support. Whenever requested, the names of actors and institutions have been changed to protect their anonymity.

When people come first, anthropologist Adriana Petryna and I make the case for an ethnographic empirical lantern in the critical studies of global health (Biehl and Petryna, 2013b). That is, we advocate for charting the lives of individuals and institutions over time, chronicling people’s varied interpretations of their conditions, all the while denaturalizing operational categories and illuminating the concrete ways meso- and macro-level actors impinge on local worlds and become part of global orders (Biehl and Petryna, 2014).

Close attention to particular realities and to the various technologies and metrics in which they are cast highlights the productive and fraught coexistence between global health systems design and the alternative models people craft for “engaging the real... [and for] ‘worlding’ the world”, as Clifford Geertz (2007, p. 222) put it. They attune us to the places where global inequities and ideologies — neocolonialism, neoliberalism, governmentality, humanitarian reason — are reified, and to those categories’ limits. Ethnography can thus capture the active embroilment of reason, life, and ethics, offering entry points into the plasticity of systems, theorizers, and norm-makers themselves and leaving space for pursuing new forms of socially meaningful anthropological work in global health. Instead of withdrawing to a dispassionate “armchair” position and easily cynical dismissal, this kind of work inhabits the tension between a critique of and in global health, sustaining a space for critical inquiry and action, understanding and doing.

Over the years, these questions and concerns have informed my own ethnographic work, which has traced how science and technology move from the laboratory to health policy and popular discourse, and from professional medicine to domestic economies and the intimate realms of bodily experience, particularly in contexts of stark inequality. My major projects have explored the new geographies and politics of access and marginalization that have

emerged in Brazil alongside pharmaceutical globalization, particularly around mental illness and human immunodeficiency virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome – HIV/Aids (Biehl, 2005, 2007a, 2007b).

A major player in the politics of pharmaceuticals in the global South, and boasting a universal health care system guaranteed by law, Brazil has offered fertile ground for thinking through the often-unanticipated ways that people seek out treatment from the State and the market. So, with my “empirical lantern”, I have focused on the forms of mobilization and circuits of care through which poor patients and families struggle to make livable lives in wounded cities, attending to the social, technological, legal and political entanglements that enable transformation at various levels, alongside those that debilitate people or foreclose their life chances.

My current ethnographic project builds from these core concerns and addresses the meeting points of Medicine and Law in contemporary Brazil. I am particularly interested in how people work through available legal mechanisms and the Judiciary to claim access to medical technologies and care, and in how the Judiciary – in representing this emergent technological society – is becoming a critical site of politics. This article draws from collaborative multisited ethnographic research and legal analysis on what has been termed the judicialization of the right to health in Brazil and across Latin America.

79

The judicialization of health

“Judicialization increases health inequity.” So reads a recent headline in *Folha de S.Paulo*, one of Brazil’s most influential newspapers (Colucci, 2014). The report presents research on the growing phenomenon of lawsuits over access to medicines in the State of São Paulo, emphasizing that two thirds of these lawsuits are filed by people with private

health insurance or who attend private clinics, and concluding that they “originate from rich areas and concentrate on high-cost treatments”.

While the justiciability of socioeconomic rights is of increasing interest internationally, the volume of individual right to health lawsuits in Brazil stands out (Biehl et al., 2012; Dittrich et al., 2016; Gauri and Brinks, 2008; Pepe et al., 2010; Reveiz et al., 2013; Yamin and Gloppen, 2011). Tens of thousands of cases are brought to courts annually, particularly for access to pharmaceuticals. With the increasing number of cases has come controversy over the phenomenon and its consequences (Azevedo, 2007; Ferraz, 2009, 2011; Messeder, Osorio-de-Castro and Luiza, 2005; *The Economist*, 2011).

The article in *Folha de S.Paulo* presents judicialization as a scandal of the “haves” triumphing over the “have-nots”, a view promoted by government officials and public health scholars. For example, Brazil’s former Health Minister has said that lawsuits seeking medicines “take resources away from the poorest to benefit those who have more”. “It’s a kind of Robin Hood in reverse”, added São Paulo’s Health Secretary: “to take from the poor to give to those who can afford to pay for a good lawyer”. The director of Brazil’s Cochrane Center for evidence-based medicine has speculated that the pharmaceutical industry is responsible for judicialization: “Why does no one file a lawsuit for the government to give calcium to pregnant women and prevent hypertension? Because calcium does not cost anything, there is no lobby behind it” (Colucci, 2014).

According to such narratives, judicialization is driven by urban elites seeking high-cost drugs that are not part of governmental formularies. The people who judicialize are portrayed as well-off litigants exploiting the expansiveness of the country’s constitutional right-to-health, undermining public health policies and furthering private-sector interests that constrain and deplete good government.

In this article, I present empirical evidence that refutes narratives depicting judicialization as a harbinger of inequity and an antagonist of the public health system. I show that right-to-health-litigation is in fact a widespread practice, accessible even to the very poor. Judicialization has, to a large extent, become an alternate path for people to access health care when administrative mechanisms fail them, and it may actually serve as an instrument to hold the State accountable for workable infrastructures.

Reimagining political subjects

Over recent years, I have been working with research collaborators in the U.S. and Brazil to develop a quantitative and qualitative portrait of the people who are turning to judicialization and to illuminate their travails, particularly in the southern State of Rio Grande do Sul (Biehl, Socal and Amon, 2016; Biehl, 2013, 2016; Biehl and Petryna, 2013c). With a population of 11 million people, the State has seen a sharp increase in health-related lawsuits in the past decade, rising from 1,126 new cases in 2002 to 17,025 new cases in 2009. Roughly 70% of these lawsuits were for access to medicines (Biehl et al., 2012). By 2011, it had the highest number of health-related lawsuits in the country, with more than 100 thousand pending cases (Bassette, 2011).

What is extraordinary in right-to-health litigation is not simply its ever-growing numbers, but the fact that it allows for the reentry of human voices into public debates about the object and scope of the right to health, the nature of care through and beyond technology, and the public-private interface in contemporary governmental institutions. The experiences of lawyers, patients and families, doctors, advocates, policy makers, and judges do not and cannot perfectly cohere; the judicialization of health is not seamless, but it represents a heterogeneous phenomenon that compels sick people, laws, experts, officials, and medical technologies to

shuttle between the home, the hospital, public offices, and the courtroom, remaking those spaces and themselves. This “peopling of technologies” (Fischer, 2013), combined with the plasticity of jurisprudence, is thus fertile ground for exploring new forms of subjectivation and political action.

“If I hadn’t studied Philosophy, I would have studied Law”, the philosopher Gilles Deleuze stated in a series of interviews he gave in the late 1980s (Deleuze, 2011). Not the universal rights of man, Deleuze continued, but jurisprudence. “That’s what life is; there are no ‘rights of man,’ only rights of life, and so, life unfolds case by case.” While talk of universal rights is, for Deleuze, only empty intellectual abstraction – “it’s zero philosophically, zero” –, jurisprudence reveals people directly concerned with surviving and desiring in “concrete”, “abominable”, and “crazy” situations: “To act for freedom, becoming revolutionary, is to operate in jurisprudence when one turns to the justice system [...] That’s what the invention of law is.”

82

Jurisprudence is a domain of practical rights and involves a particular sort of immanence. The Latin root means a “knowledge” of law, and this knowledge can only be generated through the iterative process of bringing the law to bear on real-world contexts. Jurisprudence does not depend on an a priori subject; rather, the production of subjects is one effect of jurisprudence.

Nowhere were these shifting institutional and subjective forms more evident than in the class action suit that was filed on August 10th, 2001, on behalf of the Federal Public Ministry of Porto Alegre (Brazil), to secure access to gender-affirming care for transgender people. “I was the pioneer”, Luan, a transgender man, told me in a conversation in his home. Luan’s transition in the 1980s, still considered experimental by Brazilian health authorities at the time, required seven surgeries, all of which he had to pay for himself. “It made a 100% difference, I became a new

person.” All the identity documents from his previous life as a woman are now a “state secret”, Luan said – no one can access them. “That person has been erased.”

A retired teacher and a happily married man, Luan believes in the transformative power of politics. He has long been active in the Workers’ Party, but after a narrow loss in a campaign for city representative, he decided to focus his activism on poor women’s reproductive health. There were no established health services for transgender people during Luan’s transition in the 1980s, but his work paved the way for the founding of the “Program for Gender Identity Disorder” in 1997, the first program of its kind in Brazil. Although the clinic itself was founded through the efforts of a coalition of health professionals, Luan’s convictions became the seed of a new political collective: he was the founding president of the state’s transgender patients’ association. As an activist of an earlier generation, he did not benefit from an established political collective, he told me, and so he has become a mentor to younger transgender people as they face discrimination and precariousness of all kinds and traverse their own transformations.

83

Attorney Paulo Leivas, who led the team that filed the lawsuit, says that people do not trust the country’s administrative systems. He views his Public Ministry, by contrast, as a mechanism of critique that can make bureaucracies more “porous”. Leivas added that transgender people, unlike the gay activist groups that coalesced in the 1990s in response to Aids, did not organize to the same extent or find a collective political voice. He implied that his office played a key role in translating individual struggles, like Luan’s, into political ones. The lawsuit he filed argued that transition-related care was a medical necessity within a biomedical logic of gender identity disorder, and that access to the treatment was guaranteed under Brazil’s constitutional right to health.

On August 14th, 2007, Judge Roger Raupp Rios wrote the decision on this class action suit on behalf of a federal appellate court, which ordered the country's universal health care system to provide free access to transition-related care (Brasil, 2001). In his decision, however, Rios argued against the pathologization of gender variance, stating that "in reality, the biomedical perspective underlies the so-called 'gender binary'". Instead of focusing on the right to health, his ruling affirmed the more general rights of "liberty, equality, non-discrimination, and respect for human dignity" for transgender people. However, the Supreme Court would suspend this ruling, alleging that it improperly constituted policy-making, and stipulating, instead, that each case should be judged individually.

84

Both Leivas's lawsuit, which relied on a pathological understanding of transgender identity, and the edict of the Supreme Court, which rejected Judge Rios's claim to collective rights on a non-medicalized basis, hint at practical limits of judicialization, equating citizenship to individualized state-mediated access to the therapeutic market. Yet the discourse of Judge Rios's decision points to another possibility: a budding form of agency that speaks to the limits of normalization and control, as well as to the transgressive force of alternative collectives and of singularizing oneself out the population. In the wake of all this legal mobilization, in 2008, the Ministry of Health finally added transition-related care to the list of services provided by the public health system (Brasil, 2008).

Amidst shifting legal discourses and ongoing claims to rights, what kind of political subjects does judicialization thus render legible? Neither entirely controlled by nor fully accountable to the State or to the market, those who inhabit this new subject position use jurisprudence to negotiate their own naturalness, and to navigate the constraints and possibilities of a technological society. Working through

available legal mechanisms, they instantiate new socio-medico-legal domains to engage and adjudicate their demands, making abstract human rights concrete.

As Deleuze (2011) argued, universal human rights are fallacious; the capacity to act upon the law is what gives it efficacy. I am suggesting that the appearance of new political subjects in democratizing Brazil rests upon people's knowledge of the legal system and their capacity to act through it. This individual ability to act within the system is facilitated by translators or intermediary agents like Leivas and Rios. Such expert public representatives are able to assure access to legal technologies and the rights they afford, all the while translating critical theory into practice. As Rios invokes the "gender binary" in court, he takes up the language of gender theorists, turning the South into a kind of laboratory of alternative law. The mediation of multiple forms of knowledge within and across spheres here brings into the court new frames for imagining and demanding rights. These developments, in turn, end up consolidating the Judiciary as a critical site of politics – and political economy.

85

Patient-citizen-consumers

A retired bus driver, Edgar Lemos, lives in a lower-middle-class neighborhood of the state capital, Porto Alegre. Dealing with significant motor difficulties, Edgar had to wait for more than a year for an appointment with a neurologist at a nearby public hospital. He was finally diagnosed with hereditary cerebral ataxia in November 2008, and was prescribed the drug Somazina, which is not included on any governmental drug formulary. Raised in a destitute family, Edgar had worked since the age of eight. He was proud of the gated brick and mortar house he had built himself on the top of a hill. Edgar's ataxia affected not only his mobility but also his sense of dignity and worth, as it made him dependent on the care of his wife and two adult daughters.

While Edgar felt that Somazina was helping to halt the degeneration of his motor abilities, he was also taking other drugs, from statins to antihypertensives to antidepressants, to soothe additional symptoms.

At his dining room table, Edgar opened a box containing the five medicines that make up his regimen. As he held each one in turn, he said, “This one I don’t judicialize, this one I don’t judicialize [...] This one I don’t judicialize [...] I only judicialize this medicine because I got into debt paying for it.” A monthly supply of Somazina costs about 200 dollars. After paying for the drug out of pocket for several months, Edgar had to take out a bank loan. Unable to keep up with household expenses and the interest on his loan, he said that he had “no alternative but to judicialize”, and filed a lawsuit with the help of the Public Defender’s Office.

86 Edgar’s case speaks to both an emergent form of political subjectivity and its points of contact with the public sphere. His case was handled by attorney Paula Pinto de Souza, who says that the Public Defender’s Office has become “a juridical hospital”. As an advocate for the poor and chronically ill, she considers it her job to ameliorate suffering and to restore her client’s rights. “The person”, she explains, “comes here sick and wronged by the failure of public policies. We are beyond preventive medicine here and the concept of health as physical, mental and social wellbeing is no more.”

A district judge issued a court injunction on Edgar’s behalf, and he received the medicine for several months, until “the delivery stopped”. He then filed a new claim, winning another injunction for three additional months of treatment. As for why he was not judicializing the other drugs he was taking, Edgar reasoned, “I know that the State cannot give everything to everyone. I have to do my part and pay for whatever I can.”

The lawsuit is only one part of Edgar's labyrinthine treatment ordeal, and even the efficacy of his own medication was uncertain. Judicialization is not an attractive option to begin with. Although it saves him money, Edgar must periodically renew the lawsuit, with no guarantee that drug delivery will continue. In some sense, Edgar prefers the position of consumer to that of citizen, as it gives him more control and confidence. The market, in this case, is more reliable than the welfare state. The medicine box is Edgar's survival kit. Yet what does not fit in this box is the psychosocial care, for example, that could help Edgar improve his quality of life as the disease progresses. A lawsuit would not help him gain access to such services.

Stories like Edgar's illuminate the complex and overlapping subject positions that individuals occupy as they procure precarious access to treatment through the market and the courtroom, balancing clinical needs with shifting boundaries of personal and public responsibility. While examining tense negotiations of the constitutional right to health in daily life, I often had a sense that social roles and institutional positions were out of place: the Judiciary was acting as a sort of pharmacy, the public defender as a physician, the physician as an activist, the patient association as legal counsel; the patient-citizen was becoming a consumer, and cost-cutting public officers had kidnapped the discourse on equity.

87

The metamorphosis of biopolitics

Michel Foucault's tentative reflections on biopolitics and neoliberalism (Foucault, 2008) are helpful in grappling with these novel medico-socio-legal realities and translocations. In neoliberal societies, Foucault (2008, p. 30) posits, the market is left to function with the least possible intervention so that it can "both formulate its truth and propose it to governmental practice as rule and norm". Henceforth,

he argues, “good government is no longer simply government that functions according to justice” (p. 32); rather, it is the free market that “binds and manifests political bonds” (p. 85). Civil society is thus reduced to a transactional realm of free, self-interested subjects.

The realities I chronicled in Brazil in some ways confirm this move toward increasingly marketized versions of politics and citizenship. Yet they also contravened Foucault’s reflections, marking a surprising return of the juridical subject in late-liberal political economies. Here, the shift that Foucault suggests from people to population, and from *homo juridicus* to *homo economicus*, does not hold as neatly as he wants it to. In the judicialization of health, the penetration of market principles in the delivery of care is unexpectedly aligned with the juridical subject of rights. The rational choice-making economic subject (necessarily a consumer of technoscience) is at the same time the subject of legal rights. The right to living is thus claimed somewhere in between the clinic, the court, and the marketplace. What do these processes of judicialization mean for how anthropologists approach the study of politics and engage with ongoing debates, inside and outside the academy, about the relationship of health to human rights and social justice? How are the interpenetrating domains of health, therapeutic markets, and the law emerging as implicit and explicit sites for claiming political rights and confronting infrastructural failures?

There is no predetermined strategy of control in what I came to think of as a judicial para-infrastructure. With this term, I mean to call attention to, and account for, the interstitial domain of political experimentation that becomes visible in people’s case-by-case attempts to “enter justice” in Brazil. Norms are constantly in flux, and numerous parties – State and market institutions as well as experts, legal representatives, and patient-citizens – may manipulate various levers of access. Widespread right-to-health litigation

thus reveals the possibility for individually-driven inclusions which puncture the public space of populations – not by introducing new norms, but by leveraging existing ones through case-based jurisprudence. In this emergent form of mobilization, people instrumentalize or eschew collective roles, elude institutions manipulated by market-driven state functionaries, and claim rights through their own needs. Although precarious, such para-infrastructures significantly inform people’s ways of living in the context of ailing or inadequate public institutions, revealing the scope and reach of governance in real time. How, then, do we understand this new kind of juridico-political order emanating from the global south?

Pharmaceuticalization

Let me place these questions – if only cursorily – in historical perspective. Two concurrent and paradoxical trends informed the structure of Brazil’s universal health care system (known as SUS – Sistema Único de Saúde) which extended health coverage to all citizens in the late 1980s. On the one hand, there was a trend towards a greater recognition of the role of government in the fulfillment of social rights in the democratic Brazilian Constitution of 1988. On the other hand, a neoliberal theory of government emphasized decentralization and outsourcing of State functions to the private sector. While the Federal Government assumed a central role in public healthcare funding, regional and municipal health secretariats had to develop new structures to assess health needs and to manage funds for the delivery of care. This arrangement produced a delegation of responsibility without ensuring funding compliance or technical capacity for implementation.

Thus, although Brazil today has highly progressive health policy, many people go to public pharmacies only to find that essential medicines are out of stock and that

the newer medicines they seek – as in Edgar’s case – are not included in official drug formularies. Today, the various tiers of government (municipal, state, federal) are responsible for purchasing and distributing medicines according to specific formularies (Brasil, 2010; Porto, Uga, and Moreira, 2011). In practice, governments at all levels have not been able to effectively manage a complex health care system under increasing technological, infrastructural and economic demands from the public and private sectors, which themselves are becoming increasingly indistinguishable.

Public opinion has rallied against the overworked and under-resourced health care system. As Brazil’s current crisis shows, state resources are being used and depleted to shore up particular political projects and interests (Nobre, 2013; Romero, 2015), while the public continues to insist on the need of infrastructural developments and the importance of social services; as a recent survey showed, an overwhelming 45% of Brazilians list health as the country’s principal concern (Leite, 2014).

As I documented in the book “*Will to live: Aids therapies and the politics of survival*” (Biehl, 2007a), Aids activists were among the first to successfully equate the constitutional right to health with access to pharmaceuticals (Luo et al., 2014). And this form of activism has fast migrated not just to other patient advocacy groups, but to the general population (Messeder, Osorio-de-Castro, and Luiza, 2005). Prior to the availability of antiretroviral drugs (ARVs), the fight against HIV in Brazil emphasized knowledge, empowerment, and the recognition of how stigma and social marginalization led to infection. However, these are hard issues to address, and as ARVs became more readily available, the emphasis of the response shifted to a more biomedical, less comprehensive approach. What we are seeing now in Brazil is how this biomedical shift has affected the way various health issues are conceptualized and addressed.

In terms of both delivery and demand, public health is now understood less as prevention and primary care and more as access to medicines and community-outsourced care; that is, public health has become increasingly pharmaceuticalized and privatized (Biehl, 2007b; Biehl and Petryna, 2014). In this process, the country is becoming a profitable platform for global medicine, with one of the fastest-growing pharmaceutical markets in the world (Sindusfarma, 2012). It is estimated that almost 50% of adults in Brazil (about 60 million people) use pharmaceuticals on a daily basis. The judicialization of the right to health does not resist or belie these trends, and critics have repeatedly asserted that it is an elite phenomenon which generates enormous administrative and fiscal burdens, distorts pharmaceutical policies, widens inequalities in health care access, and encourages irrational drug use.

Judicialization from below and the quest for State accountability

91

There is an emerging body of scholarship on right-to-health litigation, but most studies tend to corroborate the views of public health administrators (Campos Neto et al., 2012; Chiefi and Barata, 2009, 2010; Ferraz, 2009; Gomes and Amador, 2015; Da Silva and Terrazas, 2008; Vieira and Zucchi, 2007; Wang and Ferraz, 2013). Yet the evidence for these claims is too-often obscured by ideological arguments and constrained by small samples, limited geographic coverage, and the examination of too few variables. Throughout these works – which are ostensibly concerned with fairness and equity –, individual demands are presented as the antithesis of a supposed collective need, and actual people – their health-seeking struggles, hopes, and outcomes – are nowhere to be found.

Wedded to evidence-based public health, many of these critics fail to recognize that right-to-health litigation can be an urgently needed corrective when administrative channels

fail people, and that judicialization can itself be a source of practice-based evidence, offering clues on how to improve health systems. People-centered approaches can link us to a register of social change that need not pass by way of the distantly removed mechanisms of State or political economy.

To respond to the need for more realistic knowledge of the struggle to realize the right to health, our team created two databases of lawsuits requesting medicines from the State of Rio Grande do Sul. The first was a convenience sample of 1,080 cases (see Biehl et al., 2012). To create our second database, we accessed the Health Secretariat's electronic registry and, after selecting a random starting point, we systematically collected every sixth case opened during 2008 – totaling 1,262 cases in the sample (Biehl, Social, and Amon, 2016). The results of our analysis of this database – which represents the largest number of lawsuits seeking access to medicine in Brazil to date – challenge many common assumptions about right-to-health litigation in Brazil, offering an empirical counter to widely circulated views.

92

Of this litigant population, 54% were female and 92% lived outside the state capital, showing how geographically widespread the phenomenon is. Individuals who judicialize are also predominantly older. While past research has suggested that right-to-health litigation in Brazil is, for the most part, a practice of the financially better off, our findings show this to be false, at least in southern Brazil. Among the plaintiffs who reported their employment status, more than half were either retired or unemployed. Although we did not have direct data on income, 58% of plaintiffs were represented by the Public Defender's Office, which provides free legal assistance only to individuals proven to live below the poverty line.

Our data also countered misconceptions about the character and cost of medications sought. Overall, 73% of all plaintiffs requested at least one medicine that was part of

governmental drug formularies (on-formulary). Forty-one percent of the plaintiffs requested on-formulary medicines exclusively, while 27% (like Edgar) requested off-formulary medicines exclusively. The vast majority of cases (80%) indicated that treatment was requested for a continuous duration, reflecting the chronic character of the diseases that afflict these patient-citizens. The medicines most frequently requested were for common problems such as asthma, hypertension, cholesterol, and mental illness. They were part of official drug formularies and had therapeutic protocols defined by the Ministry of Health. Most patients had comorbidities and required multiple medicines (an average of 2.7 per lawsuit).

These results suggest that government pharmaceutical programs are failing to fulfill their role of expanding access and rationalizing use, and that the poor are trying to make the system redress this failure. Contrary to common claims, litigants mostly sought low-cost drugs. Like Edgar, the vast majority (75%), requested medicines with a monthly cost below 250 dollars. High-cost lawsuits composed the minority of the sample. Overall, on- or off-formulary medicines did not diverge significantly in terms of cost.

Just as the majority of plaintiffs requested medicines that were part of governmental drug formularies, a large number of plaintiffs also initially tried to secure treatment through local administrative channels. Eighty-five per cent of lawsuits included a physician-issued prescription or a report confirming the need for treatment. Strikingly, in almost all of the lawsuits, the judges granted the plaintiffs an immediate injunction demanding the State provide the requested drugs, explaining that this was consistent with Brazil's constitutional obligations to fulfill the right to health.

To investigate whether judges took governmental norms for drug provision into consideration, we also analyzed the frequency with which judges ruled on the provision

of generics. In the 837 rulings in which there was explicit reference to the drug form, judges mandated the provision of generics in 76% of cases. Concerned with whether judicialization leads to policy reforms, we checked whether the 329 off-formulary medicines that had been requested by the plaintiffs in 2008 were subsequently introduced in the public health system. By 2014, 18% of these medicines had been incorporated into the governmental formularies. Among the 20 most frequently requested off-formulary medicines in our sample, seven have been incorporated into governmental formularies since 2008, including the most expensive one.

Counter to prevailing narratives, our results thus reveal a process of “judicialization from below”, stemming from low-income and older individuals who do not live in major metropolitan areas, and who depend on the State to provide their legal representation. In addressing a dysfunctional health system that fails to provide for their needs, poor patients face the option of exiting the public system (seeking private sector alternatives), or voicing concerns through cumbersome and slow political and participatory mechanisms like voting or community councils. Our study shows that through right-to-health litigation, some Brazilian citizens are finding new ways of concretizing voice (Hirschman, 1970) through a process of “entering justice”, acting as political subjects to hold the State accountable and exposing the realpolitik of executive and legislative bodies.

Like attorney Paula Pinto de Souza, Judge Eugênio Terra (who oversees all health-related lawsuits in Porto Alegre), finds that lawsuits are largely filed by poor and desperate patients seeking treatments that should be available in the public system. “I am doing social justice, one by one”, he told me in an interview. “When I am issuing an injunction for cancer treatment provision, I am also indicting services that have not kept up with people’s needs.”

Our study also showed that when patients sought new technologies not yet included in (obsolete) benefits packages, the State tended to incorporate the requested technologies into official policies posteriorly. While in no way a magic bullet for broader structural political problems, judicialization can thus be understood as a crucial mechanism of both accountability and responsiveness, highlighting gaps in the system and sometimes – however modestly – addressing them.

It is possible that the presence of strong, accessible and widespread public institutions such as the Public Defender's Office act as important enablers of judicialization. Rio Grande do Sul has a much higher volume of right-to-health litigation than other Brazilian states. These differences reflect the varied performance of the decentralized health care system throughout the country, as well as the significant differences in economy, demography and administrative capacity within and across the twenty-six Brazilian states. Our research suggests that there is likely a relationship between stronger public institutions and more intense judicialization and, thus, while judicialization may reduce inequalities within a State, it might have little impact on inequalities across states. At the very least, the heterogeneity of right-to-health litigation across Brazil suggests a need for more nuanced and in-depth analysis of its drivers and implications at local levels.

95

Social becoming

Sixteen-year-old Leticia and nine-year-old Katiele are the daughters of Marizete and Neri, part of a migrant family living on the outskirts of Porto Alegre. Both suffer from phenylketonuria or PKU, a metabolic genetic disorder. The difference is that the younger sister, Katiele, was immediately diagnosed and treated with a combination of diet and medication; Leticia, the elder, was not, and she now

suffers from severe intellectual disability. Leticia was only diagnosed because her sister was born after screening had become mandatory, and the special baby formula needed to prevent the development of the disease had become universally available via the public health care system.

In the State of Rio Grande do Sul, about 120 patients need this formula. But given distribution problems, 25 families had to file lawsuits to ensure access. We interviewed all these litigant families who, for the most part, live in the interior and are in fact poor. Like Marizete and Neri, they all have low levels of formal education. But this does not stop them from judicializing.

Marizete and Neri told us that they were receiving the baby formula through the health system, but they had decided to file lawsuits to obtain the special food (like pasta and flour) that is vastly more expensive than the common foods that the sisters are unable to eat, and which took up much of the family's budget. Once, when the State failed to make the formula available, the couple considered filing a lawsuit for it, as well. At the very last moment, however, the family decided not to because Doctor Paula Vargas, the girls' beloved physician, and other families lent them their own formula until distribution resumed. As Marizete puts it, "When one mother gets something she teaches the others. So one keeps helping the other, until we get it."

Leticia and Katiele's family found something that they identified as preferable to going through the courts: a caring and aware health professional and a social network. Doctor Vargas helped to create and sustain solidarity among her patients, facilitating the sharing of the formula and mutual support among families living with PKU. "When the formula is lacking, families can call me any time and I'm sure I can do something even when the State is not doing its job", Dr. Vargas told me. "These patients simply cannot go without the treatment. It would be a crime."

As the cases of Edgar, Leticia, and Katiele show, the booming number of right-to-health lawsuits simultaneously reveals the weakness of administration and policy in Brazil, and highlights the ways in which the Judiciary has indeed become a powerful purveyor of access to medical technology. They also bring into focus the problems with a widespread reductionist approach to care: in spite of its universality, health care delivery is stuck in an access and volume mindset, rather than focusing on value delivered to patients (Kim, Farmer, and Porter, 2013). Yet, new social forms are emerging at the interface of right-to-health-litigation, medical technology, and the State. Where institutions fail, communities articulate fragile and short-range solutions—and these solutions can teach us that social ties are often the last and best resource in the face of disregard and the will to survive and care.

Counter-conducts

Policy makers contend that the Judiciary is overstepping its role, and that judicialization skews budgets and increases inequalities in health care access. However, many local judges working on right-to-health cases feel they are responding to State failures to provide needed medicines, and that these waves of lawsuits are a milestone in the democratization of a culture of rights. For these judges, the poor Brazilians who are working through modes of legally-arbitrated justice to access health care are not just fighting against legalized privileges and legitimated inequalities. Rather, they see widespread litigation as the expression of a distinct, equalizing legal system and of a novel rights-conscious society.

But for Miriam Ventura, who was one of the first lawyers to pursue litigation on behalf of Aids patients, “judicialization today is a question of individual consumption”. The judicial activism of the 1990s used individual lawsuits to lay broad claim to collective rights and the demand of health

policy solutions, she told us in an interview. While Aids judicial activism created “a strong subject of rights [...] so that those people could be recognized as citizens”, contemporary judicialization no longer represents that kind of social mobilization, she lamented. Even for patient associations, “the Judiciary is not treated as a political instrument, it is merely instrumental”.

In her critique, Ventura assumes a certain kind of political subject, one who recognizes and represents him or herself as such, and she regrets the dying out of the civil society paradigm for politics. But is there another possibility for citizenship in Brazil today that can navigate between a State that presents itself as activist and socially protective (beyond the minimum neoliberal State) and emerging therapeutic markets via local solidarities?

98 In the final lecture of *Security, territory, population*, Foucault (2007) intimated that future forms of civil “counterconduct” might emerge in response to crises of governmentality. He leaves unanswered the forms that such counterconducts may take, unsure of what modalities of struggle or resistance could possibly be efficacious in a neoliberal landscape. He recognized only that any such attempt would have to find new openings in the machinations of the State. Perhaps the stories of these patient-citizens, with their fusion of sociability and instrumentality, may provide a window onto one such possibility.

Medical commodities can also work in tandem with other ways of claiming rights and normalcy, and desperate and creative interactions occasion novel public sites alongside the emergence of novel political subjectivities. Twelve-year-old Alexandre suffers from mucopolysaccharidosis (MPS), an inherited metabolic disorder. If access to Aids therapies was the litmus test of the right to health in the 1990s, today it is access to genetic therapies (Biehl and Petryna, 2013c; Diniz, Medeiros, and Schwartz, 2012). Every week, the fourth

grader travels with his mother, Cleonice, to Hospital de Clínicas in Porto Alegre, where he receives enzyme replacement therapy, a treatment that costs about 200 thousand dollars per year. Because of his age, Alexandre was not allowed to enroll in a clinical trial taking place at the hospital. Without “the right to be researched”, as the mother of another MPS patient put it, Alexandre became a patient-litigant.

With the legal support of a well-organized patient association in São Paulo (partially funded by the drug manufacturer), the family won a court injunction forcing the Federal Government to begin providing the therapy. Like all parents of MPS children we spoke to, Cleonice suggested that not obtaining this treatment would be unconscionable and tantamount to killing her child. She knew that the federal attorneys would appeal and was ready for the struggle: “Besides entering the Judiciary, we also entered the media.” Cleonice has taken Alexandre’s cause to all possible media outlets, and is also using his condition to educate neighbors, local medical personnel, and officials about the meaning of, in her words, “citizenship” and a “normal life”. “She is a good mother”, says Alexandre, who is thriving in school and seems to be responding positively to treatment.

99

Health is a major concern for the new Brazilian population, and right-to-health litigation is a widespread practice, accessible even to low-income patients. Judicialization has become both a last resort and an alternate path to access to health care in the context of a progressive universal health system that coexists with a problematic decentralization, and in which an accelerated pharmaceuticalization and privatization of care has taken the place of infrastructural reform.

The patient-citizen-consumers I introduced throughout the article, and thousands of others, find their way into the

Judiciary reluctantly, tinkering with available human and material resources, and the judicialization of health has become a para-infrastructure through which the chronically ill and various public and private actors come into contact, face off, and enact “one by one” rescue missions. By striving to escape exclusions and remedy the failures of the State, litigants may not be establishing an immanent civil society, but they are establishing themselves as people. They are working to reintroduce human voices into public debates about the right to health and its tenuous limits. This minimum biopolitical belonging is part and parcel of the immanent fields people invent to live in as they navigate the vagaries of market inclusion and survival. As ethnographers, we must attend to these forms of statecraft, and to the kinds of evidence and political subjectivities built into the para-infrastructure of rights and interests that the judicialization of health has occasioned.

100

Countries have legitimate concerns about regulating new and high-cost medicines, and resource constraints mean that trade-offs will inevitably occur (Dittrich et al., 2016; Yamin, 2014). They face difficult decisions about allocating funding for pharmaceuticals or towards targeting the social determinants of health, especially within contexts of aging populations, increasing life expectancies, and the rise of non-communicable diseases. Brazil’s experience highlights the importance of ensuring explicit and functional mechanisms for participation, transparency and accountability in health systems. It also illustrates the significant role of counter-publics and the Judiciary in monitoring the quality of health care and assessing the need for new medical technologies amidst competing and contested considerations of value, cost-effectiveness and efficiency.

People refuse to be stratified out of existence, using any means available to poke holes in the macro models and population-level calculations that would hold their lives

captive or delimit their chances. These hard-to-pin-down patient-citizen-consumers speak to novel forms of social becoming at the interface of Law and Medicine. Their medico-legal trajectories show that politics matters differently to a growing number of sick low- and middle-income Brazilians. Their stories also illuminate the temporal dimensions of medical technologies, and the power of these technologies to remake subjectivities and social worlds, as they open up new spaces for claim making, contestation, and ethical problematization.

It is only through critical ethnographic work that such stories, trajectories, and mechanisms come into view. Going against the grain of appearances and affirming dissensus, this study thus illuminates the improvised quality of late liberal democratic institutions of government and challenges the remodeled logics of today's inequality. It also breaks open a distinct sense of public mobilization and politics in-the-making, where people, amid dire infrastructural conditions, find means of holding the State locally accountable.

101

João Biehl

is Susan Dod Brown Professor of Anthropology and Faculty Associate of the Woodrow Wilson School of Public and International Affairs at Princeton University. He is also the co-director of Princeton's Global Health Program.

References

- AZEVEDO, S. 2007. Remédios nos tribunais. *Revista Época*, Dec. 12. Available at: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,ERT59499-15257,00.html>>. Accessed on: March 6, 2016.
- BASSETTE, F. 2011. RS reúne metade das ações judiciais de saúde. *O Estado de S. Paulo*, Apr. 29. Available at: <<http://www.estadao.com.br/noticias/geral,rs-reune-metade-das-acoes-judiciais-de-saude-imp-,712418>>. Accessed on: March 6, 2016.
- BIEHL, J. 2005. *Vita: life in a zone of social abandonment*. Berkeley: University of California Press.

- _____. 2007a. *Will to live: Aids therapies and the politics of survival*. Berkeley: University of California Press.
- _____. 2007b. Pharmaceuticalization: Aids treatment and global health politics. *Anthropological Quarterly*, v. 80, n. 4, pp. 1083-126.
- _____. 2013. The judicialization of biopolitics. *American Ethnologist*, v. 40, n. 3, pp. 419-36.
- _____. 2016. The postneoliberal fabulation of power: on statecraft, precarious infrastructures, and public mobilization in Brazil. *American Ethnologist*, v. 43, n. 3, pp. 437-50.
- BIEHL, J.; PETRYNA, A. (eds.). 2013a. *When people come first: critical studies in global health*. Princeton: Princeton University Press.
- _____. 2013b. Critical global health. In: BIEHL, J.; PETRYNA, A. (eds.). *When people come first: critical studies in global health*. Princeton: Princeton University Press.
- _____. 2013c. Legal remedies: therapeutic markets and the judicialization of the right to health. In: BIEHL, J.; PETRYNA, A. (eds.). *When people come first: critical studies in global health*. Princeton: Princeton University Press.
- _____. 2014. Peopling global health. *Saúde e Sociedade*, v. 23, n. 2, pp. 376-89.
- BIEHL, J.; SOCAL, M. P.; AMON, J. J. 2016. The judicialization of health and the quest for State accountability: evidence from 1,262 lawsuits for access to medicines in Southern Brazil. *Health and Human Rights*, v. 18, n. 1, pp. 209-20.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 2008. *Portaria n° 1.707*. Available at: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html>. Accessed on: March 6, 2016.
- _____. 2010. *Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas*. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério Público. 2001. *Apelação cível n° 2001.71.026279-9/RS*. Brasília: Ministério Público Federal e União.
- CAMPOS NETO, O. H. et al. 2012. Doctors, lawyers and pharmaceutical industry on health lawsuits in Minas Gerais, Southeastern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, n. 5, pp. 784-90.
- CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. C. B. 2009. "Judicialization" of public health policy for distribution of medicines. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 8, pp. 1839-49.
- _____. 2010. Legal suits: pharmaceutical industry strategies to introduce new drugs in the Brazilian public healthcare system. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, n. 3, pp. 421-28.

- COLUCCI, C. 2014. Judicialização faz desigualdade na saúde avançar. *Folha de S.Paulo*, mar. 29. Available at: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/especial/158639-judicializacao-faz-desigualdade-na-saude-avancar.shtml>>. Accessed on: March 6, 2016.
- DA SILVA, V. A.; TERRAZAS, F. V. 2008. Claiming the right to health in Brazilian Courts: the exclusion of the already excluded. *The Social Sciences Research Network* (SSRN). Available at: <http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1133620>. Accessed on: March 6, 2016.
- DELEUZE, G. 2011. *Gilles Deleuze from A to Z*. USA: Semiotext(e).
- DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; SCHWARTZ, I. V. 2012. Consequences of the judicialization of health policies: the cost of medicines for mucopolysaccharidosis. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n. 3, pp. 479-89.
- DITTRICH, R. et al. 2016. The international right to health: what does it mean in legal practice and how can it affect priority setting for universal health coverage? *Health Systems & Reform*, v. 2, n. 1, pp. 23-31.
- FISCHER, M. M. J. 2013. The peopling of technologies. In: BIEHL, J.; PETRYNA, A. (eds.). *When people come first: critical studies in global health*. Princeton: Princeton University Press.
- FERRAZ, O. L. M. 2009. The right to health in the courts of Brazil: worsening health inequities? *Health and Human Rights Journal*, v. 11, n. 2, pp. 33-45.
- _____. 2011. Harming the poor through social rights litigation: lessons from Brazil. *South Texas Law Review*, v. 89, n. 7, pp. 1643-68.
- FOUCAULT, M. 2008. *The birth of biopolitics: lectures at the Collège de France 1978-1979*. New York: Palgrave Macmillan.
- _____. 2007. *Security, territory, population: lectures at the Collège de France 1977-1978*. New York: Palgrave Macmillan.
- GAURI, V.; BRINKS, D. M. 2008. *Courting social justice: judicial enforcement of social and economic rights in the developing world*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- GEERTZ, C. 2007. To exist is to have confidence in one's way of being: rituals as model systems. In: CREAGER, A.; LUNBECK, E.; WISE, M. N. (eds.). *Science without laws: model systems, cases, exemplary narratives*. Durham: Duke University Press.
- GOMES, V. S.; AMADOR, T. A. 2015. Studies published in indexed journals on lawsuits for medicines in Brazil: a systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. 3, pp. 451-62.
- HIRSCHMAN, A. O. 1970. *Exit, voice, loyalty: responses to decline in firms, organizations and states*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- KIM, J. Y.; FARMER, P.; PORTER, M. 2013. Redefining global health care delivery. *Lancet*, v. 382, n. 9897, pp. 1060-1069.

- LEITE, M. 2014. Datafolha aponta saúde como principal problema dos brasileiros. *Folha de S.Paulo*, March 29. Available at: <<http://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2014/03/1432478-datafolha-aponta-saude-como-principal-problema-dos-brasileiros.shtml>>. Accessed on: March 6, 2016.
- LUO, J. et al. 2014. Antiretroviral drug expenditure, pricing and judicial demand: an analysis of federal procurement data in Brazil from 2004-2011. *BMC Public Health*, v. 14, pp. 367.
- MESSEDER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L. 2005. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 2, pp. 525-34.
- NOBRE, M. 2013. *Imobilismo em movimento: da abertura democrática ao governo Dilma*. São Paulo: Companhia das Letras.
- PEPE, V. L. E. et al. 2010. Characterization of lawsuits for the supply of “essential” medicines in the State of Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, pp. 461-71.
- PORTO, S. M.; UGA, M. A. D.; MOREIRA, R. S. 2011. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 9, pp. 3795-806.
- RANCIÈRE, J. 2001. Ten theses on politics. *Theory and Event*, v. 5, n. 3, pp. 1-16.
- REVEIZ, L. et al. 2013. Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 33, n. 3, pp. 213-22.
- ROMERO, S. 2015. Scandals in Brazil prompt fears of a return to turmoil. *The New York Times*, Aug. 12.
- SINDUSFARMA – Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo. 2012. *Indicadores econômicos: vendas em dólares (US\$)*. Available at: <<http://www.sindusfarmacomunica.org.br/indicadores-economicos>>. Accessed on: March 6, 2016.
- THE ECONOMIST. 2011. An injection of reality. Jul. 30. Available at: <<http://www.economist.com/node/21524879>>. Accessed on: March 6, 2016.
- VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. 2007. Distortions to national drug policy caused by lawsuits in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 2, pp. 214-22.
- WANG, D. W. L.; FERRAZ, O. L. M. 2013. Reaching out to the needy? Access to justice and public attorneys’ role in right to health litigation in the city of São Paulo. *SUR International Journal on Human Rights*, v. 10, n. 18, pp. 159-79.

YAMIN, A. E. 2014. Promoting equity in health: what role for courts? *Health Human Rights*, v. 16, n. 2, pp. 1-9.

YAMIN, A. E.; GLOPPEN, S. 2011. *Litigating health rights: can courts bring more justice to health?* Cambridge, MA: Harvard University Press.

SAÚDE GLOBAL E DIREITOS HUMANOS: O PRIMEIRO CASO SUSPEITO DE EBOLA NO BRASIL

Deisy Ventura e Vivian Holz hacker

A recente epidemia de Ebola ocorrida na África Ocidental (2014-2015) constitui um privilegiado laboratório para o estudo da saúde global sob a perspectiva dos direitos humanos. Entre as diversas dimensões do fenômeno, destacamos duas grandes agendas de pesquisa.

A primeira delas compreende os estudos emergentes sobre a relação entre Ebola e direitos humanos nas regiões mais atingidas. A rápida disseminação da doença deriva em grande parte da escassa efetividade dos direitos humanos, em especial a relacionada à pobreza, à dificuldade de acesso a tratamento e medicamentos, à falta de saneamento básico e água potável, além da urbanização desordenada. Destacam-se as publicações sobre o fracasso da cooperação internacional para o desenvolvimento no campo da saúde (Kerouedan, 2015) e o papel das instituições financeiras internacionais no desmantelamento dos sistemas nacionais de saúde dos Estados mais atingidos (Kentikelenis et al., 2015). Além do significativo impacto sobre o direito à vida e à saúde, a crise sanitária engendrou outros tipos de violação, a exemplo das medidas

quarentenárias em condições desumanas e degradantes adotadas pela Libéria na favela de West Point, em Monróvia; ou as chamadas “leis anti-Ebola”, adotadas pelo Parlamento de Serra Leoa, que criminalizaram, entre outras condutas, a omissão em informar às autoridades a existência de parentes ou vizinhos doentes.

A segunda grande agenda de pesquisa aborda a repercussão da recente epidemia fora de seu epicentro. Desde 2007, com a vigência do novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI), o combate à propagação internacional de doenças específicas deu lugar a uma nova categoria político-jurídica, a Emergência Sanitária de Importância Internacional (ESPII). Quando uma ESPII é declarada pela OMS, instaura-se uma espécie de transversalidade da emergência, no sentido de que é deflagrada uma complexa engrenagem entre as recomendações internacionais e as medidas adotadas pelos governos nacionais, com ampla repercussão nos meios de comunicação (Ventura, 2013). Em relação à epidemia de Ebola, a ESPII foi declarada em agosto de 2014 (OMS, 2014) e perdurou até março de 2016 (OMS, 2016a).

Na Guiné, na Libéria e em Serra Leoa, países mais atingidos pela epidemia, foram notificados 28.646 casos confirmados, prováveis ou suspeitos, e 11.323 óbitos até março de 2016; no mesmo período, no Ocidente, foram notificados 7 casos confirmados, prováveis ou suspeitos – 4 nos Estados Unidos e casos individuais na Espanha, na Itália e no Reino Unido – dos quais apenas 1 óbito (OMS, 2016b). Diversos tipos de violação de direitos humanos foram noticiados à época, entre os quais citamos a restrição do ingresso de pessoas oriundas da África Ocidental em países como a Austrália e o Canadá; nos Estados Unidos, a sentença judicial que manteve em parte as restrições impostas pelo governo do Estado do Maine a uma enfermeira norte-americana que havia trabalhado na África

Ocidental, inclusive manter a distância de 1 metro em relação a outras pessoas em locais públicos; na Inglaterra, a limitação do acesso de profissionais da saúde ao transporte coletivo.

O presente artigo situa-se nesse segundo campo de estudos, buscando aferir o impacto da crise sanitária gerada pelo vírus Ebola sobre os direitos humanos de um solicitante de refúgio considerado o primeiro caso suspeito de Ebola no Brasil. O estudo desse caso justifica-se porque, embora não confirmado, ele alcançou grande repercussão nacional e, em nossa opinião, seu desenrolar torna explícito o grande potencial de impacto das emergências sanitárias internacionais sobre os direitos humanos.

Apresentaremos o caso sob o prisma do, à época, paciente, com base na entrevista que ele nos concedeu pessoalmente em São Paulo (SP), em 16 de julho de 2015. Como abordagem qualitativa, adotamos a entrevista compreensiva que combina características da entrevista semi-diretiva com as da entrevista etnográfica, para obter um discurso mais narrativo do que informativo (Kaufmann, 2013; Ferreira, 2014). Esse tipo de entrevista busca a configuração de um encontro em que uma pessoa solicita a palavra de outra sobre certo tema, reconhecendo o direito do entrevistado à subjetividade autônoma (Matthey, 2005). Assim, pedimos a John que nos contasse sua história, e nossas perguntas limitaram-se a tentar compreender melhor a sua fala. A língua materna de John é o fula e, à época da entrevista, John não falava português, embora frequentasse um curso básico do idioma. A entrevista nos foi concedida em inglês, mas aparecem na fala do entrevistado algumas palavras em fula (não citadas no presente artigo) e em português. Optamos por não traduzir literalmente as citações da entrevista no decorrer do texto, por entendermos que a escolha das palavras em inglês por John é relevante para a interpretação de sua narrativa

pelos leitores¹. As citações indiretas foram imprescindíveis tanto pela limitação de espaço do artigo como pela complexidade do texto transcrito que dificultaria sua compreensão, buscando, porém, a maior fidelidade possível ao que nos foi transmitido durante o encontro.

A fim de proteger sua identidade, o entrevistado solicitou ser chamado pelo pseudônimo *John*. Com o intuito de complementar um trecho de seu relato, entrevistamos por telefone, em 2 de outubro de 2015, a funcionária pública federal que se encarregou do traslado de John do Rio de Janeiro (RJ) a São Paulo (SP), quando de sua alta hospitalar. Protegemos a identidade dessa funcionária sob o pseudônimo de *Ana*.

Na primeira seção do artigo, John apresenta-se como refugiado e relata cronologicamente o que aconteceu desde sua partida da Guiné até a chegada ao Rio de Janeiro, fazendo emergir a possibilidade de que tenham ocorrido violações aos seus direitos como paciente quando de seu primeiro atendimento no Brasil. Na segunda seção, a narrativa de John concentra-se na repercussão que o seu caso alcançou nos meios de comunicação e como ele lidou com sua súbita notoriedade após deixar o hospital. Acrescentamos às transcrições de sua entrevista o testemunho de Ana, que elucida as condições peculiares em que John saiu do hospital, permitindo concluir que a ampla difusão da identidade e da imagem de John constituem flagrantes violações da legislação brasileira e do direito internacional. Finalmente, a terceira seção apresenta dois aspectos da repercussão do primeiro caso suspeito de Ebola no Brasil: uma que constitui um obstáculo à efetividade dos direitos humanos, qual seja, o amálgama entre o caso suspeito e o tema das migrações e do refúgio; e outra que contribui para a efetividade dos direitos humanos, como as iniciativas da Defensoria Pública da União e do Ministério Público Federal.

¹ Porém, para seguir orientações editoriais desta publicação, fizemos tradução livre desses trechos em notas de rodapé.

“Eles transformaram em outra doença”: violações do direito à informação e ao consentimento

Filho de guineenses, John nasceu em 1967, na capital de Serra Leoa, Freetown. Mudou-se para Guiné Conacri pouco antes do início da guerra civil serra-leonina². Apesar de ter residido por mais de vinte anos na Guiné, cujo idioma oficial é o francês, preferiu conceder-nos a entrevista em inglês, idioma em que completou o ensino médio ainda em Serra Leoa. John conta que vivia na capital da Guiné Conacri, mas teve de deixar o país por sofrer perseguição étnica promovida pelo atual governo³. John é muçulmano e pertence à etnia fula. Possuía uma loja de roupas que foi atacada e queimada, tendo o incêndio causado a morte de sua esposa e de sua filha.

Chegou ao Brasil regularmente, com visto de turista, em 19 de setembro de 2014, na capital de São Paulo. A seguir, dirigiu-se à cidade de Cascavel (PR), onde supostamente teria mais facilidade para obter documentos brasileiros, segundo conterrâneos que encontrou no país. Mas foi em Dionísio Cerqueira (SC) que apresentou à Polícia Federal a solicitação do reconhecimento de seu *status* de refugiado. No Brasil, em virtude do artigo 1º da Lei nº 9.474, de 1997,

111

² Particularmente atroz, essa guerra durou de 1991 até 2002. Contando com o financiamento de empresas multinacionais extratoras de diamantes, deixou um balanço de 100 a 200 mil mortos e mais de 2 milhões de deslocados forçados; milhares de casos de estupro, escravidão sexual e sequestro, além da utilização massiva de crianças-soldados (Niang, 2014).

³ Incontáveis relatórios de Estados, de organizações internacionais e de organizações não governamentais corroboram a descrição da situação política feita por John, em particular do agravamento das tensões étnicas a partir das eleições legislativas de 2013. Em síntese, desde a ascensão de Alpha Condé à presidência da Guiné, em 2010, com ampla sustentação política da etnia mandinga, o poder vem sendo exercido de modo a discriminar os grupos étnicos rivais, sendo o principal deles a etnia fula, com a repressão violenta de manifestações políticas, além de saques e pilhagens nos bairros de maioria fula, a fim de prejudicar suas atividades econômicas, com o beneplácito das forças de segurança estatais (Armed..., 2015; Bélgica, França e Suíça, 2012; Canadá, 2014; Estados Unidos, 2015; União Europeia, 2013).

“será reconhecido como refugiado todo indivíduo” que “devido a fundados temores de perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas encontre-se fora de seu país de nacionalidade e não possa ou não queira acolher-se à proteção de tal país” (Brasil, 1997).

O reconhecimento da situação de refugiado depende, porém, de processo administrativo longo e complexo, que tramita principalmente no âmbito do Comitê Nacional para Refugiados do Ministério da Justiça (Conare). Todavia, ao solicitar refúgio, a Polícia Federal emite protocolo provisório que torna regular a estada do solicitante no país até a decisão final do Conare, permitindo a obtenção de Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF). De posse desses documentos, John obteve uma entrevista de emprego em uma empresa de corte de frango em Cascavel. Temia não estar à altura do desempenho exigido no futuro emprego, pois contraiu malária quando ainda vivia na Guiné Conacri e, embora tenha seguido o tratamento prescrito, sentia-se fraco e sem apetite, e percebeu também que sua língua havia escurecido⁴.

John buscou então atendimento médico no *Hospital Morumbi*⁵, em Cascavel, no dia 9 de outubro de 2014 pela

⁴ Segundo o boletim epidemiológico oficial, “o paciente referiu que em agosto de 2014, antes de sua vinda ao Brasil, apresentou um quadro de febre, mialgia e adinamia, tendo sido diagnosticado com malária e tratado com medicação que não soube precisar. Após o tratamento, percebeu alteração de cor em sua língua e perda do paladar, além de uma hiperpigmentação na pele em região palmoplantar, com acometimento ungueal” (Brasil/MS/SVS, 2016, p. 3).

⁵ Dito em inglês, “Morumbi Hospital” (John, 7:20). Entre as unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) em Cascavel, existe de fato uma Unidade de Saúde da Família com o nome de Morumbi (USF-Morumbi). No entanto, segundo as autoridades federais, estaduais e municipais, John teria sido atendido pela Unidade de Pronto Atendimento Brasília (UPA-Brasília), no dia 9 de outubro, no período da tarde (Protocolo internacional..., 2014; Brasil/MS/SVS, 2016). Em conversa informal, por telefone, com um agente da USF-Morumbi, fomos informadas de que a UPA-Brasília seria a unidade de pronto-atendimento mais próxima do bairro Morumbi e provavelmente John tenha se referido a *um hospital do Morumbi*.

manhã. Quando atendido, fez referência explícita à malária e aos sintomas de falta de apetite e escurecimento da língua. Para comunicar-se, foi ajudado por uma mulher que falava inglês. Após algumas horas, foi chamado novamente e atendido por outro médico, a quem repetiu seu relato original. O médico aferiu sua temperatura e sua pressão arterial, e a seguir prescreveu um exame de sangue, indicando suspeita de disfunção hepática. John relatou que não teve febre nem vômito. Foi levado a um laboratório, onde lhe disseram que deveria aguardar. Transcorridas mais algumas horas, cogitou ir embora, mas para tanto seria preciso recuperar seus documentos (passaporte e solicitação de refúgio) que foram entregues à triagem. Ao perguntar o que estava acontecendo, alguém lhe disse para aguardar, mas nada lhe foi explicado: “The woman told me ‘espera, espera’. They didn’t told me anything. I couldn’t leave because they had my documents”⁶ (John, 2015, 14:32)⁷.

Quando decidiu ir embora e pediu seus documentos, disseram-lhe que ele finalmente seria atendido. Foi levado a um quarto onde passou a receber soro. John reclama: “I watched the drip, it was very slow. I asked myself: How long am I staying here? If I were sick, it would have to move

113

⁶ “A mulher me disse ‘espera, espera’. Eles não me disseram nada. Eu não pude ir embora porque eles estavam com meus documentos.”

⁷ Segundo o boletim epidemiológico oficial, “no dia 9 de outubro [de 2014], [John] procurou assistência na UPA-Brasília por volta das 10h15, com queixa de alterações na língua, hiporexia com perda ponderal não quantificada e adinamia, com evolução de aproximadamente dois meses, associados a cefaleia e sensação de febre, percebida no dia anterior (início dos sintomas em 8 de outubro de 2014, para efeito de investigação da suspeita de Ebola). Não houve aferição de temperatura durante o atendimento. O paciente referiu ter chegado à unidade de saúde sozinho e caminhando. O hemograma realizado durante o exame admissional para vínculo empregatício em uma empresa privada (amostra colhida em 8 de outubro, data anterior à de início dos sintomas) apresentou uma leucopenia, uma anemia moderada, além de anisocitose e macrocitose. Ressalta-se que esse exame foi coletado anteriormente à suspeita de Ebola. No dia 10 de outubro, por volta das 5h, o paciente foi removido para o INI da Fiocruz/MS, no Rio de Janeiro/RJ” (Brasil/MS/SVS, 2016, p. 4).

much faster”⁸ (John, 2015, 16:12). Logo, John percebeu que a porta estava trancada. Após algum tempo, trouxeram-lhe comida.

À noite, disseram a John que ele iria ao Rio de Janeiro. Como o médico havia suspeitado de um problema no fígado, pensou que iria para o Rio para ser tratado: “I asked why, and they said I was going to be treated there. I thought I had a liver problem. They were all using that diver clothes. They gave me one like that and said, let’s go”⁹ (John, 2015, 16:30). John conta então que todos ao seu redor vestiam “roupas de mergulhadores” e ele também teve de vesti-las. Embora tenha insistido que poderia caminhar, foi obrigado a ficar deitado. Foi levado de ambulância ao aeroporto, em uma viagem que teria durado cerca de uma hora. Pouco pôde ver do que estava ocorrendo, pois estava deitado. Uma vez chegado ao aeroporto, levaram-no de maca ao avião. Tentou abrir a janela da pequena aeronave, mas não lhe foi permitido. Mal permitiam que se movesse.

114

Já era madrugada quando John chegou ao Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz (INI-Fiocruz), no Rio de Janeiro (RJ). O médico que o acolheu perguntou se ele sabia por que estava ali. Diante da negativa de John, contou sobre a suspeita de Ebola. Nas palavras do paciente:

The doctor asked me if I knew why I was there. I said no. He said they suspected I have Ebola. I panicked. What, Ebola? I don’t have Ebola! The doctor asked me if I had fever, vomit or diarrhea. I said no. My problem was the appetite and

⁸ “Eu olhei o gotejamento, estava muito devagar. Eu me perguntei: por quanto tempo vou permanecer aqui? Se eu estivesse doente, teria que se mover mais rápido.”

⁹ “Perguntei por quê, e me responderam que eu seria tratado lá. Pensei que tinha um problema no fígado. Eles estavam usando aquelas roupas de mergulhador. Me deram uma como aquela e disseram vamos.”

black tongue. I know that symptoms of Ebola is vomiting and diarrhea. I saw people with Ebola on TV¹⁰ (John, 2015, 22:27).

John conta que, na Guiné, sempre que alguém vomita, todos que estão em volta afastam-se correndo. Os sintomas da doença são amplamente divulgados pelos meios de comunicação. Logo, John estava consciente de que não tinha Ebola. O médico do Rio de Janeiro explicou-lhe que fariam um primeiro teste e, em caso de resultado negativo, o teste seria repetido no dia seguinte. Recomendou a John que ficasse tranquilo, pois não apresentava os sintomas da doença, mas, uma vez deflagrado o protocolo de resposta para Ebola, o pessoal médico seria obrigado a fazer o seu trabalho. E esclareceu que independentemente do resultado, John seria tratado. Enfim, o paciente entendia o que estava ocorrendo: “I was put in suspension, they didn’t explain me what was happening. I didn’t like the treatment in Cascavel”¹¹ (John, 2015, 22:27). Já no Rio de Janeiro, afirma ter se sentido respeitado e bem tratado.

115

Cabe então aferir se o relato de John permite identificar violações dos seus direitos. O direito das pessoas assistidas à informação sobre sua saúde é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1990, art. 7, V). Embora os direitos do paciente não estejam codificados em um só documento, podem ser encontrados principalmente na Constituição Federal; nos códigos civil, penal e de defesa do consumidor; no Estatuto da Criança e do Adolescente e no Estatuto do Idoso; nos códigos de ética das profissões da saúde; em

¹⁰ “O médico perguntou se eu sabia porque estava lá. Eu disse não. Ele disse que suspeitavam que eu tinha Ebola. Entrei em pânico. O quê? Ebola? Eu não tenho Ebola! O médico perguntou se eu estava com febre, vômito ou diarreia. Eu disse não. Meu problema era apetite e língua preta. Sei que os sintomas de Ebola são vômito e diarreia. Vi pessoas com Ebola na televisão.”

¹¹ “Me puseram em suspenso, não me explicaram o que estava acontecendo. Não gostei do tratamento em Cascavel.”

resoluções do Conselho Federal de Medicina, declarações internacionais de princípios, normas do Ministério da Saúde, legislação esparsa e jurisprudência (Gomes et al., 2008). Porém, não encontramos base legal que possa justificar a violação do direito à informação no caso de John.

Em virtude da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.820, de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos “usuários da saúde”, é direito de toda pessoa ter

[...] informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível quanto a: a) possíveis diagnósticos; [...] c) tipos, justificativas e riscos dos exames solicitados; [...] e) objetivos, riscos e benefícios de procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou de tratamento; f) duração prevista do tratamento proposto; [...] j) duração prevista dos procedimentos e tempo de recuperação; k) evolução provável do problema de saúde (Brasil/MS, 2009, art. 3º, parágrafo único, II).

116

A norma assegura ainda a “liberdade de procurar segunda opinião ou parecer de outro profissional ou serviço sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados, em qualquer fase do tratamento” (ibidem, art. 5º, IX). Tais direitos também são explicitamente enunciados em documento de ampla difusão nacional, que é a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Brasil/MS, 2007).

Eles encontram eco igualmente no Código de Ética Médica vigente no país, que garante ao paciente o direito de “decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte” (Conselho Federal de Medicina, 2009, art. 31) e veda ao médico “deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu

representante legal” (ibidem, art. 34). A doutrina elucida que a expressão “imminente risco de morte” deve ser entendida como caso em que não há tempo hábil para prestar ao paciente as informações e receber dele o consentimento (Dias, 2015). Quanto à hipótese de que a comunicação possa causar danos, ela jamais pode ser invocada pelo receio de que o paciente recusará o tratamento sugerido, pois isto desprezaria “a obrigação de respeitar a autonomia do paciente [que] requer, acima de tudo, habilitá-lo a [...] obter senão o controle desejado, pelo menos o maior controle possível” (Wanssa, 2011, p. 116).

Por outro lado, os serviços de saúde devem garantir “o consentimento livre, voluntário e esclarecido, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo nos casos que acarretem risco à saúde pública” (Brasil/MS, 2009, art. 5º, V). A ressalva traz à baila a licitude de medidas restritivas de direitos como o isolamento e o tratamento obrigatório em caso de doenças transmissíveis de notificação compulsória como Ebola.

A legislação epidemiológica vigente, a Lei nº 6.259, de 1975, foi elaborada em plena ditadura militar, o que explica a ausência de uma descrição detalhada das medidas restritivas de direitos que as autoridades sanitárias podem adotar (Brasil, 1975). Trata-se de “uma legislação anterior ao Sistema Único de Saúde e à própria Constituição Federal de 1988, não contemplando diversos aspectos que fazem sentido apenas no âmbito de um Estado Democrático de Direito” (Aith e Dallari, 2009, p. 120). Assim, as medidas de poder de polícia relacionadas à vigilância epidemiológica¹² parecem ser amparadas (ainda que vagamente) pela

117

¹² Em virtude do art. 7º, §2º da Lei nº 8.080/90, a vigilância epidemiológica é “um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (Brasil, 1990).

citada lei. Ela estabelece que em decorrência de resultados, parciais ou finais, de investigação epidemiológica, a autoridade sanitária tem a obrigação de “adotar, prontamente, as medidas indicadas para o controle da doença, no que concerne a indivíduos, grupos populacionais e ambiente” (Brasil, 1975, art. 12), ficando as pessoas físicas e as entidades públicas ou privadas abrangidas pelas eventuais medidas “sujeitas ao controle determinado pela autoridade sanitária” (art. 13).

Deduz-se que, entre as medidas que visam à contenção dos riscos sanitários, podem encontrar-se o isolamento, o tratamento compulsório, a quarentena, o cordão sanitário, entre outras. No entanto, por envolverem graves limitações aos direitos e liberdades individuais, elas deveriam ser previstas por legislação específica:

118

[...] as medidas de saúde pública podem, com efeito, invadir a esfera da liberdade individual de forma bastante agressiva. No entanto, esta invasão, no âmbito do Estado Democrático de Direito, será sempre permitida quando feita nos termos da lei e em defesa do interesse público (Aith e Dallari, 2009, p. 121).

No plano internacional, o novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI) – vigente desde 2007 em 196 países, inclusive no Brasil – contempla essa preocupação, ao menos no que atine aos direitos individuais. Embora recomende, em caso de emergência internacional e quando necessário, a implementação de medidas restritivas como o isolamento, a quarentena e o tratamento obrigatório, o RSI assegura em seu artigo 3º: “a implementação deste Regulamento será feita com pleno respeito à dignidade, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais das pessoas” (OMS, 2009). Estipula ainda, no artigo 32, que: “na implementação das medidas de saúde de que trata o

presente Regulamento, os Estados Partes tratarão os viajantes com respeito à sua dignidade, direitos humanos e liberdades fundamentais e minimizarão qualquer incômodo ou angústia associado a tais medidas”. Em que pese a doença pelo vírus Ebola jamais tenha sido declarada emergência nacional no Brasil, sublinhamos que a norma regula que essas situações em nosso país, o Decreto n° 7.616, de 2011, não faz uma só referência aos direitos e garantias individuais (Brasil, 2011).

No mesmo diapasão, a detida análise do Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública – Doença pelo Vírus Ebola (Brasil/MS/SVS, 2014), cuja posição na hierarquia da ordem jurídica brasileira resta a precisar, permite constatar que ele não refere direitos ou garantias individuais ao prever o isolamento e internação imediatos e o tratamento obrigatório do paciente. O plano de contingência (p. 22 e 23) prevê o dever de “orientar o paciente e familiares/acompanhantes sobre os procedimentos que serão adotados” apenas quando o paciente chega aos hospitais de referência estaduais e nacionais. No caso de John, transportado diretamente da unidade de pronto-atendimento ao hospital nacional de referência, foi o que de fato ocorreu: ele só obteve informações sobre seu estado e sobre o tratamento quando chegou ao Rio de Janeiro. Talvez a negligência em relação aos direitos do paciente se explique por uma percepção mais ampla que caracteriza a vigilância epidemiológica: “considerando a alta taxa de ataque secundário e a elevada taxa de letalidade da doença pelo vírus Ebola, do ponto de vista da saúde pública evitar a transmissão passa a ter maior impacto do que o próprio desfecho do caso índice” (Cerbino Neto, 2014, p. 2).

Não obstante, devemos lembrar que John não apresentava sintomas da doença, e que, segundo o Plano de Contingência brasileiro,

A transmissão só ocorre após o aparecimento dos sintomas, e se dá por meio do contato com sangue, tecidos ou fluidos corporais de indivíduos infectados (incluindo cadáveres), ou do contato com superfícies e objetos contaminados. Não há transmissão durante o período de incubação. O risco de introdução da doença pelo vírus Ebola no Brasil é muito baixo, assim como a disseminação global e sustentabilidade da transmissão do vírus fora da África Ocidental (Brasil/MS, 2014, p. 9).

O caso de John causa perplexidade adicional, pois “o tratamento obrigatório é uma situação-limite em saúde pública”; a ética médica o percebe como “medida heroica”, em situações de iminente risco de morte (Santos e Nascimento, 2014, p. 183). Logo, o “Estado não dispõe de autorização ilimitada para impor um tratamento e privar de liberdade pacientes sob doença” (p. 183). Por outro lado, existe um amplo questionamento científico acerca da eficácia das medidas coercitivas no combate às epidemias, especialmente da quarentena: “todos os níveis de evidência” relacionados aos seus resultados “mostram que é uma medida cara e que não reduz nem impede nem modifica o ciclo de uma epidemia” (p. 178).

Outro elemento em jogo quando da tomada dessas medidas é a sensação de segurança que se quer transmitir à população: “o isolamento compulsório precisa ser discutido na dimensão conceitual/legal e também na operacional, dentro de uma estratégia de comunicação” (Cerbino Neto, 2014, p. 1). Entretanto, “é preciso definir quais os mecanismos de contenção poderão ser utilizados e qual o anteparo legal para a sua utilização” (p. 1).

Como já propuseram Aith e Dallari (2009), a legislação brasileira deveria determinar que a eventual adoção de medidas restritivas de direito para combate a epidemias fosse comunicada ao Ministério Público e submetida a um

órgão de revisão apto a “assegurar ao paciente o direito ao contraditório e verificar a real necessidade da medida”, a exemplo do que determina a regulação da internação involuntária de pacientes psiquiátricos (Delgado, 2012, p. 79). Esse tipo de salvaguarda evitaria o uso abusivo de medidas restritivas, especialmente

[...] por profissionais não médicos, ocupantes de cargos civis do Estado, sob a pressão da possível gravidade de uma epidemia. Nesse ponto, a Saúde Pública não deve se omitir nem se mostrar ambígua diante dessa questão nociva, coercitiva e judicializante do complexo problema que é o enfrentamento e prevenção de epidemias (Santos e Nascimento, 2014, p. 183).

Dez meses após sua internação compulsória, quando de nosso encontro, John ainda não se conformava com o ocorrido.

121

Even now, when I think about it, how I came across this problem, I don't really understand it. I said I have no appetite and they transformed it to another sick. I know that Ebola is very dangerous. In Guinee, if they said someone had Ebola, this person was going to die. I didn't think I have it. I thought it could be another sickness that were disturbing me. I don't know why the doctor [em Cascavel] thought I had Ebola. Maybe because I come from Africa¹³ (John, 2015, 22:27).

¹³ “Mesmo agora, quando penso sobre isso, como me deparei com este problema, eu realmente não entendo. Eu disse que estava sem apetite e eles transformaram em outra doença. Eu sei que Ebola é muito perigoso. Na Guiné, se dissessem que alguém estava com Ebola, essa pessoa iria morrer. Eu não achava que tinha isso. Pensava que poderia ser outra doença me perturbando. Não sei por que o médico [em Cascavel] pensou que eu tinha Ebola. Talvez porque eu venho da África.”

“Talvez porque eu venho da África...”. Essa frase de John talvez explique igualmente a ostensiva divulgação de sua imagem pelos meios de comunicação, à revelia da lei, como veremos a seguir.

Exposição pública da identidade: violação do direito sanitário e do direito dos refugiados

No Rio de Janeiro, John conta que foi bem tratado, mas não estava feliz. Pediram que não desligasse a luz do quarto, pois seria observado continuamente pelas câmeras. Uma mulher foi ao seu quarto e ligou a televisão. Ele ouviu o próprio nome no telejornal da Rede Bandeirantes. Quando olhou para o aparelho, viu sua foto. Diziam que ele era o primeiro suspeito de Ebola no Brasil. Assim ele descreve o que viu: “I saw myself on TV, how they put me on the ambulance. They used my picture, I saw my protocol. After that, I put the television off, I didn’t want to watch it”¹⁴ (John, 2015, 28:35). Ele guarda a nítida lembrança do intenso sofrimento vivido: “When I saw my image on TV, I was very tormented”¹⁵ (28:35).

No dia seguinte, sábado, o médico veio lhe dizer que o primeiro teste teve resultado negativo para o vírus Ebola, explicando que repetiriam o exame no dia seguinte e, se o resultado fosse novamente negativo, poderia ir embora. Domingo, o médico apareceu sem a roupa de proteção:

Late in the afternoon the doctor came. All the doctors, the sisters, everybody. They said: “Do you see us? Normal clothes! You are no more Ebola suspect, you are free!” They were all happy, singing and crying¹⁶ (31:36).

¹⁴ “Vi minha imagem na TV, como me colocaram na ambulância. Usaram minha foto, vi meu protocolo. Depois, desliguei a televisão. Eu não queria assistir aquilo.”

¹⁵ “Quando vi minha imagem na TV, fiquei muito atormentado.”

¹⁶ “No final da tarde o médico veio. Todos os médicos, as irmãs [provavelmente John refere-se às enfermeiras], todos. Eles disseram: ‘você está nos vendo? Roupas normais! Você não está mais com suspeita de Ebola, você está livre!’. Estavam todos felizes, cantando e chorando.”

Como seus sintomas e especialmente os resultados dos primeiros exames justificavam uma suspeita de câncer, fez novos exames. O diagnóstico final foi de deficiência de vitamina B. Soube que sua língua estava escura como um efeito colateral do remédio que tomou para a malária na África. John fez questão de nos mostrar diversas vezes as cópias de seu prontuário do INI-Fiocruz. Fica evidente o quanto é importante para ele repetir que não teve Ebola e que não havia razão alguma para que se pensasse que ele estava com Ebola.

John assistiu na televisão a entrevista do médico, explicando que os resultados deram negativo. Soube que os jornalistas queriam entrevistá-lo, mas se negou a falar, pois temia que o governo de seu país soubesse que estava no Brasil. Também se encontrava preocupado com a família. Seu primeiro pedido ao sair do hospital foi o de entrar em contato com seu irmão para avisá-lo que estava bem. Temia que os familiares visse nos jornais, pela internet, que ele havia sido internado com suspeita de Ebola e, por não ter mais notícias, pensasse que havia morrido.

Antes de sua liberação, a equipe do INI/Fiocruz perguntou se John gostaria de voltar a Cascavel ou preferiria permanecer no Rio de Janeiro. Não queria voltar a Cascavel, pois sua imagem estava em todos os jornais. Viu na televisão notícias sobre a violência no Rio de Janeiro. Pediu então para ir para São Paulo, pois ouviu de conterrâneos guineenses que lá haveria maior chance de emprego.

No dia da partida, o médico e as enfermeiras estavam emocionados; alguns choraram, tiraram fotos juntos, estavam muito felizes. Na viagem entre o Rio de Janeiro e São Paulo, disseram-lhe que o chamariam de John, para evitar que o reconhecessem na rua. É a razão pela qual ele escolheu esse nome para identificá-lo no presente artigo.

Neste momento é que Ana e John se conheceram. Ana conta que o traslado de John foi considerado, no Ministério

da Saúde (MS), uma espécie de “missão impossível”, pois os protocolos nada dizem sobre o que fazer com o caso suspeito não confirmado. Ajudá-lo a sair do hospital e mudar de cidade foi uma iniciativa dos funcionários do Ministério da Saúde, que se sensibilizaram com a situação de John: “se sentiam na obrigação de ajudar, como seres humanos. Queriam minimizar os prejuízos sofridos por John” (Ana, 2015, 29:43).

Segundo Ana, em caráter de urgência, MS e Fiocruz conceberam uma estratégia para retirar John do INI-Fiocruz em segurança e fizeram contato com a organização Caritas Arquidiocesana de São Paulo, que possui um Centro de Referência para Refugiados na cidade e se dispôs a acolhê-lo. Optaram pelo deslocamento em automóvel, pois pensaram: “se o levarmos de avião, a foto dele está em todo canto, vai chover repórter! Também seria difícil embarcar, as companhias aéreas perceberiam que se trata dele. Por isso, decidimos usar um carro” (22:18).

124

Ana relata que John aparentava estar um pouco assustado e com sinais de fraqueza, acredita que em decorrência da fuga do seu país e da situação que encontrou ao chegar ao Brasil: “ele tinha consciência que estava debilitado. Estava magro, parecia malnutrido. Ao trocar de roupa, dava para perceber a perda de peso drástica” (11:51).

Chegando ao INI-Fiocruz na segunda-feira, Ana conversou com autoridades da Fiocruz para definir os detalhes. Na quinta-feira, às 5h30 da manhã, deixaram o local pela portaria lateral, e não pela saída principal. O carro não era identificado, sem placa diferenciada ou dizeres na lateral. Na opinião de Ana, “a preocupação em preservá-lo da imprensa foi do MS. John não tinha consciência da dimensão do que lhe aconteceu. Ele vivia uma história surreal” (26:02).

Na viagem entre Rio e São Paulo, John contou sobre sua vida e a perseguição que sofreu, e que a única oportunidade de sobrevivência era sair da Guiné e vir ao Bra-

sil. Segundo Ana, ele disse que foi ao posto de saúde em Cascavel porque estava com fraqueza e sem apetite. Sentiu algo que poderia ser febre, mas não sabia se era. Ao chegar ao posto de saúde, como as pessoas não compreendiam o que falava, ele foi mal interpretado. Só no Rio de Janeiro foi comunicado sobre a suspeita de Ebola: “imagino que seja traumatizante, de repente te colocam no avião, completamente encapado com aquela roupa, como se fosse um terrorista, e não tinha nada a ver com isso” expressa Ana (15:07).

Na opinião dela, não houve discriminação no atendimento de John em Cascavel. Acredita que houve “um susto” por parte do pessoal da UPA, pois o episódio ocorreu no auge da repercussão internacional da epidemia. Afirma que “a Secretaria de Saúde do Paraná é muito ativa, mas a parte assistencial foi falha, tanto que o documento dele vazou” (32:21). Ana considera que John foi bem tratado em Cascavel, “mas não foi informado do que estava acontecendo. Houve uma dificuldade na comunicação, foi um ponto falho. O fato de não terem conversado com o John e explicado o que estava acontecendo foi um problema” (14:37). Ela ressalta que “a discriminação foi sofrida por aqueles que ficaram no Paraná. John vivia no albergue com outras pessoas, os colegas dele devem ter sofrido após publicarem sobre a suspeita de Ebola” (27:56).

Depois de deixá-lo em São Paulo, o Ministério da Saúde não teve mais contato com John, que passou a ser acompanhado pela Caritas. John conseguiu reaver a mala que estava no albergue em Cascavel.

Perguntada se sabia quem divulgou o documento de John, Ana disse desconhecer, mas ressaltou que a foto foi publicada antes de ele sair de Cascavel. “A violação à privacidade do paciente foi completamente contra os códigos de ética”, assevera Ana (18:41). Até o dia em que concluímos o presente artigo, era possível encontrar no jornal

Folha de S.Paulo on-line uma galeria de fotos realizadas por um fotógrafo em Cascavel, que revela o momento em que John é colocado na ambulância que o transportou da UPA ao aeroporto. A análise combinada das fotos 13 e 14 dessa galeria permitem identificar a pessoa, apresentada pelo jornal como “funcionário da Prefeitura de Cascavel”, e o momento em que apresenta cópia em preto e branco do protocolo de refúgio de John aos jornalistas (Cruz, 2014). Outros vazamentos certamente ocorreram, pois a mídia chegou a apresentar cópia do passaporte de John (Paciente que..., 2014), enquanto os telejornais da Rede Globo exibiam sua foto colorida (por ex., o G1: Após suspeita de Ebola..., 2014).

Não resta dúvida sobre a ilegalidade da difusão da imagem e da identidade de John. A Lei nº 9.474/97, que implementa o Estatuto dos Refugiados no Brasil, garante o sigilo sobre as informações fornecidas e a confidencialidade da tramitação da solicitação de refúgio (Brasil, 1997, arts. 20 e 23).

126

Tampouco o direito sanitário ampara essa difusão. A Portaria nº 1.271, de 2014, do MS assegura que: “as autoridades de saúde garantirão o sigilo das informações pessoais integrantes da notificação compulsória que estejam sob sua responsabilidade (Brasil/MS, 2014a, art. 7). A já citada lei sobre a vigilância epidemiológica, por sua vez, estipula que “a notificação compulsória de casos de doenças tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido” (Brasil, 1975, art. 10), elucidando que

A identificação do paciente de doenças referidas neste artigo, fora do âmbito médico sanitário, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de grande risco à comunidade a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio do paciente ou do seu responsável (Brasil, 1975, art. 10, parágrafo único).

No mesmo sentido, a Portaria n° 1.820, de 2009, considera a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal um direito da pessoa (Brasil/MS, 2009, art. 4, parágrafo único, alínea e), sendo dever do sistema de saúde manter o sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo nos casos de risco à saúde pública (art. 5º, II).

Deve ser destacado que o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde, respectivamente estadual e municipal do Paraná e de Cascavel, não divulgaram oficialmente a identidade de John. Não houve, portanto, avaliação de que ela seria necessária para coibir riscos. É preciso esclarecer, ainda, que a permissão legal para difusão de identidade de um paciente não significa a transmissão desses dados para a imprensa. Ao contrário, o serviço de saúde que detém essa informação possui

[...] o dever de atuar no estrito âmbito da discricção esperada, de modo que a adoção dos cuidados e condutas epidemiológicas que motivaram a inclusão do quadro patológico entre tais situações de notificação obrigatória não representem uma exposição desnecessária e uma fonte de discriminação e coerção do paciente (Villas-Bôas, 2015, p. 521; tradução das autoras)¹⁷.

127

A divulgação da imagem de John foi oficiosa e suscitou duras críticas na área da saúde pública. Poderíamos sintetizá-las nos seguintes aspectos: culpa-se a vítima [John] em lugar de protegê-la; pessoas podem deixar de buscar ou buscar tardiamente a assistência por temor à exposição em

¹⁷ “[...] el deber de actuar en el estricto ámbito de la discreción esperada, de modo que la adopción de los cuidados y conductas epidemiológicas que motivaron la inclusión del cuadro patológico entre tales situaciones de notificación obligatoria no representen una exposición innecesaria y una fuente de discriminación y constreñimiento al paciente”.

noticiários de tve e jornais; o pânico dificulta o trabalho de investigação de contatos, pois possíveis casos suspeitos podem não se apresentar às estruturas de saúde por receio de isolamento; a população deveria ser encorajada a manter a calma, pois a transmissão da doença somente se dá pelo contato com sangue, órgãos, fluidos corporais ou secreções (fezes, urina, saliva, sêmen, vômito, sangue); a ênfase da repercussão não deveria repousar sobre um caso suspeito, e sim na capacidade do sistema, por exemplo, de verificar se há Equipamento de Proteção Individual (EPI) em todos os níveis das estruturas, dos mais periféricos aos mais especializados etc. (Pesquisadores da ENSP..., 2014).

128

O plano de contingência para a doença por Ebola, na seção “Estratégias de comunicação”, prevê a diretriz de “manter a população informada, tranquila e evitar reações sociais contra os pacientes”, além de responder a boatos e mensagens nas redes sociais “que causem pânico” (Brasil/MS, 2014, p. 56). Independentemente do sucesso dessa estratégia, a garantia da confidencialidade protege o paciente de pressões externas que possam lhes ser constrangedoras e permite que ele julgue as suas próprias circunstâncias, sem temer a repercussão que suas decisões pessoais em matéria de saúde possa causar no meio social (Villas-Bôas, 2015).

Não foi o que ocorreu com John. Ele não pôde retornar à Cascavel e retomar sua busca por emprego. No momento de nossa entrevista, encontrava-se desempregado. Temendo a discriminação e até o linchamento, ele foi abrigado, desde outubro de 2014, em uma instituição católica na cidade de São Paulo. Como muçulmano, ele se esforça para conviver com os hábitos de outra religião. Sendo a instituição afastada do centro da cidade, ele disse padecer de tédio e isolamento, de falta de privacidade por compartilhar um alojamento coletivo e de dificuldade de deslocamento para procurar emprego. Sua alegria são as aulas de português.

Nas conversas com os companheiros de abrigo, teme que a suspeita de Ebola seja evocada. Quando sua procedência da Guiné suscita essa suspeita, ele se sente obrigado a mentir, dizendo que há muitos homônimos em seu país.

Uma vez excluída a suspeita de Ebola, em 13 de outubro de 2014, as autoridades não tomaram nenhuma providência para que o nome verdadeiro de John fosse retirado da internet e das redes sociais. Ele está convicto de que a persistência da exposição de suas fotos e documentos em numerosos veículos de comunicação é o maior obstáculo para que consiga um emprego. No momento em que o encontramos, estávamos diante de uma pessoa em evidente sofrimento, com sinais de prostração e de angústia, que afirma ter como sonho um emprego e um quarto individual. Meses depois do evento, ele ainda era “o africano” e o “refugiado negro” que foi o primeiro caso suspeito de Ebola no Brasil.

Amálgama entre “estrangeiro” e “doença”: estigmatização de migrantes e refugiados

Segundo Quentin Crisp, “a saúde consiste em ter as mesmas doenças que os seus vizinhos” (apud Clatts e Mutchler, 1989, p. 105). Esse enunciado traduz de forma simples a ideia de que a epidemia se apresenta sempre como um “perigo vindo de longe”, ou pela “figura fantasmática do estrangeiro ameaçador que seria o seu vetor” ou “sob a forma aparentemente mais neutra de que os movimentos das populações a favoreceria” (Fassin, 2001, p. 137). Mas a doença, em geral, não é a causa do estigma:

[...] as grandes massas de homens veem as grandes massas de homens vizinhos segundo as regras de uma ótica particular, que não as embeleza: elas não distinguem suas nuances; elas simplificam informações incompletas numa síntese grosseira, elas criam tipos coletivos. Esses

tipos, ingenuamente esquemáticos, assombram a partir do momento em que são fixados no imaginário popular (Langlois, 1893, p. 299).

Desse modo, a doença vem preencher um “espaço de desqualificação preexistente” do estrangeiro (Fassin, 2001, p. 137).

Em agosto e setembro de 2014, portanto antes que ocorresse a primeira suspeita no Brasil, o Ebola já ensejava a estigmatização de migrantes e refugiados. Técnicos da Polícia Federal, da Receita Federal e do Ministério do Trabalho e Emprego cogitaram paralisações ou greves para evitar o contato com migrantes negros chegados na região Norte do país (Sampaio, 2014; Sanches, 2014).

No caso de John, a mídia brasileira referiu-se a ele como o “africano”. Eis alguns exemplos do noticiário:

130

- *O Estado de S. Paulo*: Sangue de africano com suspeita de Ebola já foi enviado para novo teste. 12 out. 2014.
- *O Globo*: Perfil no Facebook de africano suspeito de ter Ebola no Brasil vira alvo de ataques de brasileiros. 10 out. 2014.
- *Fantástico* (Rede Globo): Africano com suspeita de Ebola esperou por 4 horas até ser atendido. 12 out. 2014
- *Terra*: Africano com suspeita de Ebola passou por SP, SC e Argentina. 10 out. 2014.
- *Tribuna Paraná Online*: Africano Souleymane teme agora retornar a Cascavel. 14 out. 2014.
- *UOL*: Africano com suspeita de Ebola teve contato com 64 pessoas no Brasil. 10 out. 2014.

Um estudo específico sobre a cobertura do caso pelo jornal *Folha de S. Paulo* concluiu que houve “a construção do estereótipo do imigrante guineense” a partir da lógica do risco, “reforçando a generalizada consideração da África

como lugar de risco para a saúde pelo surto do Ebola e dos africanos como agentes disseminadores da doença” (Sacramento e Machado, 2015, p. 43). Assim,

[...] o jornal reforça a conexão entre a cultura africana e o Ebola. Essa associação é mais do que uma retórica de transformação da doença numa questão étnica, uma vez que constrói a africanidade como um fator de risco à saúde. Por diversas vezes, como analisamos, as matérias incitavam o pânico, relacionando a origem africana de [...] [John] à suspeita de contaminação por Ebola (idem, *ibidem*).

Sacramento e Machado (p. 44) sublinham que o episódio ocorreu “num contexto de acirrada campanha eleitoral para presidente no Brasil”, e que o jornal teve de reconhecer “a eficácia do dispositivo de segurança sanitária do governo brasileiro, mas, tacitamente, demoniza a presença de africanos no Brasil”. Embora as autoridades sanitárias tenham negado a possibilidade de surto de Ebola no país, o jornal reforçou a necessidade do estado de alerta: “não houve espaço para promover a compaixão pelo imigrante, mas houve demasiado para promover o medo e a necessidade de dispositivos de segurança” (idem, *ibidem*).

As repercussões desse tipo de abordagem não tardaram a surgir, atingindo igualmente os migrantes negros provenientes de outras regiões, em particular os haitianos. No Paraná, africanos e haitianos foram hostilizados (Cambricoli, 2014). Em Cascavel, o presidente da Associação de Migrantes Haitianos relatou:

Os haitianos estão com medo, vários vieram falar comigo e pediram para explicar a diferença entre haitiano e africano e que não temos epidemia de Ebola no nosso país. Peça para eles ficarem mais quietos, enquanto o medo das pessoas não passa, para não falarem muito (Paciente que

teve..., 2014).

Esse amálgama foi tão significativo que em estudo do tratamento dado à imigração de haitianos pela mídia brasileira nos primeiros quatro anos de presença significativa da diáspora haitiana no país (2011-2014), Denise Cogo e Terezinha Silva consideram o Ebola um dos sete principais temas da agenda midiática relacionada aos haitianos (Cogo e Silva, 2016). Considerando a ausência de notícias sobre hostilização de migrantes ou turistas brancos, independentemente de sua procedência, a negritude aparece como provável explicação para a discriminação de haitianos.

Nas entrevistas coletivas organizadas no auge da resposta ao primeiro caso suspeito de Ebola no Brasil, com ampla repercussão nos meios de comunicação, inclusive transmissão direta por emissoras de televisão, o à época Ministro da Saúde, o médico sanitário Arthur Chioro, identificou esse amálgama: “Eu repudio as manifestações racistas que foram feitas. Em pleno século XXI isso é inaceitável. Achar que o Ebola tem a ver com a dimensão racial é inaceitável” (Ministro da Saúde presta mais esclarecimentos..., 2014). Questionado por jornalistas sobre a necessidade de fechamento das fronteiras brasileiras, respondeu que “o resultado dessa ação seria contraproducente, já que a entrada ilegal de pessoas poderia aumentar”, afirmando ainda que ninguém seria deportado em razão de possíveis sintomas da doença. No entanto, a experiência da violação dos direitos de John não foi suficiente para que uma nova legislação epidemiológica respeitosa dos direitos humanos fosse adotada, tampouco para que o plano de contingência relativo ao Ebola passasse a incorporar a perspectiva dos direitos do paciente.

Outras instituições republicanas demonstraram sua preocupação com a efetividade dos direitos humanos em situação de emergência sanitária. O Ministério Público Federal (MPF) no Distrito Federal enviou recomendação

à Polícia Federal e à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde solicitando a adoção de providências para assegurar o sigilo de dados pessoais de hospitalizados com a suspeita de infecção pelo vírus Ebola no Brasil (MPF/DF, 2014). Foram ainda encaminhadas representações criminais ao Ministério Público Federal no Estado do Rio de Janeiro (MPF/RJ) e ao Ministério Público do Estado do Paraná no Município de Cascavel, assim como uma representação ao CFM. Os documentos solicitaram a apuração do vazamento de informações confidenciais do paciente e a imposição de sanções disciplinares e penais aos responsáveis. Como fundamentos para tais providências, o MPF apontou tanto os direitos individuais (proteção do paciente) como o direito coletivo (proteção à saúde pública):

[...] em razão do intenso interesse demonstrado pela população e da imprensa pelo caso, novos vazamentos de informações pessoais e hostilidades poderão ocorrer contra outros hospitalizados com suspeita de contágio do vírus Ebola. O receio de sofrer agressões físicas ou verbais pode fazer com que as pessoas ocultem a doença, não procurando assistência médica e causando grave risco à saúde pública (MPF/DF, 2014).

133

No mesmo diapasão, a Defensoria Pública da União (DPU), cujas atribuições incluem a assistência a refugiados estrangeiros no Brasil, recomendou ao Ministério da Saúde que oriente seus agentes a manter o sigilo da identidade e da imagem de pessoas suspeitas de infecção pelo vírus Ebola no país, e igualmente oriente a imprensa sobre como proceder nesses casos, sob os argumentos de que:

[...] mostra-se imperioso que se preservem os direitos fundamentais de qualquer pessoa suspeita de estar contaminada pelo vírus, notadamente pelo fato de ser

suspeita, ou seja, de não ter sido confirmada a contaminação, e ainda, para evitar pânico na sociedade, inclusive estimulando que pessoas eventualmente contaminadas deixem de informar as suas condições físicas com medo e receio de uma retaliação, preconceito e exposição desarrazoada de sua imagem e honra (DPU, 2014).

134

Nosso artigo evidenciou o grande potencial de impacto da crise sanitária gerada pelo vírus Ebola sobre os direitos humanos, mesmo fora do epicentro da epidemia. A existência de um sistema público de saúde, cujo acesso é universal e gratuito, mostra-se fundamental para que os Estados possam dar uma resposta satisfatória às emergências internacionais. O caso estudado corrobora a ideia de que o acesso de migrantes e refugiados ao sistema público de saúde é fundamental para o controle de epidemias, e de que a correta implementação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), que exige o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde, é a melhor resposta para os riscos que a mobilidade humana aporta para a saúde global (Ventura, 2015).

No entanto, a norma que deveria ser um “escudo” de proteção dos direitos pode transformar-se em “arma” contra eles, pois o acesso ao tratamento tende a se converter em fonte de violação dos direitos individuais se não houver uma regulação capaz de oferecer salvaguardas quando da adoção de medidas coercitivas pela autoridade sanitária. Logo, é preciso que a legislação epidemiológica e os planos de contingência passem a contemplar mecanismos de proteção aos direitos humanos. O desafio de conciliar a saúde pública e as liberdades individuais é complexo, mas deixar de enfrentá-lo aumenta a possibilidade de que a escalada do pânico nos momentos de crise sanitária enseje violações

evitáveis, porém graves e de efeitos duradouros. Ademais, é preciso fomentar uma cultura de direitos humanos que favoreça o cumprimento das normas protetivas já existentes, como é o caso do sigilo sobre a identidade do paciente.

Por fim, o caso de John concede-nos uma pequena amostra dos riscos trazidos por propostas, normas e estudos sobre os sistemas de vigilância em saúde que não levam em consideração o impacto real de sua implementação sobre a vida das pessoas.

Deisy Ventura

é professora do Instituto de Relações Internacionais e da Faculdade de Saúde Pública da USP; bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq.

Vivian Holzacker

é mestre em Direito Internacional dos Direitos Humanos pela Universidade de Connecticut (EUA); foi Coordenadora de Proteção e Advogada da Caritas Arquidiocesana de São Paulo (2011-2014) e consultora do Alto Comissariado da ONU para Refugiados (Acnur) (2015).

135

Bibliografia

- AFRICANO com suspeita de Ebola esperou por 4 horas até ser atendido. 2014. *Fantástico*, Rede Globo. 12 out. Disponível em: <<http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2014/10/africano-com-suspeita-de-ebola-esperou-por-4-horas-ate-ser-atendido.html>>. Acesso em: 28 fev. 2016.
- AFRICANO com suspeita de Ebola passou por SP, SC e Argentina. 2014. *Terra*. 10 out. Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/brasil/africano-com-suspeita-de-ebola-passou-por-sp-sc-e-argentina,2187befdeeaf8410VgnVCM4000009bcceb0aRCRD.html>>. Acesso em: 28 fev. 2016.
- AFRICANO com suspeita de Ebola teve contato com 64 pessoas no Brasil. 2014. *UOL*. 10 out. Disponível em <<http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/efe/2014/10/10/africano-com-suspeita-de-ebola-teve-contato-com-64-pessoas-no-brasil.htm>>. Acesso em: 28 fev. 2016.
- AFRICANO Souleymane teme agora retornar a Cascavel. 2014. *Tribuna Paraná* [on-line]. Cidades. 14 out.

- AITH, F.; DALLARI, S. 2009. Vigilância em saúde no Brasil: os desafios dos riscos sanitários do século XXI e a necessidade de criação de um sistema nacional de vigilância em saúde. *Revista de Direito Sanitário*, v. 10, n. 2, pp. 94-125.
- APÓS suspeita de Ebola, haitianos enfrentam preconceito em Cascavel. 2014. *G1 [Globo]*. 14 out. Disponível em: <<http://g1.globo.com/pr/oeste-sudoeste/noticia/2014/10/apos-suspeita-de-ebola-haitianos-enfrentam-preconceito-em-cascavel.html>>. Acesso em: 28 fev. 2016.
- ARMED Conflict Location and Event Data Project. 2015. Guinéa. *ACLED Conflict Trends*, n. 43.
- BÉLGICA, FRANÇA, SUÍÇA. 2012. *Rapport de mission en République de Guinée 29 octobre – 19 novembre 2011 – Mission organisée conjointement par le CGRA (Belgique), l’OFPRA (France) et l’ODM (Suisse)*, March.
- BRASIL. 1975. Lei nº 6.259, de 30 de outubro. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.
- BRASIL. 1990. Lei nº 8.080, de 19 de setembro. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- _____. 1997. Lei nº 9.474, de 22 de julho. Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, e determina outras providências.
- _____. 2011. Decreto nº 7.616, de 17 de novembro. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – Espin, e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde – FN-SUS.
- BRASIL/MS. Ministério da Saúde. 2007. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- _____. 2009. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.
- _____. 2014a. Portaria nº 1.271, de 6 de junho. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.
- BRASIL/MS/SVS. 2014. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública – Doença pelo Vírus Ebola*. Versão 17. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- _____. 2016. Investigação de caso suspeito de doença pelo vírus Ebola no município de Cascavel/Paraná, outubro de 2014. *Boletim Epidemiológico*,

- v. 47, n. 17, pp. 1-7.
- CAMBRICOLI, F. 2014. Africanos e haitianos são hostilizados no PR após suspeita de Ebola. *O Estado de S. Paulo*. Saúde, 13 out.
- CANADÁ. 2014. Immigration and Refugee Board – Guinea: ethnic composition of police and military forces; treatment of Peul by authorities, including police and military, and in cases where a Peul individual requires State protection (2009-May 2014). *GIN104870*, 7 Nov.
- CERBINO NETO, J. 2014. Questões éticas no manejo de pacientes com doença pelo vírus Ebola. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 11, pp. 2256-58.
- CLATTS, M.; MUTCHLER, K. 1989. Aids and the dangerous other: metaphors of sex and deviance in the representation of disease. *Medical Anthropology*, n. 10, pp. 105-114.
- COGO, D.; SILVA, T. 2016. Entre a fuga e a invasão: alteridade e cidadania da imigração haitiana na mídia brasileira. *Revista Famecos – Mídia, Cultura e Tecnologia*, Porto Alegre, v. 23, n. 1. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistafamecos/article/viewFile/21885/13676>>. Acesso em: 17 abr. 2016.
- CONSELHO Federal de Medicina. 2009. Resolução nº 1.931. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, 17 set.
- CRUZ, L. C. 2014. Fotos. Paciente com suspeita de Ebola é transferido para o Rio de Janeiro. *Folha de S.Paulo*, 10 out. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/10/1530277-paciente-com-suspeita-de-ebola-e-transferido-ao-rio-de-janeiro.shtml>>. Acesso em: 17 abr. 2016.
- DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO. 2014. DPU recomenda preservação da identidade de pessoas com suspeita de Ebola. 20 out.
- DELGADO, P. 2012. Internação involuntária: implicações éticas, clínicas e legais. *Ciência Hoje*, v. 50, n. 295, pp. 78-79.
- DIAS, R. 2015. Derechos fundamentales de los pacientes al fin de la vida: de la ética médica al proyecto de código penal brasileño. *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, n. 3, pp. 99-116.
- ESTADOS UNIDOS. Bureau of Democracy, Human Rights and Labor. 2015. *Country Reports on Human Rights Practices for 2014 – Guinea*. Washington, DC, May.
- FASSIN, D. 2001. Une double peine – La condition sociale des immigrés malades du sida. *L'Homme*, v. 4, n. 160, pp. 137-62.
- FERREIRA, V. S. 2014. Artes e manhas da entrevista compreensiva. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 3, pp. 979-92.

- GOMES, A. et al. 2008. Código dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no SUS: o cotidiano hospitalar na roda de conversa. *Interface*, Botucatu, v. 12, n. 27, pp. 773-82.
- KAUFMANN, J.-C. 2013. *A entrevista compreensiva: um guia para a pesquisa de campo*. Petrópolis/Maceió: Vozes/Edufal.
- KENTIKELÉNIS, A. et al. 2015. The International Monetary Fund and the Ebola outbreak, *The Lancet Global Health*, v. 3, n. 2, e-69-e70.
- KEROUEDAN, D. 2015. Les bonnes pratiques de la “global health”: améliorer la santé ou bien gérer l’argent? In: KLEIN, A.; LAPORTE, C.; MARIE, C. (dirs.). *Les bonnes pratiques des organisations internationales*. Paris: Presses de Sciences Po.
- LANGLOIS, C.-V. 1893. Les anglais du Moyen Âge d’après les sources françaises. *Revue Historique*, t. 52, fasc. 2, pp. 298-315.
- MATTHEY, L. 2005. Éthique, politique et esthétique du terrain: cinq figures de l’entretien compréhensif. *Cybergeo: European Journal of Geography*, n. 312. Disponível em: <DOI: 10.4000/cybergeo.3426>.
- MINISTRO da Saúde presta mais esclarecimentos sobre o caso de suspeita de Ebola. 2014. *Portal Brasil*. 11 out. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/10/ministro-da-saude-presta-mais-esclarecimentos-sobre-o-caso-de-suspeita-de-ebola>>. Acesso em: 28 fev. 2016.
- MPF/DF quer assegurar sigilo de pacientes com suspeita de Ebola no Brasil. MPF – Ministério Público Federal. 2014. 17 out. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/df/sala-de-imprensa/noticias-df/mpf-df-quer-assegurar-o-sigilo-de-dados-pessoais-de-pacientes-que-surgirem-com-suspeita-de-ebola-no-brasil>>. Acesso em: 17 abr. 2016.
- NIANG, C. I. 2014. Ebola: une épidémie postcoloniale. *Politique étrangère*, n. 4, pp. 97-109.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. 2009. *Regulamento Sanitário Internacional (2005)*. Versão em português aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo nº 395/2009. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/viajante/Regulamento_Sanitario_Internacional_vers%C3%A3o%20para%20impress%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.
- _____. 2014. *Statement on the 1st meeting of the IHR Emergency Committee on the 2014 Ebola outbreak in West Africa*. 8 ago.
- _____. 2016a. *Statement on the 9th meeting of the IHR Emergency Committee regarding the Ebola outbreak in West Africa*. 29 mar.
- _____. 2016b. *Ebola situation report*. 30 mar. Disponível em: <<http://apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-30-march-2016>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

- PACIENTE que poderia ter Ebola deixa isolamento. 2014. *band.com.br*. 13 out. Disponível em: <<http://noticias.band.uol.com.br/cidades/noticia/?id=100000713770&t=>>>. Acesso em: 28 fev. 2016.
- PACIENTE que teve suspeita de Ebola sai de isolamento em hospital no Rio. 2014. *GI*. 13 out. Disponível em: <<http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2014/10/paciente-que-teve-suspeita-de-ebola-sai-de-isolamento-em-hospital-do-rio.html>>. Acesso em: 28 fev. 2016.
- PERFIL no Facebook de africano suspeito de ter Ebola no Brasil vira alvo de ataques de brasileiros. 2014. *O Globo*. Saúde. 10 out. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/perfil-no-facebook-de-africano-suspeito-de-ter-ebola-no-brasil-vira-alvo-de-ataques-de-brasileiros-14206836>>. Acesso em: 28 fev. 2016.
- PESQUISADORES da ENSP comentam suspeita de Ebola no país. 2014. *Informe ENSP*. 10 out.
- PROTOCOLO internacional é adotado em suspeita de caso de Ebola em Cascavel. 2014. *Agência de Notícias do Paraná*. 10 out.
- SACRAMENTO, I.; MACHADO, I. B. 2015. A imigração como risco para a saúde: uma análise das representações do imigrante africano na cobertura da *Folha de S.Paulo* sobre o Ebola. *Comunicação e Sociedade*, n. 28, pp. 25-47.
- SAMPAIO, L. 2014. Acre pede ajuda a governo federal para evitar que vírus do Ebola entre no país. *Folha de S.Paulo*. 30 ago.
- SANCHES, M. 2014. Com medo do Ebola, agentes da PF no Acre barram africanos que chegam em onda migratória. *O Globo*. 9 set.
- SANGUE de africano com suspeita de Ebola já foi enviado para novo teste. 2014. *O Estado de S. Paulo*. Saúde. 12 out.
- SANTOS, I.; NASCIMENTO, W. 2014. As medidas de quarentena humana na saúde pública: aspectos bioéticos. *Revista Bioethikos*, São Paulo, v. 8, n. 2, pp. 174-85.
- UNIÃO EUROPEIA. 2013. *Mission d'observation électorale de l'UE en République de Guinée – Rapport final – élections législatives*, 28 Sept.
- VENTURA, D. 2013. *Direito e saúde global – o caso da pandemia de gripe A(H1N1)*. São Paulo: Dobra Editorial/Expressão Popular.
- _____. 2015. Mobilidade humana e saúde global. *Revista USP*, n. 107, pp. 55-64.
- VILLAS-BÔAS, M. E. 2015. O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. *Revista Bioética*, v. 23, n. 3, pp. 513-23.
- WANSSA, M. C. 2011. Autonomia versus beneficência. *Revista Bioética*, v. 19, n. 1, pp. 105-17.

Depoimentos

- ANA. 2015. Depoimento. Entrevistadoras: Deisy de Freitas Lima Ventura e Vivian Holz hacker. Brasília/São Paulo, 2 out. 1 arquivo .mp3 (37:50 min.).
- JOHN. 2015. Depoimento. Entrevistadoras: Deisy de Freitas Lima Ventura e Vivian Holz hacker. São Paulo, 16 jul. 1 arquivo .mp3 (55:01 min.).

O CASO DO AMIANTO: OS LIMITES DAS SOLUÇÕES LOCAIS PARA UM PROBLEMA DE SAÚDE GLOBAL

Kathia Martin-Chenut e Jânia Saldanha

O direito, embora não acompanhe sincronicamente a sociedade, a economia e a política, sofre uma recomposição na sua paisagem jurídica. O espaço se desestatiza pela internacionalização do direito, pela descentralização e privatização das fontes. O tempo se desestabiliza, as leis durando enquanto estiverem em sintonia com a realidade social, em constante mutação. E a ordem se deslegaliza pelo ganho de força das fontes não legislativas (Delmas-Marty, 2004, p. 77) e da autorregulação. As categorias jurídicas são metamorfoseadas sob o impacto de novos conceitos como o de desenvolvimento sustentável (Martin-Chenut e Quenaudon, 2015). O desenvolvimento deixa de se confundir com crescimento para englobar objetivos amplos como o de um meioambiente saudável, de condições de trabalho e de vida dignos ou ainda de segurança dos indivíduos contra ameaças globais.

O contencioso em torno da utilização do amianto, que é objeto deste artigo, deve ser analisado levando em conta esse novo cenário, que compreende a complexidade da desnacionalização dos direitos, a desterritorialização das formas

institucionais e a descentralização das formas políticas do capitalismo, além da realocação geográfica dos investimentos produtivos e das mudanças radicais na divisão internacional do trabalho (Faria, 2004, p. 60).

Fruto de uma primeira reflexão conjunta sobre os limites das respostas nacionais ao problema de saúde pública global ou “glocal”¹, o artigo, inicialmente, apresenta a produção e o uso do amianto como problema de saúde pública “glocal”, para depois analisar o contencioso que ele acarreta, insistindo em seus limites.

Produção e uso do amianto: um problema de saúde pública “glocal”?

O amianto ou asbesto identifica um grupo de minerais da variedade crisotila ou dos anfíbolios (IARC, 2012). Esse grupo mineral apresenta como características físico-químicas flexibilidade, resistência mecânica, baixa condutividade térmica, boa capacidade de isolamento térmica e acústica e possui similitude com o cimento e resinas, assim como estabilidade em ambientes de pH variável (Saldanha e Blatt, 2007).

Essas características particulares facilitaram o largo uso do mineral ao longo do século XX, fato que, inevitavelmente, despertou o interesse econômico de empresas e Estados. O uso industrial e comercial do amianto relaciona-se a cerca de 3 mil aplicações (IARC, 2012, p. 3). Do ponto de vista de sua utilidade, por exemplo, esse mineral se presta para produzir telhas onduladas, caixas d’água, tubos, placas de revestimento, isolantes térmicos e produtos de fricção como discos de embreagem, pastilhas e lonas de freios de veículos.

É inegável, portanto, que, em plena era da industrialização desenfreada, os derivados do amianto ocuparam

¹ Neologismo com a contração das palavras *global* e *local*.

um lugar importante nas matrizes produtivas desde a passagem do século XIX para o XX (Saldanha e Blatt, 2007, p. 2). Por isso, durante os primeiros 75 anos, o amianto foi explorado, produzido e consumido pelos países industrializados da Europa. Entretanto, o Canadá e a ex-União Soviética foram os países que reuniram o monopólio de dois terços da produção mundial (Vogel, 2005) em boa parte do século passado. Na Rússia, logo após o fim da Primeira Grande Guerra, a necessidade de modernizar as redes ferroviárias requereu aumento da produção do amianto, a qual, na década de 1970, ultrapassa a do Canadá para, poucos anos depois, na década de 1990, experimentar queda relacionada à falta de organização das atividades industriais e à crise do setor de construção. Já o Canadá, passou de primeiro produtor mundial à condição de Estado que interditiou totalmente, a partir de 2012, a produção de amianto. Contudo, esse país exemplifica a prática do duplo *standard*, que vigorou durante décadas no comércio mundial desse minério. Embora houvesse reduzido o consumo interno a quase zero, exportava 95% de sua produção para países da Ásia e da América Latina. Apesar de admitir seu caráter “prejudicial”², continuou exportando o minério como se ele não fosse nefasto quando exportado (Andeva, 2014). Durante anos, o Canadá foi o grande defensor e promotor do “uso controlado” do amianto, razão que inspira, ainda hoje, os países que o exploram.

No ano de 2005, a União Europeia proíbe a produção e o consumo do produto³. O banimento de seu uso decorreu da forte e longa pressão de organizações sindi-

² “Não utilizamos o amianto no Canadá faz 30 anos porque sabemos que é bastante prejudicial”. Apenas em 2015, o *Santé Canada* (Ministério da Saúde local) muda em seu sítio eletrônico a advertência sobre o uso do amianto dizendo: “Em caso de inalação, as fibras de amianto podem causar câncer e outras doenças”. Essa recomendação altera a anterior que referia que o amianto quando “aspirado em grandes quantidades” seria nefasto à saúde (Canadá, 2015; Santé, 2015).

³ A França proíbe sua utilização desde 1997 (França, 2012).

cais, de vítimas e representantes de vítimas que sofreram danos direta ou indiretamente. Contudo, ele não faz parte do passado. Além da Rússia, atualmente existem minas na África do Sul, no Brasil, no Cazaquistão, na China, no Zimbábue, entre outros. Os países em desenvolvimento que exploraram o minério ao longo do século XX receberam estímulos financeiros de empresas europeias para isso (Vogel, 2005, p. 2).

Estudos científicos demonstram ser o amianto causador de uma verdadeira “catástrofe sanitária”, que produz danos de dupla face: (a) à saúde humana, por provocar doenças como *asbestose* (fibrose pulmonar); *câncer de pulmão* (tumor maligno); *mesotelioma* (tumor maligno de pleura e pericárdio); *câncer lingual, laringe e ovário, faringe, estômago e cólon retal* (IARC, 2012, p. 76)⁴; e (b) ao meio ambiente, tanto durante o curso de sua extração e produção quanto depois, no curso da gestão dos dejetos.

144

No Brasil, a Portaria nº 9, de 7 de outubro de 2014, do Ministério do Trabalho e Emprego, Saúde e da Previdência Social, seguindo a linha do Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC), classificou o amianto, sob qualquer de suas formas, como um agente cancerígeno para humanos (Brasil, 2014). Contudo, há uma significativa diferença entre esse reconhecimento teórico e o que acontece na realidade. De fato, segundo o *Boletim Epidemiológico Morbimortalidade de Agravos à Saúde Relacionados ao Amianto no Brasil, 2000 a 2011*, elaborado pelo Centro Colaborador de Vigilância dos Agravos à Saúde Relacionados ao Trabalho, da Universidade Federal da Bahia – UFBA (Centro Colaborador UFBA/ISC/Pisat, 2012), há

⁴ Pesquisa finalizada no ano de 2012 pelo Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC; em inglês, IARC) indica serem carcinogênicas todas as formas de asbestos ou amianto, incluindo a “acrolite, amosite, anthophyllite, chrysotile, crocidolite e tremolite” (IARC, 2015).

uma assimetria entre os verdadeiros números do drama de saúde pública provocado pelo uso do amianto e os registros de morte que dele decorrem. Assim, os índices apresentados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) não correspondem à catástrofe sanitária realmente existente. Isso se deve ao “recorrente sub-registro da relação das doenças e acidentes com o trabalho” (Centro Colaborador UFBA/ISC/Pisat, 2012), que se intensifica no caso do amianto em razão do longo espaço temporal – superior a vinte anos – que medeia entre o uso desse minério e o início do aparecimento dos sintomas das doenças que ele provoca.

Enquanto alguns países da América Latina alteraram suas legislações internas e proibiram integralmente o uso do amianto, como Argentina, Chile, Honduras e Uruguai, outros, não apenas permitem, como experimentam crescimento na produção e consumo do mineral, o que tem provocado um significativo problema de saúde pública. Essa é a situação do México, que vive uma verdadeira epidemia de mesotelioma (Andeva, 2015; El País, 2014).

As fortes pressões econômico-políticas, de um lado, e a luta em defesa dos direitos humanos, de outro, compõem o quadro tenso desenhado no embate entre as posições contrárias e favoráveis ao uso do amianto, e que expressam, em verdade, a dupla face da globalização. A primeira é representada por uma sorte de atitudes contra-hegemônicas, expressas no denominado cosmopolitismo insurgente e em nome do “comum” em matéria de direitos humanos, vinculadas às posições dos atores nacionais e não nacionais contrários ao uso do minério. A segunda é representada por atitudes hegemônicas, expressas por meio dos localismos globalizados e dos globalismos localizados, ligadas aos defensores do uso controlado do amianto.

A interdição do amianto: resistência do cosmopolitismo subalterno

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de cinquenta países proíbem completamente o amianto⁵. Esses países, bem como organizações não governamentais, tanto em nível nacional, a exemplo da Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto (Abrea) e da Associação Baiana dos Expostos ao Amianto (Abea), como global, representada pela Ban Asbestos Network, cuja coordenação regional fica a cargo da Rede Virtual-Cidadã pelo Banimento do Amianto na América Latina (Abrea, 2015), quanto também a Association Nationale de Défense des Victimes de l'Amiante (Andeva, 2015), da França, são contrários ao uso controlado do amianto pelo fato de que os estudos científicos não determinam um índice mínimo em que seu manuseio e consumo não causariam danos à saúde e ao meio ambiente.

146

No Brasil, algumas empresas, voluntária ou compulsoriamente, caminharam e caminham em direção à abolição total do uso do amianto. Exemplo do primeiro caso foi a empresa Brasilit, controlada pelo grupo francês Saint-Gobain, que após o banimento na França em 1997 (Brasil, 1996), abandonou a antiga parceira Eternit e passou a investir em materiais substitutivos e defender a ampliação desse novo mercado (Brum, Cançado e Barrocal, 2005). Exemplo do segundo caso são as empresas Infibra e Confibra, que, em 2015, obrigaram-se, no âmbito de um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) firmado com o Ministério Público do Trabalho, a cessar a utilização do mineral como matéria-prima de seus produtos até 1º de janeiro de 2017 (Ecodebate, 2015).

⁵ São eles: Argélia, Argentina, Austrália, Bahrain, Brunei Darussalam, Chile, Egito, os 28 Estados da União Europeia, Gabão, Honduras, Islândia, Israel, Japão, Jordânia, Kuwait, Moçambique, Noruega, Omã, Qatar, República da Coreia, Arábia Saudita, Servia, República das Seychelles, África do Sul, Suíça, Turquia e Uruguai (OMS, 2014). No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer indica a proibição em 62 países (INCA, 2016).

Outrossim, na medida em que o contato com o amianto se manifesta também no âmbito das relações de consumo, órgãos de defesa e proteção do consumidor têm atuado contra o uso do mineral, como é o caso do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec, 2007). É evidente, assim, que o problema provocado pela exploração e uso do amianto transcende a esfera ocupacional, sendo uma ameaça à saúde pública e ambiental, pondo em risco os trabalhadores (tanto na extração, como na industrialização), consumidores, moradores em áreas próximas de minas e fábricas. A “exposição não ocupacional ou ambiental” refere-se a exposições domésticas, poluição do ar tanto no exterior como no interior de ambientes, entre outras, segundo a OMS (2014).

A Abrea, entidade decretada de utilidade pública em nível federal e estadual, pode ser considerada a principal organização brasileira que lidera a luta em favor da interdição total do uso do amianto no Brasil (Castro, Giannasi e Novello, 2003, p. 908). Os fundamentos dessa luta são confirmados pelo último relatório da OMS, que demonstra não existir, realmente, nenhum limite seguro de utilização do mineral.

Desse modo, questões estruturais vividas em diversos países e relacionadas aos problemas de saúde pública e ambiental têm estimulado e direcionado tomadas de posições público-institucionais em defesa desses dois bens comuns da humanidade, e contra a hegemonia da prevalência dos interesses econômicos como fim último. As campanhas nacionais e mundiais, patrocinadas sobretudo por atores privados com origem na sociedade civil, pressionam os Estados e as empresas privadas a abandonar a exploração e o uso do amianto. Esse desenho de participação política e militante pode ser decifrado no contexto das premissas do *cosmopolitismo insurgente e subalterno*, na dicção de Boaventura de Sousa Santos (2006). Em verdade, ele compõe um

quadro de luta e resistência por iniciativa de múltiplos atores, movimentos e organizações como condição de possibilidade de afirmação de certos princípios e bens inseridos na noção de “comum” (Delmas-Marty, 2010, p. 207) da humanidade, que balizam as lutas transnacionais globalmente (Santos, 2006, pp. 437-41).

A aceitação do uso controlado do amianto: localismo globalizado e globalismo localizado

Inúmeros atores nacionais e não nacionais, fundados sobretudo em razões econômicas, assumem declarada posição em favor do uso controlado do amianto. Invocando marcos normativos internacionais, apegam-se, em primeiro lugar, à Convenção 162 da OIT (Organização Internacional do Trabalho), de 4 de junho de 1986, realizada em Genebra (Brasil, 1991), na referência que esse texto faz sobre o uso controlado do amianto crisotila. Ignoram, porém, que vinte anos mais tarde, durante a 95ª sessão da OIT, esse organismo internacional, alarmado pela morte de aproximadamente 100 mil trabalhadores por ano no mundo em razão do contato humano com esse mineral por motivos ocupacionais, aprovou a resolução, adotada em 14 de junho de 2006 (Bureau International du Travail, 2006), que decidiu: (a) pela supressão do uso futuro do amianto, bem como a identificação e a gestão correta do amianto “atualmente presente” para proteger os trabalhadores, evitar futuras doenças e mortes; e (b) que a Convenção 162 sobre o amianto não deveria servir para justificar ou aceitar o prosseguimento do uso do amianto.

Já do ponto de vista da legislação interna brasileira, os atores nacionais – públicos e privados – defensores da continuidade do uso do amianto invocam a Lei nº 9.055/95, que dispõe sobre a extração, industrialização, utilização, comercialização e transporte do asbesto/amianto e derivados. Essa lei proíbe a exploração e uso do amianto “azul” e

do amianto “marrom”⁶, permitindo apenas a realização de tais atividades com o amianto “branco” crisotila.

O Sumário Mineral de 2014 (DNPM, 2014), cujo ano base foi 2013, do Departamento Nacional de Produção Mineral do Ministério de Minas e Energia (DNPM), indica que o Brasil é o terceiro maior produtor de amianto, sendo precedido pela Rússia e pela China. O Cazaquistão se encontra em quarto lugar no *ranking* mundial. O Brasil, no ano em referência, conheceu um decréscimo de 4,51% na produção, sendo 44,2% dela destinadas ao mercado externo, cujo volume de exportação teve também 16,5% de queda. Embora registre queda interna na produção de amianto, o Brasil passou do 5° para o 3° lugar no *ranking* mundial, dado que demonstra a prevalência de políticas estatais dirigidas e praticadas para preservar os interesses econômicos, em detrimento dos problemas de saúde e ambientais que o amianto provoca. Nesse sentido, dados fornecidos pela OMS indicam que, no mundo, 125 milhões de pessoas estão expostas ao minério por razões de trabalho, e o número de mortes causadas por ele atinge a cifra aproximada de 107 mil pessoas por ano (OMS, 2016).

149

O amianto brasileiro deriva da mina de Cana Brava, única lavra de crisotila em produção no território nacional e que está localizada em Minaçu, Goiás. É a grande – senão a única – fonte de renda do município, cuja empresa exploradora é a Sama. Segundo o *Sumário mineral* do DNPM (2014), em 2013, foram investidos 6,34 milhões de reais no projeto para aquisição, reforma de equipamentos, inovações tecnológicas e de sistemas, infraestrutura, meio ambiente, saúde e segurança no trabalho.

Outros atores atuam ativamente em favor do uso do amianto. Originado com inspiração canadense, o Instituto Brasileiro de Crisotila (IBC, 2016), pessoa jurídica de

⁶ Anfibólios: actinolita, amosita, antofilita, tremolita.

direito privado, reúne como parceiros as grandes empresas que comercializam o amianto e os produtos dele derivados. Coerente com essa premissa, seu Conselho Superior (IBC, 2016) é integrado por representantes de inúmeras empresas brasileiras e transnacionais como: Sama, Eternit e Isdralit. Registre-se que a empresa Eternit, considerada a maior fabricante de coberturas do Brasil, não apenas defende o uso controlado do amianto crisotila como também é a empresa controladora da Sama, a terceira maior produtora de crisotila do mundo. A condenação penal dos diretores da Eternit em processo que tramitou em Turim, como veremos em seguida quando discorreremos sobre o contencioso relativo ao amianto na Itália, não serviu de exemplo para que a empresa abandonasse o uso do amianto em seus produtos.

150

No Brasil, o IBC, com o suporte de todas as empresas “parceiras”, é a instituição defensora do uso controlado do amianto crisotila, fundando-se em pesquisas que patrocina. Uma de suas pesquisas afirma que “baixas exposições a crisotila não representam risco perceptível à saúde” (IBC, 2014). Contudo, essa conclusão contraria estudos mundiais que afirmam a inexistência de qualquer limite tolerável ao contato humano com o amianto. As grandes empresas envolvidas nesse nicho de mercado sustentam, primeiramente, que o amianto não é um problema de saúde pública, mas sim ocupacional. E, segundo, que o amianto permitido no Brasil é o menos agressivo, bem como já foi desenvolvida tecnologia capaz de tornar o processo de extração e industrialização⁷ seguro aos trabalhadores.

Pesquisadores da Unicamp (2010, pp. 28-29), no estudo *Avaliação do impacto econômico da proibição do uso do amianto na construção civil*, foram contrários às teses favoráveis ao

⁷ São exemplos disso: (a) despoeiramento; (b) recorte de telhas em cabines enclausuradas; (c) moinhos de cacos nas fábricas; (d) treinamento e proteção individual; (e) moldagem de pequenas peças feitas a úmido.

uso controlado do amianto de que: (a) fibras alternativas seriam viáveis, já estariam em processo avançado de substituição e que os efeitos negativos seriam apenas ao segmento do amianto, os quais poderiam ser compensados com políticas de apoio a Minaçu, a região atingida; (b) os efeitos negativos poderiam ser compensados com a ampliação dos investimentos e dos empregos em tecnologias alternativas; e (c) os efeitos sobre os preços dos produtos alternativos não seriam significativos e esses poderiam custar no máximo 10% mais caro do que os produtos produzidos com amianto. A conclusão é taxativa: “A forma mais eficaz de se obter um controle efetivo sobre os riscos representados pelo amianto é por meio da proibição da extração, do transporte, da industrialização, da comercialização e da utilização do amianto em todas as suas formas no território brasileiro” (Unicamp, 2010, p. 30).

Seguramente, os fortes interesses econômicos de espectro mundial, que envolvem interesses públicos tanto dos poucos países produtores de amianto, quanto das grandes empresas transnacionais que exploram a extração, produção e fabricação dos seus derivados, exercem um papel fundamental na manutenção da tese do uso controlado. A estratégia utilizada pelo IBC nos faz pensar no Comité Permanent Amiante (CPA), da França, promotor do uso controlado do amianto e que, em 2005, teve seu papel analisado em um relatório do Senado daquele país, que lhe consagrou uma sessão cujo título evocador era: “O Estado anestesiado pelo *lobby* do amianto” (França, 2005). Diante de estudos científicos que comprovam a nocividade das fibras de amianto, não é possível sustentar que o mesmo não ofereça risco algum à saúde humana e ao meio ambiente.

A manutenção de uma indústria que gera milhões de dólares anualmente, para poucos, integra a lógica do processo de globalização hegemônica que apresenta uma dupla face (Santos, 2006; Saldanha e Blatt, 2007). A primeira

pode ser identificada como um “localismo globalizado”, porque a lógica do uso controlado, assumida pela lei federal brasileira, tem origem na cruzada mundial pró-amianto, desenvolvida por vários anos pelo Canadá, que, como visto, há mais de trinta anos deixou de consumir internamente esse mineral. Com efeito, sempre que determinada lógica particular ou ator pode ser identificado como vencedor de uma luta pela apropriação de determinado saber ou prática, capaz de impor padrões de negociação, de produção, de inclusão ou de exclusão, estará presente o localismo globalizado. E, na medida em que essas lógicas ou padrões são “exportados”, provocando um impacto muito específico em legislações ou ações de outros países, emerge a outra face da globalização hegemônica, qual seja, a de um globalismo localizado por, amiúde, determinar, desintegrar e desestruturar certas condições locais para, depois, reestruturá-las sob a forma de uma “inclusão subalterna” (Santos, 2006, p. 434).

152

Justamente por isso e diante das inércias dos Poderes Executivo e Legislativo, é que a problemática do amianto tem sido judicializada.

A judicialização do caso do amianto em perspectiva comparada

O embate entre defensores e detratores do uso controlado do amianto, presente em inúmeros países, tem sido transformado em demandas judiciais perante os sistemas de justiça nacionais, com a finalidade seja de questionar as leis internas que autorizam a sua produção e uso, seja para que as vítimas ou suas famílias reivindiquem reparação dos danos sofridos. Tais demandas são fundadas em textos constitucionais e internacionais relativos aos direitos humanos, que protegem, direta ou indiretamente, o direito à saúde e ao meio ambiente.

O ritmo e as respostas que os sistemas de justiça têm dado a tais demandas dependem da complexidade do sis-

tema processual e da estrutura da própria justiça. Abordaremos, neste artigo, o exemplo brasileiro para, em seguida, compará-lo aos exemplos francês e italiano.

O exemplo brasileiro

Os conhecidos danos à saúde individual e coletiva das pessoas, bem como os danos ao meio ambiente produzidos pela exploração, produção e consumo do amianto crisotila até hoje não foram suficientes para deflagrar uma tomada de atitude do Congresso Nacional brasileiro para derrogar inteiramente a lei interna que permite a exploração e consumo dos produtos que têm por base o referido minério. Tampouco têm sido suficientes as normativas internacionais protetivas da saúde e do meio ambiente, como a já mencionada Resolução da OIT de junho de 2006, que indica claramente a posição contrária da instituição quanto ao uso do amianto e em favor da saúde e da segurança no trabalho; ou, no âmbito interamericano, do Protocolo de San Salvador de 1988, relativo aos direitos econômicos, sociais e culturais, cujo conteúdo normativo o Brasil está obrigado, convencionalmente, a respeitar.

Contudo, do ponto de vista do direito interno, ainda que a Constituição Federal (CF) atribua a tais direitos o *status* de direitos fundamentais, há no país uma verdadeira “diáspora legislativa” na matéria. Isso se deve à estrutura do Estado brasileiro, que possibilita competência concorrente para legislar sobre saúde e meio ambiente. Tal dispersão também ocorre quanto ao quadro legislativo relativo ao uso do amianto. Este⁸, como consequência da combinação de competências enumeradas para a União (CF, art. 21 e 22) e para os municípios (CF, art. 30), e residual para os estados (CF, art. 25, parágrafo 1º), exclusivas ou privativas

153

⁸ Uma tabela da Abrea (2011) retrata o quadro de proibição do amianto no Brasil, seja por leis estaduais ou municipais.

(delegáveis – CF, art. 22, parágrafo único), áreas de atuação comuns e competências legislativas concorrentes da União e estados. Mas a dispersão de competências é só parte do problema. Seria totalmente enganador pensar que a resolução dessa diáspora repousaria apenas em uma uniformização legislativa nas esferas estadual e municipal. Uma solução desse cariz não enfrentaria o problema central – a exploração e o uso do amianto e os danos que produz – que está já à espera de uma resposta do Poder Judiciário. Nesse sentido, o que ainda permanece sem resposta é se a Lei nº 9.055/95 respeita a Constituição Federal e as convenções protetivas dos direitos humanos.

154

O tangenciamento do problema puramente às questões de forma legislativa ficou patente no objeto e, depois, nas decisões proferidas, nas duas primeiras ações envolvendo o amianto que chegaram ao Supremo Tribunal Federal (STF) no ano de 2001. As ADIs (ações diretas de inconstitucionalidade) nº 2.396 e nº 2.656 foram ajuizadas pelo governador do Estado de Goiás contra, respectivamente, a Lei nº 2.210, de 2001, do Estado do Mato Grosso do Sul, e a Lei nº 10.813, de 2001, do Estado de São Paulo. Assim, o STF, sob a alegação de que a análise das questões técnicas relativas ao uso do amianto fugia de sua competência, apenas reafirmou ter competência em termos de legalidade constitucional, decidindo que não caberia a ele dar a última palavra concernente às propriedades técnico-científicas do amianto, já que sua atuação estaria restrita apenas à verificação do contraste entre a lei ordinária e o parâmetro constitucional” (STF, 2003). Desse modo, se limitou a declarar a inconstitucionalidade da lei estadual apenas porque o Mato Grosso do Sul teria extrapolado sua competência concorrente para legislar sobre produção e consumo (CF, art. 24, IV), proteção ao meio ambiente e controle da poluição (CF, art. 24, VI), proteção e defesa da saúde (CF, art. 24, XII; STF, 2003). Na medida em que a Lei nº 9.055/95, ainda

em vigor, permite produção e venda do amianto crisotila, a Suprema Corte entendeu que as legislações estaduais extrapolaram a sua competência. Então, o vício de inconstitucionalidade reconhecido foi apenas a existência de inconstitucionalidade formal (STF, 2003).

Em 30 de novembro de 2004, a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Indústria promoveu a ADI nº 3.357 questionando a constitucionalidade da Lei nº 11.643, de 2001, do Rio Grande do Sul, que proíbe o uso de amianto, sob o argumento de que esse texto legislativo viola o princípio da livre-iniciativa previsto no artigo 170 da CF e por invasão de competência da União. O então Ministro Relator Ayres Britto foi o primeiro a votar nessa ação, entendendo que a Carta Constitucional deve ser aplicada de forma imediata. Afirmou que, “por se cuidar de competência legislativa, igualmente primária, a União não precisa esperar pelos Estados e os Estados não precisam esperar pela União”. Completou dizendo que “Se a União resolve tomar a dianteira do ato de legislar pode fazê-lo, mas há de se conter na produção de normas gerais”. Segundo ele, “Como as normas gerais não são plenas e as normas suplementares não são plenas, é dessa adição das normas gerais da União e suplementares dos estados que se alcança a plenitude normativa, que se perfaz em torno de um bem jurídico de matriz constitucional”. Para Ayres Britto, os bens jurídicos contidos na CF, como meio ambiente, saúde, entre outros, recebem uma constante proteção normativa, o que decorre da simples verificação de “serem ambos os bens jurídicos classificados como fundamentais” (STF, 2012, p. 6).

Em 6 de agosto de 2007, a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Indústria ajuizou perante o STF outra ADI, de nº 3.937, questionando a constitucionalidade da Lei nº 12.684, de 2007, do Estado de São Paulo, cujo texto proíbe o uso de todo e qualquer tipo de amianto nesse estado. Nessa demanda (CNTI, 2007), a Confederação apresentou

uma alegação de natureza substancial, qual seja, a da compatibilidade do uso do amianto crisotila com a saúde humana e a já conhecida alegação de natureza formal de inconstitucionalidade do texto estadual porque essa legislou sobre normas gerais de produção e de consumo, cuja competência é do legislador federal. No âmbito dessa ação, nos dias 24 e 31 de agosto de 2012, realizou-se audiência pública (Youtube, 2012a) por determinação do Ministro Relator Marco Aurélio Mello. Foram ouvidas 35 pessoas acerca das implicações da produção e uso do amianto para a saúde humana e também para o interesse da economia e do mundo do trabalho.

Nessa ocasião, o depoimento do médico Ubiratan de Paula Santos (Youtube, 2012b) reforçou as conclusões do CIRC publicadas no mesmo ano de 2012, no sentido de que o amianto crisotila é comprovadamente cancerígeno. Lembrou o médico que 90% do amianto que se consome no mundo é o crisotila. Desse modo, não teria nenhuma lógica satisfazer-se com a proibição dos demais tipos de amianto que, à evidência, dada a quantidade de consumo, não são os responsáveis pela totalidade dos números mundiais da doença. Na mesma ocasião, o médico Marcos Sabino reforçou que o uso do amianto é causador de elevado índice de morbidade. Ele rebateu veementemente a tese de que com a adoção de medidas de controle, a partir de 1980, os problemas estariam sob controle e que os casos existentes seriam remanescentes de uma época em que o amianto era usado de forma indiscriminada. No entanto, o Ministro Marco Aurélio de Melo, ao proferir seu voto (STF, 2012), em 30 de outubro de 2012, disse não haver “indicação de que o amianto seja mais perigoso do que outras substâncias como o tabaco, o álcool e o benzeno” e que, mais, não se poderia proibir um produto pela via judicial. Além disso, não haveria incompatibilidade entre a lei federal e a Convenção 162 da OIT, que não proíbe o uso do amianto criso-

156

tila. Proibir completamente o seu uso, segundo o ministro, provocaria um grave problema econômico que uma Corte Suprema deve evitar. Mantendo a posição que adotou no voto apresentado na ADI nº 3.357, o Ministro Ayres Britto votou pela improcedência da ADI.

Apenas em 2 de abril de 2008, a Associação Nacional dos Procuradores do Trabalho (ANPT) e a Associação dos Magistrados Trabalhistas (Anamatra) promoveram a ADI nº 4.066 (STF, 2008), questionando a constitucionalidade do artigo 2º da Lei nº 9.055/95, que estabelece a possibilidade da exploração e uso do amianto crisotila no Brasil. Embora tenha sido requerida a suspensão liminar da aplicação do dispositivo citado, até a presente data ela não foi analisada, tampouco decidida.

Embora o julgamento das duas primeiras demandas tenha sido iniciado há mais de três anos, e o da terceira há oito anos, não há indicação de data no histórico desses processos (STF, 2004) para a continuidade ou início de julgamento, respectivamente. Evidentemente que, à luz da teoria e do sistema constitucional brasileiro e dos compromissos convencionais, o voto do Ministro Marco Aurélio de Mello na ADI nº 3.739 é, no mínimo, equivocado. Faz parte das atribuições de uma Corte Constitucional – aliás, esta é a principal razão de sua existência – julgar a inconstitucionalidade de leis ordinárias e, para tanto, invariavelmente é conduzida a realizar análises substanciais que envolvem conhecimentos específicos. Justamente para munir a Corte Suprema de argumentos para enfrentar situações desse jaez é que o legislador criou a figura da audiência pública. A integral substancialização desse instituto, relativamente novo nas práticas processuais do Brasil, somente acontecerá se o conteúdo das manifestações orais repercutirem no conteúdo das decisões dos juízes. É preciso registrar também que as instâncias ordinárias da jurisdição trabalhista têm decidido contrariamente às empresas que fazem uso do amianto. Instituições como o

Ministério Público do Trabalho (MPT) vêm concentrando esforços para banir o uso em todas as suas extensões pela via de ações civis públicas, que exigem indenização aos trabalhadores que tiveram contato com o amianto por irregularidades no ambiente de trabalho.

Dentre as ações civis públicas, destaca-se a ajuizada pelo MPT em São Paulo contra a empresa Eternit – que desde 2013 estava suspensa em caráter liminar pelo Ministro Celso de Mello por examinar a Reclamação (RCL) da Eternit, que questionava as ações. No entanto, o Procurador-Geral da República Rodrigo Janot emitiu parecer em agravo regimental da Abrea, derrubando todos os argumentos apresentados pela empresa. Em seu julgamento final, o ministro aceitou o parecer de Janot. Sendo assim, a despeito de todos os esforços da Eternit em procrastinar o feito, segue ativo o pedido de condenação em 1 bilhão de reais por danos (notadamente reparação transindividual) que teriam sido causados a ex-empregados de uma fábrica em Osasco (SP), cidade onde a empresa manteve planta industrial por 52 anos (MPT, 2016).

158

Houve também uma importante ação ajuizada pelo MPT de Santa Catarina após a loja de material de construção Dal Mas & Amaral Ltda. se negar a firmar TAC para tomar medidas necessárias de proteção aos empregados expostos ao produto. A loja foi condenada a encaminhar anualmente ao Sistema Único de Saúde (SUS) e ao sindicato profissional uma listagem de empregados expostos e ex-expostos ao asbesto/amianto, com avaliação médica e diagnóstico de radiografias de tórax para identificar pneumoconioses, realizar exames médicos de controle dos trabalhadores durante trinta anos. A Dal Mas & Amaral também deverá fornecer gratuitamente equipamentos de proteção individual (EPIs) adequados ao risco, como proteção respiratória e roupas específicas para o manuseio do produto. Deve ainda controlar a emissão de poeira do amianto no

estabelecimento e eliminar os resíduos, que contêm asbesto, sem gerar risco à saúde dos trabalhadores e da população em geral (MPT, 2016).

Experiências comparadas podem indicar se o sistema jurídico-processual brasileiro está no caminho das respostas mais adequadas para não só banir definitivamente o amianto quanto para reparar toda sorte de danos causados à saúde e ao meio ambiente.

Os exemplos francês e italiano

Se, no Brasil, o contencioso relativo ao amianto está focado no sistema de controle concentrado e abstrato da constitucionalidade, tanto quanto em demandas coletivas promovidas pelo Ministério Público do Trabalho, o estado da questão na França e na Itália obedece a uma lógica um pouco diferenciada e da qual o sistema judiciário brasileiro poderá tomar interessantes lições. É revelador que, até o presente momento, o contencioso do amianto não aportou aos foros da justiça penal brasileira, ainda que o artigo 278 do Código Penal (CP) esteja em vigor⁹, bem como a Lei n° 9.605/98, que regula os crimes ambientais.

159

Na França, a década de 1990 foi marcada pelo escândalo do amianto, que eclodiu com o prognóstico de que até o ano de 2025 haveria em torno de 100 mil mortes em decorrência da exposição ao mineral, seja por razões profissionais ou ambientais. O reconhecimento dos danos de massa levou o legislador francês a criar dois fundos para viabilizar as indenizações, o FCAATA em 1999 e o FIVA em 2002 (Keim-Bagot, 2016).

No ano de 2002, a Corte de Cassação francesa proferiu inúmeras decisões em ações de indenização cujo conteúdo

⁹ Espécie de crime contra a saúde pública: “Fabricar, vender, expor à venda, ter em depósito para vender ou, de qualquer forma, entregar a consumo coisa ou substância nociva à saúde, ainda que não destinada à alimentação ou a fim medicinal.”

causou enorme impacto no direito de acidentes do trabalho. Moraine Keim-Bagot destaca que a profunda transformação nesse ramo do direito adveio da compreensão daquela alta Corte de que os empregadores faltaram com a sua obrigação de “segurança”. Os casos relativos ao amianto foram o ponto de partida de uma verdadeira metamorfose da reparação em matéria de risco profissional e levaram à afirmação do direito do trabalhador à proteção efetiva de sua saúde em direito do trabalho e, portanto, além do direito da seguridade social. Porém, lembra a autora, que “a complexa cadeia de responsabilidades individuais que levaram a uma tal catástrofe sanitária não foi elucidada” (Keim-Bagot, 2016, p. 309). Se a Justiça reconheceu a responsabilidade do Estado por omissão, as vítimas não lograram obter junto à justiça francesa o reconhecimento da responsabilidade dos empregadores, notadamente no campo penal, ao contrário da posição tomada pela justiça de Turim, na Itália, comentada a seguir. A autora coloca em evidência a inadaptação da legislação penal francesa às catástrofes sanitárias (Keim-Bagot, 2016, p. 310). Dentre os obstáculos levantados, podem ser mencionados a questão do tempo (doenças que se manifestam dezenas de anos mais tarde) não somente por suas implicações em termos de prescrição, mas também por dificultar a identificação dos responsáveis pelo desaparecimento das empresas, dos empregadores e das vítimas.

Tal inadaptação, somada à inação estatal muito específica, uma vez que o Ministério Público jamais apresentou qualquer denúncia¹⁰, bem serviu aos propósitos empresariais de isentar-se de responsabilidade. Esse acanhamento, segundo a autora citada, é muito peculiar às catástrofes sanitárias, mas que, no caso do amianto, assumiu características particulares

¹⁰ É preciso ressaltar que, na França, vigora o princípio da oportunidade da ação penal, e que existe um vínculo de dependência entre o Ministério Público e o Ministério da Justiça. A iniciativa de acionamento da justiça penal na França foi proveniente das associações de vítimas.

em face da “colusão” (Keim-Bagot, 2016, pp. 312-13) entre os órgãos públicos e os empresários do amianto. Resta, desse modo, que, no plano penal, Estado e empresas jogaram uns contra os outros a culpa e, ao final, nenhum desses atores assumiu qualquer responsabilidade pelo desastre do amianto. Em 2015, passados quase vinte anos do início do processo penal, as vítimas voltaram à estaca zero (Le Monde, 2015).

No plano civil, a condição das vítimas também restou sofrível porque os empresários apenas de modo muito marginal foram demandados. A existência dos fundos antes citados, em vez de melhorar a condição das vítimas, produziu o espectro de uma responsabilidade coletiva que viabilizou indenizações rápidas e quase automáticas, e, com isso, esvaziou a busca de responsabilidades individuais. Na mesma senda, embora o Estado francês fosse responsável por “falta” ou omissão, os fundos de indenização das vítimas só vieram a confirmar a frágil responsabilidade estatal.

É evidente, por qualquer ângulo que se analise o caso francês, a inadaptação dos regimes de responsabilidades diante dos imensos danos causados pela produção e uso do amianto, que, segundo Keim-Bagot (2016, pp. 316-17), deve servir de “alerta no plano internacional”, pois a chancela do uso do amianto, ainda hoje, oculta a profunda tragédia humana e ambiental que vitimiza muitas vidas humanas.

Já o caso italiano, que se limitou ao âmbito penal, trouxe esperanças de uma responsabilização, em um contexto de globalização, dos detentores do poder econômico e das decisões implicando violações do direito à saúde. E isso decorreu da atuação do Ministério Público italiano, que, de maneira similar ao Brasil e em oposição à situação francesa, goza de independência funcional, uma vez que não está vinculado ao Poder Executivo. Desse modo, segundo Luca D’Ambrosio (2016, p. 320), por realizar a “gestão política” dos conflitos e por levar em conta o “direito vivo” é que a matéria foi objeto de denúncia por parte do Ministério Público italiano em Turim.

Conhecido como o “escândalo Eternit” (Les Echos, 2014), ele pode ser considerado um caso paradigmático de repressão penal de riscos industriais. A situação muito particular dessa demanda penal é que, escapando da motivação clássica ancorada na culpa e no resultado, o agente do Ministério Público denunciou os dirigentes da Eternit por atos atentatórios à segurança pública. Além disso, o caso inova ao tomar em consideração os relatórios epidemiológicos como elemento de prova das infrações.

De fato, o Ministério Público de Turim, nesse caso, efetivamente quebrou a tradição das denúncias em matéria de riscos industriais, por ter usado como fundamento a existência de delito contra a segurança pública, qualificado pela “omissão às obrigações de prevenção de desastres ou de acidentes do trabalho”, bem como de “desastre ambiental” (D’Ambrosio, 2016). No âmbito particular deste último, a prova da materialidade dessa infração decorreu da demonstração de uma contaminação “excepcional” do meio ambiente em razão da produção do amianto. Decorreu também da comprovação do risco concreto à saúde de indivíduos e grupos, fato que os estudos epidemiológicos comprovaram.

O essencial do caso italiano “Eternit” foi ter a justiça estabelecido a virada paradigmática do direito penal da causalidade para o direito penal do risco, e que a inserção da violação da segurança jurídica no âmbito do processo penal permitiu garantir uma proteção penal mais efetiva à vida e à saúde humanas.

No entanto, apesar da condenação penal dos dirigentes da Eternit, mais tarde reformada pelos juízes da Corte de Cassação da Itália pelo reconhecimento da prescrição (D’Ambrosio, 2016, p. 340), o caso ainda apresentou relevantes aspectos na perspectiva do direito das vítimas. A questão principal era a de saber se a incriminação dos dirigentes poderia responder “à catástrofe humana, sanitária e ambiental” causada pela produção do amianto, sobretudo

com relação às consequentes doenças e mortes causadas (D'Ambrosio, 2016, p. 335).

De fato, os casos de desastres industriais apresentam uma dupla face: aquela que se relaciona às ofensas à segurança coletiva e outra que se relaciona à vida e à saúde do homem individualmente considerado. Assim, para D'Ambrosio, se o processo penal de Turim trouxe repercussões positivas para as ofensas à segurança coletiva, não foi o que aconteceu com o direito das vítimas, não alcançadas pela proteção penal. Além disso, a justiça italiana não reconheceu às vítimas reparação por “dano de exposição” (p. 336) e a Corte de Apelação de Turim fez uma clara opção: ainda que tenha confirmado a condenação dos dirigentes por desastre ambiental, tal decisão despersonalizou o prejuízo, e, de maneira mais preocupante, minimamente individualizou os prejuízos comuns das vítimas, independentemente da natureza e extensão dos danos sofridos (p. 338).

Os dois casos indicam as fragilidades ainda persistentes dos modelos de justiça formados no paradigma individualista, por não apresentarem respostas aos problemas jurídicos de dupla face: individuais e coletivos simultaneamente. E o caso italiano, particularmente, evidencia o risco, como afirma D'Ambrosio (2016, p. 339) à imposição de condenações penais e indenizações apenas “simbólicas”.

Os exemplos analisados neste artigo mostram os limites das respostas nacionais ou locais aos casos complexos condizentes à exploração e utilização do amianto. Uma transformação do direito é necessária em face dos riscos globais que desestabilizam a lógica jurídica tradicional, já que impõem uma lógica de antecipação dos danos.

Se a utilidade do amianto para a produção de mercadorias e sua importância para a economia global são os

dois principais argumentos apresentados por aqueles que defendem seu “uso controlado”, os riscos que apresenta e os danos que efetivamente causam à vida, à saúde humana e ao meio ambiente são infinitamente maiores. Justamente por isso é que sua produção e consumo estão centrados nos ditos países “em desenvolvimento”, que, já tradicionalmente, se submetem aos interesses financeiros dos mais ricos e poderosos.

Como foi possível aferir, há, no entanto, instituições nacionais e não nacionais que apresentam resistência ao uso do amianto, a exemplo da Abrea, no Brasil, que fundamenta sua luta no último relatório da OMS, o qual garante não haver um limite seguro de utilização desse material. De forma paralela, empresas que se beneficiam de sua extração continuam a defender, baseadas em pesquisas taticamente selecionadas, o uso controlado – controlado pela impávida busca do lucro.

164 Os inegáveis comprometimentos internos assumidos pelos governantes e pelos legisladores os mantêm atrelados à “mão invisível” do mercado, que, evidentemente, não intenta libertá-los. Resta ao Poder Judiciário a responsabilidade de decidir sobre essas questões, levando em conta, acima de tudo, o direito a uma vida digna e saudável. Delmas-Marty (2013) nos ensina que o papel do direito diante dos paradoxos da mundialização se assegura em três verbos: *resistir*, *responsabilizar* e *antecipar*. Resistir ao processo de desumanização trazido pela mundialização, responsabilizar os titulares de poder e antecipar os riscos futuros. Mas lembremos: o ritmo e as respostas que os sistemas de justiça têm dado a tais demandas dependem da complexidade do sistema processual e da estrutura da própria justiça.

Enquanto, no Brasil, os contenciosos concentram-se em questões de foro constitucional, e, na França, a responsabilização dos empregadores foi débil – visto que a demandas não foram penais –, a Itália se diferencia por tratar da problemática unicamente na esfera do direito penal, que,

de igual modo, apresentou fragilidades. A respeito disso, os casos citados desmascaram os vieses dos modelos de justiça formados no paradigma individualista por não tratarem dos problemas individuais e coletivos conjuntamente.

Mesmo que, teoricamente, as jurisdições nacionais devam estar aptas a tratar do caso amianto e considerar sua produção e consumo violação aos direitos humanos, uma vez que a maioria dos países inserem na sua carta constitucional o direito à saúde e o direito ao meio ambiente saudável no rol dos direitos humanos ou dos direitos fundamentais, suscita-se a possibilidade de inserir tais direitos no que se compreende por *jus cogens* internacional.

Nossos trabalhos futuros promoverão a análise prospectiva sobre as respostas provenientes do direito internacional, notadamente dos sistemas de proteção dos direitos humanos, através de uma interpretação extensiva e dinâmica de seus textos fundadores, capazes de afirmar a indivisibilidade desses direitos, apagando, assim, a velha separação entre, de um lado, direitos civis e políticos, de outro, direitos sociais, econômicos e culturais (Martin-Chenut, 2016). Outrossim, tal atividade hermenêutica pode contribuir para o reequilíbrio de responsabilidades entre Estados e atores econômicos privados por violações de direitos humanos.

165

Kathia Martin-Chenut

é pesquisadora do CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique), França, UMR DRES (CNRS/Unistra) – Equipe RSE.

Jânia Saldanha

é professora da graduação e pós-graduação do Departamento de Direito e da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Rio Grande do Sul.

Bibliografia

- ABREA – Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto. 2015. [on-line]. Disponível em: <<http://www.abrea.org.br/>>. Acesso em: 14 abr. 2016.
- _____. 2011. *Banimento do amianto no Brasil*. Tabela atualizada com legislação até 2011. Disponível em: <<http://www.abrea.com.br/QUADRO%20ATUAL%20banimento.htm>>. Acesso em: 14 abr. 2016.
- ANDEVA – Association Nationale de Défense des Victimes de l’Amiante. 2014. [on-line]. International – Canadá. Disponível em: <<http://andeva.fr/?-Canada->>. Acesso em: 14 abr. 2016.
- _____. 2015. [on-line]. Amériques (hors Canada). Disponível em: <<http://andeva.fr/?-Amerique-du-sud->>. Acesso em: 14 abr. 2016.
- BRASIL. 1988. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 10 maio 2016.
- _____. Decreto nº 126, de 22 de maio de 1991. Promulga a Convenção nº 162, da Organização Internacional do Trabalho – OIT, sobre a Utilização do Asbesto com Segurança. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0126.htm>. Acesso em: 14 abr. 2016.
- _____. Lei nº 9.055, de 1º de junho de 1995. Disciplina a extração, industrialização, utilização, comercialização e transporte do asbesto/amianto e dos produtos que o contenham, bem como das fibras naturais e artificiais, de qualquer origem, utilizadas para o mesmo fim e dá outras providências.
- _____. Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre as sanções penais e administrativas derivadas de condutas e atividades lesivas ao meio ambiente, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9605.htm>. Acesso em: 20 jul. 2016.
- _____. Portaria Interministerial nº 9, de 7 de outubro de 2014. Disponível em: <<http://www.abrea.com.br/PORTINTERMINISTERIAL.jpg>>. Acesso em: 14 abr. 2016.
- BRUM, E.; CANÇADO, P.; BARROCAL, A. 2005. Vida e morte. *Revista Época*. Rio de Janeiro, n. 360, pp. 10-13. Disponível em: <www.abrea.org.br/>.
- BUREAU International Du Travail. Conseil d’Administration. 2006. *Troisième question à l’ordre du jour*. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/french/standards/reim/gb/docs/gb297/pdf/gb-3-1.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2016.
- CANADÁ. 2015. [governo do Canadá on-line, atual. 19 jun.]. *Risques pour la santé associés à l’amiante*. Disponível em: <<http://canadiensensante>>.

- gc.ca/healthy-living-vie-saine/environment-environnement/air/contaminants/asbestos-amiante-fra.php>. Acesso em: 14 abr. 2016.
- CASTELLS, M. 2007. A era da informação: economia, sociedade e cultura. Vol. 1. In: _____. *A sociedade em rede*. São Paulo: Paz e Terra.
- CASTRO, H.; GIANNASI, F.; NOVELLO, C. 2003. A luta pelo banimento do amianto nas Américas: uma questão de saúde pública. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 4. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 abr. 2016.
- CENTRO Colaborador UFBA/ISC/Pisat. 2012. *Boletim Epidemiológico Morbimortalidade de Agravos à Saúde Relacionados ao Amianto no Brasil, 2000 a 2011*, ano II, n. 5. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/bol7_amiantoF9.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2016.
- CNTI – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Indústria. 2007. Petição de Ação Direta de Inconstitucionalidade com pedido de medida cautelar, assinada em 3 de agosto de 2007. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=1563146#0%20-%20Peticao%20inicial>>. Acesso em: 14 abr. 2016.
- D'AMBROSIO, L. 2016. L’Affaire italienne Eternit: quelles leçons?. In: MARTIN-CHENUT, K.; QUENAUDON, R. *Développement durable: mutations ou métamorphoses de la responsabilité?*. Paris: Pedone.
- DELMAS-MARTY, M. 2004. *Por um direito comum*. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. 2010. Les forces imaginantes du droit. Vol. IV. In: _____. *Vers une communauté de valeurs?*. Paris: Seuil.
- _____. 2013. *Résister, responsabiliser, anticiper*. Paris: Seuil.
- DNPM – Departamento Nacional de Produção Mineral. 2014. *Sumário mineral*. Escrito por Thiers Muniz Lima, Carlos Augusto Ramos Neves. Brasília, DF: DNPM. Disponível em: <<http://www.dnpm.gov.br/dnpm/sumarios/sumario-mineral-2014>>. Acesso em: 14 abr. 2016.
- ECODEBATE. 2015, 17 dez. Empresas se comprometem a banir o amianto até 2017. Disponível em: <<https://www.ecodebate.com.br/2015/12/17/empresas-se-comprometem-a-banir-o-amianto-ate-2017/>>. Acesso em: 14 abr. 2016.
- EL PAÍS. 2014, 1 nov. México sigue importando amianto, prohibido en más de 50 países. Escrito por Laura Delle Femmine. Disponível em: <http://internacional.elpais.com/internacional/2014/10/01/actualidad/1412197454_661881.html>. Acesso em: 14 abr. 2016.

- FARIA, J. E. 2004. *O direito na economia globalizada*. São Paulo: Malheiros.
- FRANÇA. Decreto n° 96-1133, de 24 de dezembro de 1996, relativo à interdição do amianto, em aplicação do Código do Trabalho e Código do Consumidor. Disponível em: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?sessionId=6D1768A7602488565A83545E6FBC1516.tpdila08v_3?cidTexte=JORFTEXT000000734637&dateTexte=19961226>. Acesso em: 16 abr. 2016.
- _____. Sénat. 2005. *Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur le bilan et les conséquences de la contamination par l'amiante*, n. 37 (2005-2006). Disponível em: <<http://www.senat.fr/rap/r05-037-1/r05-037-120.html#toc109>>. Acesso em: 14 abr. 2016.
- _____. 2012. *Interdiction de l'amiante en Europe et dans le monde*, 14e législature. Disponível em: <<http://www.senat.fr/questions/base/2012/qSEQ12110252S.html>>. Acesso em: 14 abr. 2016.
- GIANNASI, F. 2002. A construção de contrapoderes no Brasil na luta contra o amianto: a globalização por baixo. Disponível em: <www.abrea.org.br>.
- IARC Monographs. 2012. *Asbestos (chrysolite, amosite, crocidolite, tremolite, actinolite and anthophyllite)*. Disponível em: <<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol100C/mono100C-11.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2016.
- _____. 2015. *Agents Classified by the IARC Monographs*. Vols. 1-116. Disponível em: <<http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/ClassificationsAlphaOrder.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2016.
- IBC – Instituto Brasileiro de Crisotila. 2014, 17 set. Riscos à saúde decorrentes da crisotila. Disponível em: <<http://www.ibcbrasil.org.br/pesquisa/riscos-a-saude-decorrentes-da-crisotila>>. Acesso em: 14 abr. 2016.
- _____. 2016. [on-line]. Disponível em: <<http://www.ibcbrasil.org.br/quem-somos-institucional>>. Acesso em: 14 abr. 2016.
- IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. 2007, 21 fev. *Idec e Conselho Nacional de Saúde apoiam trabalhadores expostos ao amianto*. Disponível em: <<http://www.idec.org.br/em-acao/em-foco/idec-e-conselho-nacional-de-saude-apoiam-trabalhadores-expostos-ao-amianto>>. Acesso em: 14 abr. 2016.
- INCA – Instituto Nacional do Câncer. 2016. [on-line]. *Câncer: prevenção e fatores de risco. Amianto*. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/prevencao-fatores-de-risco/amianto>>. Acesso em: 14 abr. 2016.
- KEIM-BAGOT, M. 2016. Dixans après les arrêts “amiante”: le point sur les responsabilités en matière de maladies professionnelles. In: MARTIN-CHENUT, K.; QUENAUDON, R. *Développement durable: mutations ou métamorphoses de la responsabilité?*. Paris: Pedone.

- LE MONDE. 2015, 17 avril. Amiante: les associations de victimes dénoncent le “choix de protéger les décideurs”. Ecrit par Francine Aizicovici. Disponível em: http://www.lemonde.fr/economie/article/2015/04/17/amiante-les-associations-de-victimes-denoncent-le-choix-de-protoger-les-decideurs_4618187_3234.html. Acesso em: 14 abr. 2016.
- LES ECHOS. 2014, 20 nov. Scandale Eternit: le verdict de la Cour de cassation provoque la colère en Italie. Ecrit par Pierre De Gasquet. Disponível em: http://www.lesechos.fr/20/11/2014/lesechos.fr/0203953551948_scandale-eternit-le-verdict-de-la-cour-de-cassation-provoque-la-colere-en-italie.htm#. Acesso em: 14 abr. 2016.
- MARTIN-CHENUT, K. 2016. Développement durable, juridictions de protection des droits de l’homme et métamorphoses de la responsabilité. In: MARTIN-CHENUT, K; QUENAUDON, R. *Développement durable: mutations ou métamorphoses de la responsabilité?*. Paris: Pedone.
- MARTIN-CHENUT, K.; QUENAUDON, R. 2015. *Développement durable: mutations ou métamorphoses de la responsabilité?*. Paris: Pedone.
- MPT – Ministério Público do Trabalho. 2015, 5 maio. MPT recebe prêmio “Tribute of Inspiration”. Disponível em: http://radio.mpt.gov.br/wps/portal/portal_mpt/mpt/sala-imprensa/banco-imagens/. Acesso em: 14 abr. 2016.
- _____. 2016. [on-line MPT Notícias]. Disponível em: http://portal.mpt.mp.br/wps/portal/portal_mpt/mpt/sala-imprensa/mpt-noticias/. Acesso em: 14 abr. 2016.
- OMS – Organização Mundial da Saúde. 2014. *Chrysotile Asbestos*. Disponível em: http://www.who.int/ipcs/assessment/public_health/chrysotile_asbestos_summary.pdf. Acesso em: 14 abr. 2016.
- _____. 2016. [on-line]. *Programme international sur la sécurité des substances chimiques: Amiante*. Disponível em: http://www.who.int/ipcs/assessment/public_health/asbestos/fr/. Acesso em: 14 abr. 2016.
- SALDANHA, J.; BLATT, P. 2007. O caso amianto: conjuntura internacional e jurisprudência do STF. *Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM*, v. 2, n. 3. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistadireito/article/view/6816#VtwJuvkrLIU>. Acesso em: 14 abr. 2016.
- SANTÉ Canada juge l’amiante plus dangereux qu’avant. 2015, 2 juil. *ICI Radio-Canada*. Disponível em: <http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2015/07/02/001-amiante-sante-canada-changement-position.shtml>. Acesso em: 14 abr. 2016.

SANTOS, B. de S. 2006. *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*. São Paulo: Cortez.

STF – Supremo Tribunal Federal. 2003a. Ação Direta de

Inconstitucionalidade nº 2.396-9, julgada em 8 de maio de 2013.

Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=375387>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

_____. 2003b. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 2.656-9, julgada em 8 de maio de 2003. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=266877>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

_____. 2004. Acompanhamento processual da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 3.357, proposta em 30 de novembro de 2004. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=2258854>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

_____. 2008. Acompanhamento processual da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.066, proposta em 2 de abril de 2008. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=2607856>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

_____. 2012. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 3.937. Voto do relator, senhor Ministro Marco Aurélio, proferido em 30 de outubro de 2012. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADI3937relator.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

_____. 2012. 31 out. Ministro Ayres Britto vota pela constitucionalidade de normas que vedam o uso do amianto. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=222750>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas. 2010. *Avaliação do impacto econômico da proibição do uso do amianto na construção civil no Brasil*. Disponível em: <<https://inverde.files.wordpress.com/2010/10/estudo-unicamp-impacto-economico-da-proibicao-do-amianto.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

VOGEL, L. 2005. L'amiante dans le monde. Dossiê. *HESA Newsletter*. Disponível em: <http://www.cancer-environnement.fr/Portals/0/Documents%20PDF/Rapport/Autre/HESA/2005_L%E2%80%99amiantes%20dans%20le%20monde.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2016.

YOUTUBE. 2012a. *Audiência Pública Amianto*. 9 vídeos. Disponível em: <<https://www.youtube.com/playlist?list=PL8031EED7EAEAF459>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

_____. 2012b. Audiência Pública Amianto (4/4). Realizada em 24 agosto de 2012. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=mwnVI3nxDN0&list=PL8031EED7EAEAF459&index=4>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

BRAZILIAN FOREIGN POLICY IN HEALTH DURING DILMA ROUSSEFF'S ADMINISTRATION

Eduardo Gómez e
Fernanda Aguilar Perez

For the past 20 years, public health has become a central feature of Brazilian international relations and foreign diplomacy, particularly under Luiz Inácio Lula da Silva's (2003-2010) administration¹. During such period, the emphasis on humanitarian matters, social inclusion, justice, and antipoverty, when combined with commitment to multilateralism in the international sphere, motivated his administration's approach to the Brazilian Foreign Policy (henceforth, BFP) in health (Cervo, 2010; Hermann, 2011; Leite, 2011; Ventura, 2013). BFP in health played an important – and widely acclaimed – role in Brazil's South-South cooperation, alongside agriculture and education (Hirst, 2012, p. 11). In the course of time, Lula's international activities drew considerable international attention and praise; and health was considered a topic that could increase the Brazilian participation in international relations (Ventura, 2013).

¹ This article further debates the work introduced by Ventura and Perez (2015).

During Lula's term, the country showed the protagonism of the BFP efforts by supporting regional agendas, which emphasized health in the scope of the Community of Portuguese Speaking Countries (CPLP) and the Union of South American Countries (USAN, Unión de Naciones Suramericanas – Unasur) – a regional organization comprised of a Health Council and an Institute of Government in Health –, as well as other important international policy initiatives (Buss and Ferreira, 2011; Ventura, 2013).

In this article, we question the extent to which the BFP in health continued during President Dilma Rousseff's first term administration (2011-2014). In contrast to what was seen under Lula's government, the BFP in health in the 2011-2014 period has faced a decline in its financial, organizational, and international assistance endeavors. While some scholars have recently characterized Lula's BFP efforts as "autonomy by diversification" or "reciprocal multilateralism" (Vigevani and Cepaluni, 2007; Cervo, 2010), others have described Dilma's administration as a "systemic decline", with a corresponding lack of commitment to sustaining Lula's BFP efforts (Cervo and Lessa, 2014).

We attribute these outcomes to the following factors: firstly, there was a decline in the presidential and congressional budgetary support for the Ministry of Foreign Affairs (MOFA); secondly, Dilma's inward focus and commitment to national economic and social welfare development, which, in turn, has created a lack of interest in BFP and has discovered its association with national development. This change of focus has also resulted in an increased separation between the Executive Office of the President and the MOFA, with a corresponding decrease in diplomatic motivation and commitment to the BFP in health. Thirdly, the lack of interest during Dilma's administration in BFP has created little involvement in unifying the state and civil society (including private sector actors) to work together at international level.

Methodology

A single case-study research was conducted that found empirical data from several sources. Brazil was selected because the authors focused on understanding Brazil's evolutionary change in the BFP in health.

With respect to qualitative data for this study, firstly, the authors randomly distributed survey questionnaires by email to several Brazilian diplomats working within the current Dilma's administration, in diplomatic posts in Brazil and abroad. The questions were emailed on February 2016 with an Informed Consent Form, and ten surveys were answered after a month. The questionnaires had four open-ended questions² and the answers were emailed as well. The results were used to support assertions made about the three aforementioned factors, contributing to a downward shift in the BFP in health. Secondly, the theoretical literature and empirical case study examples discussed in this study drew from several primary and secondary peer-reviewed scholarly articles and policy reports. Finally, empirical budgetary data illustrating congressional commitments to the BFP in health were obtained by revising the Brazilian Official Federal Budget.

In this paper, foreign policy is understood as a public policy, therefore defined as the state and government in action at international level (Pinheiro and Milani, 2012). Only pre-existing programs or projects being negotiated during Lula's administration were considered for this analysis.

173

² The questions were: (1) Was there an abrupt change in the BFP during Dilma Rousseff's first term (2011-2014) when compared to Luiz Inácio Lula da Silva's era (2003-2010)? If so, what are the reasons for this change in your opinion? If not, what continued to be the same, in your opinion?; (2) Do you believe that Dilma's foreign policy has got a main idea/concept for the BFP in the considered period of time?; (3) Cervo and Lessa (2014) use the word "decline" as a descriptor of the BFP under Dilma's era. Would this word be the best one to describe the changes that took place during Dilma's first term?; (4) Are there differences in working with Itamaraty between Lula's and Dilma's era that can be highlighted?.

Foreign policy in health rise and changes

In recent years, a considerable amount of scholarly literature has been aimed on the reasons for, and the strategies behind, government's interest in and commitment to bilateral and multilateral foreign policy in health. Analyses of this interest and commitment are recent in the global health diplomacy literature, and this work focused on the various political, civil society, and normative commitments behind governments interested in providing funding and technical assistance to other nations in the area of health-care (Michaud and Kates, 2013; Novotny, Kickbusch and Told, 2013; Kickbusch et al., 2013; Lee and Smith, 2011; Labonte and Gagnon, 2010). Two major schools of thought dominated the literature's discussion on the rationale and on the evolution of this kind of foreign aid.

174

One school of thought emphasizes the soft-power strategies behind a government's provision of foreign aid in health. This is developed based on Joseph Nye's discussion about soft power (Nye, 2004), which focuses on state strategies to increase its international political influence through the demonstration of success in the domestic policy as well as culture, in turn persuading other states that their policy approach to particular issues is more effective – in a sense, “leading through example”. Soft-power strategies in health have aimed on the state's interest and ability to influence international discourse and policy actions showing domestic success in health policy and outcomes, as well as a successful compliance with international normative commitments in health. According to such literature, states engage in providing foreign aid in health to bolster their ability to shape the international policy agenda in health, persuading other nations that, based on their success at the domestic level, their particular approach to public health is effective and should be emulated by other nations (Lee and Gómez, 2011; Thompson, 2005). Some people claim this reveals a government's successful and emerging power sta-

tus (Twigg, 2012; Bliss, 2011; Lee and Gómez, 2011; Thompson, 2005). In addition to foreign aid in health, these states also bolster their international policy and political influence by proactively engaging in diplomatic exercises and marketing strategies. These would reveal their success in tackling pressing healthcare challenges and inequalities within their borders (Gómez, 2012; Lee and Gómez, 2011), and in turn establish themselves as experienced and well-capable states that are committed to eradicating a disease. Such act provides legitimacy and influence when seeking to shape international health policy discussions. These states often achieve this process by using international institutional forums, such as conferences and task force meetings within multilateral governing bodies, like the United Nations (UN) and the World Health Organization (WHO), to discuss their success in meeting healthcare needs, achieving humanitarian objectives and saving lives (Watt, Gómez and McKee, 2013).

Nations may also have international reputational concerns and aspirations for providing foreign aid in health. Often, interest in international reputation building and rejuvenating a state's image in the international sphere motivates government officials to provide assistance (Chan, Chen and Xu, 2010; Huang, 2010). This occurs when states have acquired a reputation as a hostile state towards other nations, either through unfavorable trade relations, national security threats or military action. The goal in this scenario is to use bilateral and/or multilateral assistance to rejuvenate the government's international reputation as a peaceful and benevolent state (Michaud and Kates, 2012; Feldman and Michaud, 2010). As Feldman and Michaud (2010) maintain, for example, shortly after the invasion of the United States to Iraq in 2003, to rejuvenate the reputation of Bush's administration as a benevolent, caring actor, the US Navy was delegated the task of providing medical assistance to local Iraqi communities.

175

Finally, others claim that states engage in foreign aid in health and increase their international assistance over time in order to gain access to foreign markets. A work by Huang (2011), for example, shows how China's efforts to provide bilateral aid to several African nations was a strategic way to enter domestic African markets. Huang (2011) found that China's export of pharmaceutical drugs, though appearing as an altruistic move on the surface, eventually revealed the country's intention of importing its cheaper drug products into Africa and establishing a market for China's pharmaceutical medicine. Moreover, it was subsequently revealed that the quality of medicine and treatment provided for China's medical assistance to select African communities was low, suggesting that the main motive was to establish friends and gain access to markets, not necessarily benevolent (Huang, 2011). Similar medical aid in exchange for economic and natural resources, such as access to cheaper barrels of oil, was found in Cuba's medical primary health-care work in Venezuela (Werlau, 2013). One could extend this to argue that Cuba's recent presence in Brazil has partly been motivated by the Cuban state's efforts to earn money through our country's payment for medical assistance (Cowley, 2014).

While the global health diplomacy literature has certainly contributed to our understanding of the reasons why foreign aid in health is provided, it does not speak to the reasons why governments gradually change their foreign policy strategies in health. Why, for instance, do presidents and governing political parties suddenly change their views and interest in providing foreign aid in health, leading to either a decline or a complete cessation in such assistance? Also puzzling is when this shift in foreign policy focus occurs on similar types of governing political parties, or the same one, that has been committed to providing foreign aid in health as a normative and ethical extension of their pre-

existing domestic commitment to poverty eradication and universal healthcare provision. In this political context, we should expect that governing political parties providing foreign aid in health, guided by these normative beliefs, might not try to dramatically change their foreign assistance strategies. For this could be viewed as a breach of commitment to preexisting political party tenants, could threaten domestic electoral support, and even the government's broader credibility at international level.

The case of Brazil in this article nevertheless builds on the existing global health diplomacy literature by showing that governing political parties and presidents may eventually decide to decrease their foreign policy activities in health. Moreover, this may occur even when incumbent presidents and political parties adhere to normative tenants adopted by previous administrations, safeguarded by their governing political party. We argue this occurs when there is a decrease in federal budgetary support for federal agencies, a corresponding change in the financial managerial autonomy and control, as well as the president's inward focus on national development in lieu of foreign policy in health – or in general.

177

Possible reasons for Dilma Rousseff's different approach to the Brazilian Foreign Policy

In Brazil, the government's provision of healthcare assistance, by way of policy and technical assistance, reflects one small, yet historically large, aspect of its foreign policy activities. During the investigation period, that is, Dilma's first term in office (2011-2014), the government's change on the BFP in health reflected a broader shift in the government's foreign policy activities.

To understand Dilma's administration change in the BFP strategies in health, the authors sent a questionnaire to diplomats, aiming at discovering reasons and motiva-

tions for the decline of Dilma's administration on the BFP in health, an outcome that was corroborated by the recent work of Cervo and Lessa (2014).

According to our survey's participants, the first reason accounting for why BFP in health has declined during Dilma's term has to do with her lack of personal interest in international affairs, choosing instead to focus on national development. Dilma and her close advisors have not been as interested in foreign policy matters as Lula's administration. This is mainly due to the fact that Dilma has been more concerned with national economic and social development, and therefore has an inward, rather than global, focus. Therefore, she has been unable to understand the role of foreign policy as a capable tool to boost domestic social and economic development.

178

The use of foreign policy as a mechanism for national development is a long-existing tradition in the BFP, and in the 20th century, domestic development became a fundamental issue to Brazilian foreign affairs (Lafer, 2000). Nonetheless, President Dilma does not believe that diplomacy is able to turn international contexts into national opportunities for growth. This is surprising given the fact that she hails from the same political party as former President Lula, that is, the Workers Party (PT, acronym in Portuguese). Because of this, she has essentially adopted the same ideological principles and moral components of Lula and the PT, as ending poverty and a commitment to ending hunger.

According to diplomats in our survey, the second reason for the decline in the BFP during Dilma's term was the budget cuts faced by the MOFA. The main ideas and principles of the foreign policy remain, as well as the general goals. For instance, BRICS (Brazil, Russia, India, China and South Africa) partnerships and good relationships with South American nations are still crucial to Brazil. What has nevertheless changed in recent years are the financial

resources available for these activities, and the management of such resources.

The interviewed subjects indicted that such decline in federal funding has affected Brazilian diplomacy in a very specific way: foreign affairs diplomats are no longer able to travel for meetings or negotiations abroad. To save money, the MOFA, aka Itamaraty, has been sending diplomatic officials within countries to specific negotiations, rather than sending diplomats from Brazil that know the issues better and are therefore better equipped to engage in negotiations; this, in turn, has hindered the government's international reputation in diplomatic relations. The participation of experienced and knowledgeable diplomats is important because they are responsible for increasing and positively influencing Brazil's participation in policy debates and decisions.

Cooperation projects were greatly impacted too, since the Brazilian Cooperation Agency (BCA) has lost a great deal of its budget. Consequently, Dilma's administration was unable to commit to new international cooperation projects. Hence, the participants noted that the BCA has tried to explore ways for engaging in different tasks without acquiring and earmarking more funding.

In addition to a decline in funding, during Dilma's first term in office, Itamaraty partially lost its autonomy in the budgetary management. The government's contributions to international organizations, such as the CPLP, now falls under the responsibility of the Ministry of Planning, Budget, and Management. This loss of financial autonomy and overall reduction in the budgetary support has greatly impacted Itamaraty's daily operations. Even activities that did not suffer presidential interference, such as the consular services, were affected.

Thus, with a decrease of Itamaraty's funding and a lack of presidential support and attention, Itamaraty's diplomats have not been motivated to conduct their work. Based on

our survey respondents, such professionals may not understand the point of spending hours negotiating Brazil's interests in international forums if the president and other government officials will not value their efforts.

As a further consequence to this situation, the survey respondents maintain that there has been a sense of "separation" between Dilma's administration and Itamaraty. The president and her advisors do not understand the importance of Itamaraty's work and how it affects national development. At the same time, due to this indifference and apathy of Dilma's administration towards them, Itamaraty diplomats are unable to understand what she wants and expects from them and how to demonstrate their relevance and importance to the country.

180 These findings support scholars emphasizing the importance of presidential leadership in foreign policy. For example, Hudson (2014) claims there are many variables that must be taken into consideration when analyzing the influence of a country's leader in foreign policy, such as the type of political regime, whether or not the leader is interested in foreign policy, the domestic situation, and the ability of leaders' advisors to read different contexts. Brazil has a strong presidential system, although fragmentation of parties and need of forming coalitions impact on presidential rule (Mainwaring, 1997; Figueiredo and Limongi, 2000). During Dilma's first term, as mentioned, the economic situation was still fairly stable. With a whole office that is not deeply concerned with international affairs and a leader that does not recognize the BFP's potential role, Itamaraty was relegated to a distant relationship.

Finally, yet another reason for the decline in BFP under Dilma's term is related to her administration's inability of establishing a clear set of ideas for foreign diplomatic engagement. Based on the respondents to our questionnaires, who built their opinion on a previous point empha-

sized by Cervo and Lessa (2014), Dilma's administration has no clear idea on how they could bring the government and civil society together to work on foreign policy. Some diplomatic officials suggested that there essentially was no foreign policy agenda under Dilma's term: she has no long-term perspective or vision for the country in the area of foreign policy. Rather, Dilma tends to value short-term, feasible, and visibly concrete results. International diplomacy, however, does not provide these kinds of short-term gains and expectations and is more likely to produce more subtle outcomes. In this situation, the nonexistence of a foreign policy agenda is problematic. In the best scenario, Brazil would neither advance nor come up with new projects nor would it retreat. However, this immobility is leading the country to lose opportunities to new foreign policy ideas and/or those positions Brazil had already acquired.

The last idea from the questionnaires was the perception that Itamaraty had problems of its own. The MOFA also showed difficulties recognizing what Dilma wanted from it, which could be a consequence of choice taken by the Ministers of Foreign Affairs in the period. They both suffered from a lack of political ability to deal with the demands of the Esplanade of Ministries. The First Minister, during Dilma's first administration, Antônio Patriota (2011-2013), was a brilliant diplomat with no skills to deal with the Brazilian congress. Luiz Alberto Figueiredo (2013-2015) was the Second Minister in the when Itamaraty lost its course of action. None of them was able to develop the same relationship with political representatives as Amorim, a minister considered a clever interlocutor who has a close bond with former president Lula.

Furthermore, in recent years, Brazil has become more reactive than proactive in its diplomatic activities. Snowden's scandal, as well as the impeachment of President Fernando Lugo in Paraguay and the Rio+20 Conference essentially forced Brazil, as a regional leader, to react. Dilma is more

likely to pay attention to bigger events or to activities with significant and tangible international implications. Consequently, Brazil has lost to a certain extent its international credibility and prestige in foreign affairs.

Brazilian Foreign Policy and health

The analysis of the actors and projects here identified suggest two ongoing processes taking place in the BFP in health: one in which the budget cuts or the BFP problems resulted in worse outcomes for health projects, and another, in which changes can be noticed, however the causality is yet unclear. Those are the cases of BRICS and Unasur, in which there has been a decline but bureaucratic inertia has avoided worse consequences to the outcomes of health matters.

182

Discontinuities and problems are clear in the cases of Oswaldo Cruz Foundation – Fiocruz (part of the Brazilian Ministry of Health) and the BCA (part of Itamaraty). The Ministry of Health, for example, acquired considerable participation in the country's health-related international actions during Lula's administration, and Fiocruz saw them increasing greatly during Lula's two terms. This was part of a process Brazil underwent, which was defined by BFP experts as "foreign policy horizontalization": several government agencies, not only the MOFA, were responsible for foreign policy decision-making. Former Minister of Health, José Gomes Temporão, stated in an interview that during his years in office (2007-2010), he engaged in international activities every "two months directly with Celso Amorim (Minister of Foreign Affairs under Lula)", who worked with him a Brazilian global health agenda (Temporão, 2014). Approximately 60% of all the departments in the Ministry of Health (MOH) were involved in international affairs (Badin and França, 2010).

In 1998, the MOH established the Office of Health International Affairs (AISA, acronym in Portuguese),

which is the main agency of the MOH working on foreign health policy. Due to its extensive experience in international negotiations, the MOH delegated new tasks to the AISA: they signed with the Pan American Health Organization (PAHO) a 10-year-long Cooperation Agreement (2009-2019), so that the office could contribute to projects involving Unasur, the Caribbean, CPLP, and African countries. PAHO emphasizes, in a report, this Agreement is still under execution, and its main goal is to strengthen AISA “in consonance with national health strategies and the BFP” (PAHO, 2014, p. 205). Until the first semester of 2014, the MOH had received US\$ 12.644.999,21 to accomplish this task (PAHO, 2014, p. 218). However, in recent years, the MOH has been trying to increase the management of foreign policy projects, and AISA did not innovate its action or programs concerning BFP.

Several changes took place in Fiocruz, a division of the MOH that focuses on research, education, and technical cooperation. While Fiocruz did not observe a decline in research funding, the absence of available data for international cooperation suggests funding problems for these activities since 2008 (Senado Federal, 2003-2014). However, the reports of Fiocruz official activities for the period of 2011-2014 mention that most international activities was continued or consolidated (Fiocruz, 2013, 2014, 2015).

One of the main Brazilian projects in health under the responsibility of Fiocruz was the establishment of a Mozambican laboratory for the production of antiretroviral medicine. With an investment of R\$ 40 million for the period of 2008-2014, the Mozambican Medicines Society (Sociedade Moçambicana de Medicamentos – SMM) would be the first 100% public laboratory in Africa and an example of what a structuring cooperation in health would really mean (Ventura, 2013). The project, as stated by Amorim (2013, p. 148), came at the request of the Mozambican gov-

ernment, and the cooperation agreement for the establishment of such industry was signed by the two countries in 2003, during the first of three visits that Lula would make to the African country (MOFA, 2011; Ventura, 2013; Milani and Lopes, 2014).

In November 2012, the first locally produced antiretroviral was delivered to the Mozambican MOH (Fiocruz, 2013a), however many problems happened along the way, from plant's building to managerial issues (Milani and Lopes, 2014). President Lula was personally committed and took the lead when problems emerged, acquiring financial support from the Brazilian company "Vale" to ensure the construction of the plant, at the same time visiting Mozambique to "speed up the understandings" (Milani and Lopes, 2014, p. 71). Lula returned to the country, now as a former president, to personally follow the delivery of the first batch of drugs. Dilma had officially visited Mozambique in 2011 to hold meetings with local investors – highlighting then the exploration of mineral coal, investments in energy, ports, and airports infrastructure etc. and from the Brazilian Development Bank (BNDES, acronym in Portuguese) (Presidential Office, 2011; Milani and Lopes, 2014).

184

In July 2012, the Brazilian government wanted to take advantage of Dilma's presence in Mozambique for the IX Conference of Chiefs of State and Government of CPLP to officially open the industry. However, not only the Mozambican government did not want to inaugurate the factory, justifying this on the grounds that there had not been any production of medicine, but Dilma also did not go to Maputo to examine the situation; instead, Vice-President Michel Temer and the Minister of Foreign Affairs Patriota went in her place. Such fact implied she was not committed to the entire enterprise (MOFA, 2012; Milani and Lopes, 2014).

The Brazilian government was particularly worried when the Institute for Management of Companies and State Par-

icipation (IGEPE, acronym in Portuguese), a Mozambican government organ specialized in public-private partnerships, took control over the industry; there were even rumors about a possible privatization process to sell SMM (Milani and Lopes, 2014). Nevertheless, IGEPE had been in charge alongside the MOH from Mozambique for the implementation, oversight, and evaluation of the Cooperation Agreement since 2011. In the same year, not only the industry of medicines received the name of Mozambican Medicines Society, but IGEPE was declared to be the owner of SMM (but the Mozambican Ministry of Health still participates in the SMM administration by appointing the direction of its administrative council as well of its executive director) (Brasil and Moçambique, 2011; Russo et al., 2014).

According to Russo et al. (2014), Brazil was not completely aware of how complicated the implementation of a cooperation project in a country with different social, political, and historical background would be. While the Brazilian MOH is responsible for the production and surveillance of medicines sold within the country, in Mozambique, the MOH only supervises IGEPE's work and will only oversee the project's follow-up after 2017 – period when the Brazilian relationship with implementation efforts and training for the human resources for SMM is supposed to be finished in the African country.

Discontinuities and problems are much easier to understand when examining the case of the MOFA. It had significant cuts to its budget during Dilma's first term: even resources used directly by this Ministry for international cooperation, as described in the national budget, were reduced. In 2005, BRL 430.705.861 were implemented as international cooperation; in 2011, this amount was decreased to BRL 82.188.671 and, in 2012, to BRL 63.002.107. As seen, until 2008, the amount due to international cooperation was considerably higher (Brasil, 2013, 2015a; Senado Federal, 2015).

Furthermore, if we consider the federal budget for the BCA, there was a noteworthy decrease of the available resources. While during Lula's years, the BCA had its budget revised and increased, in Dilma's, this trend was reversed. In 2010, the BCA had, for South-South Cooperation with Africa alone, US\$ 20 million available. Two years later, there was only US\$ 9.9 million available (Hirst, 2012; Abdenur et al., 2014).

The trilateral cooperation among Brazil – Japan – Angola illustrates the impact this budget cut. Since 2009, Brazil and Japan had been working together in a partnership that would become, in 2011, a trilateral cooperation project for the strengthening of the Angolan health system (BCA, 2015). Focused on the Primary Health Care and on the development of human resources of two Angolan hospitals, this project, known afterwards as 'Proforsa', implicated the Brazilian Agency of International Cooperation (ABC, acronym in Portuguese), Fiocruz, the *Universidade Estadual de Campinas*, the Japanese International Cooperation Agency (JICA), and the Angolan Ministry of Health (MINSA) (Fiocruz, 2013c; BCA, 2015). Concluding in 2014, Proforsa was the most recognized cooperation project between Angola and Brazil; however, it suffered greatly on its third year of implementation due to the ABC budget cuts. The project only continued because JICA and MINSA paid for what ABC could no longer contribute to (Fonseca, Esteves and Gomes, 2015).

As mentioned, there were other agencies that saw their BFP activities gradually weaken, though these outcomes during Dilma's administration are difficult to measure. For instance, the CPLP and Unasur were both considered important agencies and examples of Brazil's international cooperation for health. A Strategic Plan for Cooperation in Health was developed under the scope of CPLP, and was supposed to last from 2009 to 2012. With a modest budget

of 14 million Euros, the plan established seven strategic axes of action and emphasized the development of human resources for health in CPLP countries (Ventura, 2013).

In April 2013, a technical meeting to assess the Strategic Plan 2009 – 2012 took place in Lisbon, Portugal. The assessment report combines the implementation evaluation of the established goals and new ideas for upcoming projects. Such document emphasizes that only two projects had an “acceptable degree of implementation” (CPLP, 2013, p. 5): a project to boost Networks of Structuring Institutions and the creation of a Centre of Specialized Medical Training in Cape Verde. It also states that some projects were not developed or were only partially developed, and that networks for Malaria and HIV/AIDS were not operational. Despite all problems, the Plan was considered important and will last until late 2016 (CPLP, 2013).

Additionally, the report states that governance tools of such Plan need to be improved because there are flaws in dialogue and leadership, as well as inadequate follow-up in the implementation of projects. The domestic political issues of countries changed national strategies and had negative consequences to the management and development of projects (CPLP, 2013).

From the year 2008 to 2009, Brazil decreased its contribution to CPLP; however, the MOFA was no longer responsible for these funds: the Ministry of Planning, Budget and Management became in charge of them (Senado Federal, 2003-2014). One question should be highlighted: Dilma’s term started in 2011, and documents mark that this change happened in the middle of Lula’s second term. Therefore, the decrease of MOFA’s autonomy cannot be associated with Dilma’s considerations for the BFP.

A negative shift in the BFP under Dilma can be noticed in her government’s work with other nations from BRICS. Brazil has been taking part in the BRICS Chiefs of State

and Government Annual Summits since 2009, although the country's recent participation has become lackluster, leaving room for China and Russia's growing influence (Ventura, 2013; Cervo and Lessa, 2014). The BRICS' Ministers of Health Meetings started on July 2011. During a meeting that took place in Brasília, on December 2014, the Ministers demonstrated that the main emphasis of the group is still access to medicines and the fight against HIV/AIDS, Hepatitis C, tuberculosis and other illnesses that are public health threats to the nations from BRICS. In the recent IV Meeting of Ministers of Health for the BRICS, they also agreed to develop a cooperation plan to combat tuberculosis, with an emphasis on guaranteeing the share of technology and on providing tuberculosis drugs for all in need. The deadline for the development of an operational framework for this plan was the first semester of 2015 (BRICS, 2014).

188

Tuberculosis is an important issue for BRICS, since it represents 50% of all cases of this disease in the world (BRICS Policy Center, 2014). However, the implementation of the projects has been running slowly: in the beginning of 2013, the world already knew that BRICS were debating how to combat more resistant types of tuberculosis, and that a plan of action was expected for 2014 (Fiocruz, 2013b). While recently the issue of tuberculosis was discussed with interest in a wider scope of action, there still seems to be within the group a protraction in the decision-making process, as well as in the development of future projects. The Brazilian Minister of Health, Arthur Chioro, said that the group would propose the creation of a fund to face the issue, but did not specify which responsibilities Brazil would take or how the country would participate (BRICS Policy Center, 2014). This suggests once again that Dilma's administration did not prioritize increasing Brazil's leadership role in this group.

Health is a key topic to the Unasur, and in this case, Brazil's recent domestic constraints had a negative impact

too. Health is considered a “funding pillar of the [South American] continent”, and for the last five years, Unasur member-States have participated in the World Health Assembly (WHA) as Unasur (ISAGS, 2015a, p. 1). Besides developing ten common proposals about different topics to be presented at this WHA meeting (some of them concerning the post-2015 development agenda), and recalling the importance of the impact of quality of food intake to diseases like obesity and malnutrition at the 68th WHA, Unasur went further. In 2014, the Union got involved with the South-American and Arabian Countries Summit – ASPA Summit), introducing in April of that year the Lima Declaration. This was signed up by all ministers of health from all the implicated States, and it described common problems and pursue for health systems strengthening (Fiocruz, 2014; ISAGS, 2015b).

Likewise, Unasur had a meeting with the CPLP on May 2014. Both international organisms emphasize the strengthen of structuring networks and the knowledge propagation, thus they combined their efforts to develop a Joint Networking Department for the National Institutes of Health or Public Health, bringing together institutes from both geographic parts of the world (South America and Africa as RINS/Unasur and RINSP/CPLP). The goal of this network was to understand how inequities in health are socially determined, and to formulate a joint proposal to solve common problems (CPLP, 2014).

Most of Unasur efforts count on ISAGS (Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, in Portuguese) support. However, although the Institute was created in 2011, it was only as recently as June 1st 2015 that the Brazilian Chamber of Deputies approved the document “Headquarters Agreement Between the Federative Republic of Brazil and the Union of South American Nations for the Establishment of the South American Institute of Government in Health”.

Worse still, this document still needs the approval of the Federal Senate, so that ISAGS becomes a regular institution in the country (Brasil, 2015b).

With respect to the recent efforts to reform the WHO, Brazil has nevertheless remained committed to its actions and involvement. For several years, the country has been pressing for several changes in multilateral institutions. As to the WHO, Brazil has been very critical for the lack of priority and attention paid to health and development in the official documents (Ventura, 2013). During international negotiations over the WHO's 2014 budget, Brazil agreed to increase its contribution to the WHO, claiming that it would also increase the pressure for a more open position from such institution to developing countries requests. Russia, India, and China also accepted to increase their contributions (Chade, 2013).

190

Unasur, with the support of Brazil, also asked for a wide reform at the WHO in 2012, highlighting that not only the international organization financing should be revised, but also the emphasis given to social determinants of health (ISAGS, 2012). Even domestic organs, such as AISA, followed the negotiations and coordinated actions connected to the reform process (PAHO, 2014).

Regarding the WHO actions against Ebola and this disease outbreak, Brazil donated BRL 25 million to the UN, and of this amount, 50% were sent to the WHO, 26% to the UN High Commissioner for Refugees, 18% to the World Food Program, and 6% to the UN Mission for Ebola Emergency Response (UNMEER) (MOFA and MOH, 2014). The country has also submitted what it understands as “kits”, i.e. basic material needed for health care (as gloves) with medicines that would help 500 people for three months. They were sent to Guinea, Sierra Leone, Liberia, and the WHO (MOFA and MOH, 2014).

When compared to other BRICS nations, such as China, Brazil's efforts were weaker. China not only donated

US\$ 32,540 million for humanitarian aid, but also sent US\$ 5 million in health care material and 115 specialists in communicable diseases to the most affected countries (Taylor, 2015). This comparison suggests that perhaps Brazil could have contributed more to the Ebola outbreak.

Light should be shed on Brazil's position regarding the debates about global health and security. In the UN security council sessions about Ebola crisis, Brazil emphasized that the emergency should be interpreted with a social point of view. Ambassador Guilherme Patriota's speech on the 7268th UN security council meeting claimed that Brazil welcomed the creation of the UN Mission for Ebola Emergency Response. However, the diplomat stressed that Brazil "underline[s] the need to treat the outbreak first and foremost as a health emergency and a social and development challenge rather than a threat to peace and security" (UNSC, 2014, p. 28).

191

During Lula's years, expressions as "structuring cooperation", "active and proud foreign policy", were quite common in debates on the BFP in health. Health gradually became an important BFP topic, though Lula's era was not exempt of criticism, especially because at times there is a "distance between the grandiloquence of intentions and the materialization of the act" (Buss and Ferreira apud Ventura, 2013, p. 106).

The downfall of Brazil's international insertion, as identified by Cervo and Lessa (2014) and discussed in this article, had an impact on Brazilian strategies in global health. Problems in the administration of international projects already existed during Lula's years, and there was a debate back then requiring a better understanding of those actors involved in the international health cooperation – to avoid problems as the ones that happened with the SMM project in Mozambique

–, and for better coordination among all different agencies and organisms that took part in this process. Nonetheless, there was a personal commitment from former President Lula to deal with these management problems, and the same could not be verified in Dilma's first term, in which financial restrictions and budgetary cuts, as happened to ABC in Angola, had an even stronger negative impact in some projects. The MOFA and Fiocruz struggled as well with some changes.

The absence of new expressions and concepts in the BFP could be an indicator that Lula's strategies have continued under Dilma's administration. However, the lack of resources and the absence of Dilma's efforts to prioritize BFP and establish new international priorities suggest the opposite situation. For instance, the project with Mozambique waned under Dilma, while evidence show that Unasur, BRICS and CPLP actions in the health field continued due to the effort of individual actors and bureaucratic inertia, instead of proactive efforts from Dilma's administration. In most of these cases, there has been a sluggish continuity in BFP, while Dilma has not made an effort to make projects work better or to speed up the processes.

192

Eduardo Gómez

is senior lecturer in international development at King's College London International Development Institute.

Fernanda Aguilar Perez

is a joint PhD candidate from University of São Paulo/King's College London, with a Fapesp/Capes scholarship, from São Paulo Research Foundation.

References

- ABDENUR, A. E. et al. 2014. Brazilian health and agricultural cooperation in Mozambique: an overview. *BPC Papers*, v. 2, n. 5, pp. 1-28.
- AMORIM, C. 2013. *Breves narrativas diplomáticas*. São Paulo: Benvirá.

- BADIN, M. R.; FRANÇA, C. 2010. A inserção internacional do Poder Executivo federal brasileiro. *Análises e Propostas*, São Paulo, n. 40, pp. 1-34.
- BCA – Brazilian Cooperation Agency. 2015. *Projeto PROFORSA*. Available at: <<http://www.abc.gov.br/imprensa/mostrarnoticia/534>>. Accessed on: June 10, 2015.
- BLISS, K. 2011. *Health diplomacy of foreign governments*. Washington, DC: Center for Strategic and International Studies.
- BRASIL. 2013. *National Budget 2013*. Available at: <<http://www.orcamentofederal.gov.br/orcamentos-anuais/orcamento-2013-1/loa/VolumeIV.pdf>>. Accessed on: June 1, 2015.
- BRASIL. Câmara dos Deputados [The Chamber of Deputies]. 2015a. *Atividade legislativa, orçamento e LOA*. Vol. IV.
- _____. Câmara dos Deputados [The Chamber of Deputies]. 2015b. Aprova o texto do Acordo de Sede entre a República Federativa do Brasil e a União de Nações Sul-Americanas (Unasul) para o funcionamento do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS). Item 21: PDC 24/2015.
- BRASIL; MOÇAMBIQUE. 2011. Ajuste complementar ao acordo geral de cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para o projeto de instalação da fábrica de antirretrovirais e outros medicamentos em Moçambique. Maputo, Moçambique.
- BRICS. 2014. IV meeting of the Ministers of Health of the BRICS: Joint Communiqué. Available at: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/17/Joint-Communiqu--FINAL--ENGLISH-05.12.14.pdf>>. Accessed on: June 9, 2015.
- BRICS Policy Center. 2014. *This week in BRICS*, v. 2, n. 65.
- BUSS, P.; FERREIRA, J. R. 2011. Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul: a contribuição da Unasul-Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, pp. 2699-711.
- CERVO, A. L. 2010. Brazil's rise on the international scene: Brazil and the world. *Revista Brasileira de Política Internacional*, v. 53, Special Edition, pp. 7-32.
- CERVO, A. L.; LESSA, A. C. 2014. O declínio: inserção internacional do Brasil (2011-2014). *Revista Brasileira de Política Internacional*, v. 57, n. 2, pp. 133-51.
- CHADE, J. 2013. Brasil vai dobrar contribuição para a OMS em 2014. *O Estado de S. Paulo*. Available at: <<http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,brasil-vai-dobrar-contribuicao-para-a-oms-em-2014,1034996,0.htm>>. Accessed on: October 17, 2013.

- CHAN, L.; CHEN, L.; XU, J. 2010. China's engagement with global health diplomacy: was SARS a watershed? *PLOS Medicine*, v. 7, n. 4, e1000266.
- COWLEY, M. 2014. Cuba to raise pay of doctors working in Brazil. *The Wall Street Journal*. Available at: <<http://www.wsj.com/articles/SB10001424052702304709904579411591801968068>>. Accessed on: Oct. 10, 2015.
- CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. 2013. Reunião técnica de avaliação do PECS – 2009-2012. Available at: <http://www.cplp.org/Files/Billeder/cSaude/Relatrio-Aval-PECS-2009-2012_FINAL.pdf>. Accessed on: June 09, 2015.
- FELDMAN, H.; MICHAUD, J. 2010. Health diplomacy and the enduring relevance of foreign policy interests. *PLOS Medicine*, v. 7, n. 4, e1000226.
- FIGUEIREDO, A. C.; LIMONGI, F. 2000. Presidential power, legislative organization, and party behavior in Brazil. *Comparative Politics*, v. 32, n. 2, pp. 151-70.
- FONSECA, J. M.; ESTEVES, P.; GOMES, G. Z. 2015. Brazilian health and agricultural cooperation in Angola: an overview. *BPC Papers*, v. 3, n. 2, pp. 1-38.
- FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. 2013a. *CRIS INFORMA #4*. Rio de Janeiro: Fiocruz. Available at: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/Cris%20Informa%204_0.pdf>. Accessed on: March 15, 2016.
- _____. 2013b. *CRIS INFORMA #5*. Rio de Janeiro: Fiocruz. Available at: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/Cris%20Informa%205%20-%20JAN-FEV2013_0.pdf>. Accessed on: March 15, 2016.
- _____. 2013c. *CRIS INFORMA #10*. Rio de Janeiro: Fiocruz. Available at: <<https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/Cris%20Informa%2010.pdf>>. Accessed on: March 15, 2016.
- _____. 2013d. *Relatório de gestão do exercício de 2012*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- _____. 2014. *CRIS INFORMA #12*. Rio de Janeiro. Available at: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/cris_informa_12_final_2.pdf>. Accessed on: March 15, 2016.
- _____. 2015. *Relatório de gestão do exercício de 2013*. Rio de Janeiro.
- GÓMEZ, E. J. 2012. Understanding Brazilian global health diplomacy: social health movements, institutional infiltration, and the geopolitics of accessing information. *Global Health Governance*, v. 6, n. 1, pp. 1-29.
- HERMANN, B. 2011. *Soberania, não intervenção e não indiferença: reflexões sobre o discurso diplomático brasileiro*. Brasília: Funag.
- HIRST, M. 2012. Aspectos conceituais e práticos da atuação do Brasil em Cooperação Sul-Sul: os casos de Haiti, Bolívia e Guiné Bissau. Rio de

- Janeiro/Brasília: Ipea (Texto para Discussão, n.1.687).
- HUANG, Y. 2010. Pursuing health as a foreign policy: the case of China. *Indiana Journal of Global Legal Studies*, v. 17, n. 1, pp. 105-46.
- _____. 2011. Domestic factor's in China's health aid programs in Africa. In: FREEMAN, C. (ed.). *China's emerging global health and foreign aid engagement in Africa*. Washington, DC: Center for Strategic and International Studies.
- HUDSON, V. M. 2014. *Foreign policy analysis*. Maryland: Rowman & Littlefield.
- ISAGS – Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde. 2012. *ISAGS Report*. Available at: <[http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev\[47\]ling\[3\]anx\[46\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev[47]ling[3]anx[46].pdf)>. Accessed on: June 7, 2016.
- _____. 2015a. *Informe ISAGS*. Rio de Janeiro. Available at: <[http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev\[3037\]ling\[1\]anx\[497\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev[3037]ling[1]anx[497].pdf)>. Accessed on: June 8, 2015.
- _____. 2015b. *Informe anual 2014*. Available at: <[http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb\[317\]ling\[1\]anx\[1064\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[317]ling[1]anx[1064].pdf)>. Accessed on: June 8, 2015.
- KICKBUSCH, I. et al. 2013. *Global health diplomacy: concepts, issues, actors, instruments, fora, and cases*. New York: Springer Press.
- LABONTE, R.; GAGNON, M. 2010. Framing health and foreign policy: lessons for global health diplomacy. *Globalization & Health*, v. 6, n. 14, pp. 1-19.
- LAFER, C. 2000. Brasil: dilemas e desafios da política externa. *Estudos Avançados*, v. 14, n. 38, pp. 260-67.
- LEE, K.; GÓMEZ, E. J. 2011. Brazil's ascendance: the soft power role of global health diplomacy. *European Business Review*, pp. 61-64. Available at: <<https://www.aber.ac.uk/en/media/departamental/interpol/chair/KL-Brazil's-ascendance-article.pdf>>. Accessed on: Feb. 15, 2016.
- LEE, K.; SMITH, R. 2011. What "is" global health diplomacy: a conceptual review. *Global Health Governance*, v. 5, n. 1, pp. 1-12.
- LEITE, P. S. 2011. *O Brasil e a operação Sul-Sul em três momentos: os governos Jânio Quadros/João Goulart, Ernesto Geízel e Luiz Inácio Lula da Silva*. Brasília: Funag.
- MAINWARING, S. 1997. Multipartism, robust federalism and presidentialism in Brazil. In: MAINWARING, S.; SHUGART, M. S. (eds.). *Presidentialism and democracy in Latin America*. Cambridge: Cambridge University Press.
- MICHAUD, J.; KATES, J. 2012. *Raising the profile of diplomacy in the U.S. global health response: a backgrounder on global health diplomacy*. Washington, DC: Kaiser Family Foundation.

- _____. 2013. Global health diplomacy: advancing foreign policy and global health interests. *Global Health: Science and Practice*, v. 1, n. 1, pp. 24-8.
- MILANI, C.; LOPES, R. 2014. Cooperação Sul-Sul e *policy transfer* em saúde pública: análise das relações entre Brasil e Moçambique entre 2003 e 2012. *Carta Internacional*, v. 9, n. 1, pp. 59-78.
- MOFA – Ministry of Foreign Affairs. 2011. *Relatório de visitas internacionais do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva e de visitas ao Brasil de Chefes de Estado e de Chefes de Governo entre janeiro de 2003 e dezembro de 2010*. Brasília, DF.
- _____. 2012. *Visita a Moçambique do Vice-Presidente da República, Michel Temer e do Ministro das Relações Exteriores, Antonio de Aguiar Patriota – 18 a 20 de julho de 2012*. Brasília, DF.
- MOFA and MOH – Ministry of Foreign Affairs and Ministry of Health. 2014. *Nota à imprensa conjunta dos Ministérios das Relações Exteriores e da Saúde – contribuição brasileira ao combate internacional ao vírus do Ebola*. Brasília, DF.
- NYE, J. 2004. *Soft power: the means to success in world politics*. New York: Public Affairs Press.
- NOVOTNY, T.; KICKBUSCH, I.; TOLD, M. (eds.). 2013. *21st century global health diplomacy*. Singapore: World Scientific Press.
- PAHO – PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. 2014. *Relatório de gestão dos termos de cooperação primeiro semestre de 2014*. Brasília, DF. Available at: <http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/rel_de_gestao_1_sem_2014.pdf>. Accessed on: June 10, 2015.
- PINHEIRO, L.; MILANI, C. 2012. Introdução. In: _____. *Política externa brasileira – as práticas da política e a política das práticas*. Rio de Janeiro: FGV.
- PRESIDENTIAL OFFICE. 2011. *Nota oficial – MRE divulga nota informativa sobre a visita da presidenta Dilma Rousseff a Maputo – Moçambique*. Brasília, DF.
- RUSSO, G. et al. 2014. On the margins of aid orthodoxy: the Brazil-Mozambique collaboration to produce essential medicines in Africa. *Globalization and Health*, v. 10, n. 70.
- SENADO FEDERAL [Federal Senate]. 2003-2014. *Brazilian federal budget*. All years available at <<http://www12.senado.gov.br/orcamento/documentos/loa>>. Accessed on: March 17, 2016.
- _____. 2015. *Detalhamento das ações de órgãos do poder executivo: 35000 – Ministério das Relações Exteriores*. Brasília, DF.
- TAYLOR, I. 2015. China's response to the Ebola virus disease in West Africa. *The Round Table: The Commonwealth Journal of International Affairs*, v. 104, n. 1, pp. 41-54.
- TEMPORÃO, J. G. 2014. [José Gomes Temporão:] *interview to Deisy de Freitas Lima Ventura*. Rio de Janeiro.

- THOMPSON, D. 2005. China's soft power in Africa: from the "Beijing consensus" to health diplomacy. *China Brief: A Journal of Analysis and Information*, v. 5, n. 21.
- TWIGG, J. 2012. *Russia's emerging global health leadership*. Washington, D.C.: Center for Strategic and International Studies.
- UNSC – United Nations Security Council. 2014. *Agenda peace and security in Africa*. 7268th meeting. Thursday, 18 Sept. 2014. New York S/PV.7268.
- VENTURA, D. 2013. Saúde pública e política externa brasileira. *SUR – Revista Internacional de Direitos Humanos*, v. 10, n. 19, pp. 99-117.
- VENTURA, D.; PEREZ, F. A. 2015. A política externa de saúde de Dilma Rousseff (2011-2014): elementos preliminares para um balanço. 5^o *Encontro Nacional da ABRI*, Belo Horizonte, 29-31 July.
- VIGEVANI, T.; CEPALUNI, G. 2007. A política externa de Lula da Silva: a estratégia da autonomia pela diversificação. *Contexto Internacional*, v. 29, n. 2, pp. 273-335.
- WATT, N.; GÓMEZ, E. J.; MCKEE, M. 2013. Global health in foreign policy – and foreign policy in health? Evidence from the BRICS. *Health Policy & Planning*, v. 29, n. 6, pp. 763-73.
- WERLAU, M. 2013. Cuba's healthcare diplomacy: the business of humanitarianism. *World Affairs*. Available at: <<http://www.worldaffairsjournal.org/article/cuba's-health-care-diplomacy-business-humanitarianism>>. Accessed on: Feb. 20, 2016.

A REDE DE POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA E A COOPERAÇÃO SUL-SUL: OS CASOS DE MOÇAMBIQUE E ANGOLA

Paulo Esteves, Geovana Zoccal Gomes e
João Moura Fonseca

O envolvimento brasileiro na cooperação internacional para o desenvolvimento teve início logo na própria constituição do campo no final da década de 1940, mas passa por constantes transformações desde então. No pós-guerra, foi receptor de um grande número de projetos da cooperação Norte-Sul, com foco na oferta de infraestrutura e de serviços públicos. Contudo, nos últimos anos passou a desempenhar papel-chave no estabelecimento de parcerias na cooperação Sul-Sul (CSS), ocupando a posição dual de país receptor e promotor de cooperação. A articulação com países do Sul global para um desenvolvimento mais autônomo ganhou força no Brasil primordialmente ao longo dos dois mandatos presidenciais de Luiz Inácio Lula da Silva, entre 2003 e 2010. Nesse período, a política externa brasileira conquistou ênfase autonomista, transformando a estratégia de inserção do país na política internacional.

De acordo com relatório oficial do governo acerca da cooperação brasileira para o desenvolvimento, entre os anos de 2005 e 2009, o investimento brasileiro na CSS passou de 384,2 milhões de reais para mais de 724 milhões de

reais (Ipea/ABC, 2010). O portfólio da Agência Brasileira de Cooperação (ABC) em 2003 contava com apenas 23 novos projetos; já em 2009, esse número saltou para 413 (Cabral e Weinstock, 2010). Nesse contexto, o continente africano destaca-se com grande número de países parceiros e projetos destinados à região. Entre 2001 e 2010, o Programa Estudante-Convênio (PEC-G), que representa cerca de 80% dos recursos do Ministério da Educação destinados à cooperação internacional, ofereceu quase 5 mil bolsas a estudantes africanos (Brasil, 2013). Além da educação, os dois setores que se destacam na cooperação internacional com países africanos são agricultura e saúde pública.

Para a realização de tais projetos, a ABC – que tem como mandato negociar, coordenar, implementar e acompanhar os programas e projetos brasileiros de cooperação técnica – estabelece parcerias com agências executoras, como a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai) – nos setores de agricultura, saúde e educação profissional, respectivamente. Assim, uma análise abrangente do envolvimento brasileiro na CSS só é possível quando levado em consideração o papel que tais agências adquirem nesse campo.

O argumento desenvolvido pelos autores ao longo de pesquisas de campo realizadas em Moçambique, Angola e Brasil¹, aqui articulado, baseia-se em uma perspectiva de *bottom-up*, que leva em conta trajetória e ações da ABC, mas enfatiza aquelas das agências executoras da cooperação.

¹ Como parte das atividades conduzidas pelo Brazilian-SSC Project, projeto de pesquisa realizado pelo BRICS Policy Center com o apoio do UK Department for International Development. Os autores realizaram três visitas a Moçambique (entre 2013 e 2015) e duas a Angola (entre 2014 e 2015), além de grande número de entrevistas no Brasil. Ao todo, mais de 70 profissionais representantes de agências doadoras multilaterais e bilaterais, academia, sociedade civil e governos nacionais foram entrevistados. Adicionalmente, foram realizadas três oficinas de validação dos resultados nas cidades do Rio de Janeiro, Maputo e Luanda.

Assim, o fundamento para a análise torna-se o que chamamos de redes setoriais de políticas públicas. Este artigo parte da constituição do que chamamos de Rede de Políticas de Saúde Pública para a análise das ações de cooperação brasileira no setor respectivo em Moçambique e Angola.

Moçambique, um dos principais parceiros da cooperação brasileira, contava, em 2013, segundo a ABC (O Brasil..., 2013), com catorze projetos em andamento. Na área da saúde, a parceria com Moçambique conta com um dos projetos mais conhecidos da cooperação brasileira – a Sociedade Moçambicana de Medicamentos (SMM). O país é um dos pontos focais das ações brasileiras de cooperação na área da saúde pública.

A cooperação brasileira com Angola também é significativa. No âmbito da cooperação para o desenvolvimento, Angola ocupava, em 2012, a quinta posição em termos de volume da cooperação técnica recebida do Brasil (O Brasil..., 2013). Tanto Moçambique como Angola são parceiros do Brasil na Rede de Bancos de Leite Humano. Em Angola, o Proforsa (Projeto de Fortalecimento do Sistema de Saúde em Angola) é um dos projetos mais conhecidos nesse setor. A partir de uma iniciativa trilateral com o Japão, o Proforsa teve como objetivo a capacitação individual e institucional para a saúde pública angolana, como se verá a seguir.

Como já dito, para tratar da CSS brasileira em saúde, este artigo tem como ponto de partida uma análise de Rede de Políticas de Saúde Pública no Brasil. Conhecer os processos de constituição e consolidação da Rede embasa o argumento de que o engajamento dos seus agentes em projetos de CSS deve ser compreendido por um viés mais amplo de extensão internacional da própria Rede. Essa extensão contribui para o posicionamento internacional do governo brasileiro no campo da saúde global, uma vez que carrega consigo escolhas constitucionais e de políticas que distinguem a Rede como tal. O segundo movimento do texto bus-

ca explorar os portfólios de projetos de CSS em saúde em Angola e Moçambique e relacioná-los à extensão internacional da Rede de Políticas de Saúde Pública através do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP). Tal movimento nos permite propor uma série de conclusões que indicam, do ponto de vista da formulação de políticas, a necessidade de consolidação do que os cooperantes brasileiros do campo da saúde denominam cooperação estruturante. Ademais, nas conclusões, apontamos, ainda, a necessidade de trabalhos de campo sobre a extensão internacional da Rede, de forma a permitir a compreensão das formas de articulação entre cooperantes brasileiros e seus parceiros na África lusófona.

A trajetória da cooperação Sul-Sul brasileira e suas redes de políticas públicas

202

É comum o tratamento da cooperação brasileira em termos de transferência de políticas públicas que lograram maior ou menor sucesso no Brasil². Como buscaremos demonstrar, contudo, mais do que transferência de políticas, podemos caracterizar a cooperação brasileira – pelo menos no que concerne ao caso da saúde pública – como uma extensão internacional da Rede Brasileira de Políticas de Saúde Pública. De fato, nos dois lados do Atlântico, informantes relacionaram a cooperação em saúde à extensão internacional de suas respectivas redes. Como cooperantes, os agentes brasileiros caracterizam, com frequência, seu trabalho como uma extensão internacional

² A despeito dos ganhos analíticos que oferece o tratamento da CSS em termos de transferências de políticas, tal abordagem apresenta, muitas vezes, limites no que se refere, de um lado, à relação entre a transferência de políticas públicas e o ordenamento do sistema internacional e, de outro lado, aos condicionantes sociais e políticos do processo de transferência. Sobre a aplicação dessa abordagem ao caso brasileiro, ver Hochman (1988), Lana e Evans (2004), Melo (2004), Hochman (2007), Sugiyama (2011), Faria (2012) e Milani e Lopes (2014).

de escolhas constitucionais³, programas e projetos que conduzem em casa.

A referida extensão internacional diz respeito não apenas à transferência de políticas específicas, mas à estruturação de sistemas setoriais e à promoção, no âmbito internacional, de escolhas constitucionais produzidas no ambiente doméstico. A extensão internacional das redes de políticas domésticas⁴ pode fortalecer ou contribuir para a produção de escolhas constitucionais e legitimar políticas e projetos executados no Brasil⁵.

Nesse sentido, esforços de cooperação internacional das redes brasileiras de políticas públicas ultrapassam a dimensão da transferência de políticas consideradas exitosas. De fato, a extensão internacional das redes nacionais reveste-se de importância estratégica para a consolidação de sistemas setoriais e políticas domésticas fundamentados em escolhas constitucionais em operação no Brasil. As extensões internacionais são, assim, partes constitutivas da dinâmica de redes de políticas

³ Embora referenciado na obra de Buchanan, o uso que aqui se faz do conceito de “escolha constitucional” é ligeiramente diferenciado. Segundo Buchanan, escolhas constitucionais dizem respeito ao estabelecimento de regras acerca da produção de regras, sejam elas as regras de competição política, diversos constrangimentos regulatórios ou arranjos institucionais que constituem a ordem social (Buchanan e Tullock, 1962; Brennan e Buchanan, 1985; Buchanan, 1987, 1990). Para além da definição das regras de competição política e proteção de propriedade, pode-se considerar que o estabelecimento do caráter público de determinados bens e a definição de direitos constituem um conjunto de escolhas constitucionais que constringerão o comportamento e as decisões dos agentes em momento pós-constitucional. Ora, escolhas constitucionais implicam o estabelecimento de direitos de propriedade, bens públicos e direitos individuais, e resultam na configuração de sistemas e políticas setoriais no plano doméstico. Dessa forma, escolhas são objeto de disputas continuadas, tanto nacional como internacionalmente.

⁴ A relevância das redes de políticas domésticas para a CSS do Brasil já é apontada em Leite, Suyama e Waisbich (2013).

⁵ Os casos de saúde e segurança alimentar são elucidativos. A Rede de Políticas de Saúde Pública no Brasil conseguiu garantir a constitucionalização do direito à saúde e buscou, particularmente na questão do acesso a fármacos, a arena multilateral para garantir a eficácia de políticas públicas específicas. A rede de segurança alimentar, por seu turno, foi capaz de influenciar decisivamente a formulação e implementação das políticas desse setor. Contudo, buscou a arena multilateral para constitucionalizar o direito à saúde como um direito universal e, portanto, da cidadania brasileira.

públicas, combinando: (i) a atuação em arenas políticas multilaterais; (ii) a constituição e /ou participação em arenas minilaterais ou regionais; e (iii) a cooperação para o desenvolvimento⁶.

A literatura de análise de redes de políticas (*policy network analysis*) representa ponto de entrada possível para investigação mais aprofundada do setor da saúde no Brasil e de suas articulações internacionais⁷. Tal literatura nos permite compreender as dinâmicas internas a cada um dos setores pesquisados, bem como os processos de decisão e implementação de escolhas constitucionais e políticas públicas. Esperamos demonstrar, ainda, que esses processos podem ser percebidos não apenas no âmbito doméstico, mas também em extensões internacionais, que podem assumir a forma de cooperação para o desenvolvimento.

Redes de políticas são arranjos estáveis que reúnem uma variedade de atores, cujas relações rotineiras são marcadas por interdependência, pela partilha de interesses comuns e recursos necessários para a promoção de políticas específicas (Börzel, 1998). O caso do setor da saúde pública é exemplo dos processos de constituição, dinâmica e extensão internacional de redes de políticas no Brasil.

A cooperação brasileira em saúde pública

A constituição da Rede de Políticas de Saúde Pública relaciona-se à dinâmica do movimento sanitário ao longo do

204

⁶ Enquanto arenas e normas multilaterais supõem princípios generalizados de conduta e reciprocidade difusa, arranjos e arenas minilaterais são válidos apenas para seus participantes. Como clubes, nos arranjos minilaterais “a participação é restrita, com os membros privilegiados para agir como definidores de agenda na formulação de políticas; além disso, proporciona bens exclusivos a seus membros” (Naim, 2009, Cooper e Farooq, 2015).

⁷ Analiticamente, conforme a definição de Marsh e Rhodes (1992), os *policy networks* são conceitos adequados para tratar de níveis intermediários, uma vez que nos permitem relacionar os níveis micro vinculados à interesses particulares e os níveis macro relativos a decisões de governos acerca de políticas. De acordo com Rhodes (2006), as redes de políticas possuem níveis distintos de integração que nos propiciam identificar redes altamente integradas que funcionam como comunidades a redes temáticas, nas quais o grau de consenso é bastante escasso.

regime militar no Brasil⁸. Sua origem vincula-se à construção, ainda na década de 1950, dos departamentos de medicina preventiva e à incorporação em 1968 desse campo de conhecimentos aos currículos das faculdades de medicina no país (Escorel, 1999; Escorel, Nascimento e Edler, 2005). Durante os anos 1970 e início dos 1980, os departamentos de medicina preventiva das universidades brasileiras tornaram-se palco de disputas entre perspectivas concorrentes acerca do objeto da saúde e das políticas necessárias para a sua promoção. Foi nesse período que se estabeleceram algumas das perspectivas e dos conceitos-chave em torno dos quais se organizaria a Rede: o conceito de determinantes sociais da saúde (Buss e Pellegrini Filho, 2007) e a perspectiva que associa a promoção da saúde a mecanismos democráticos de participação e controle social. O desenvolvimento dessa perspectiva sob o regime autoritário deu-se nos poucos nichos institucionais em que os profissionais da saúde vinculados ao movimento sanitário poderiam atuar⁹. Ainda na segunda metade da década de 1970, foram criadas duas outras organizações que contribuíram para o avanço dos debates em torno da reforma sanitária e da democratização da saúde: o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)¹⁰.

205

⁸ Apesar da ênfase que se dá à dinâmica do movimento sanitário na década de 1970, as origens do movimento datam do início do século XX, quando a saúde era tratada tanto como um problema quanto como um caminho civilizador. Na primeira metade do século XX, o movimento ganha especial relevância à luz das iniciativas de construção do Estado e de integração do território nacional no Brasil (Lima, Fonseca e Hochman, 2005).

⁹ Segundo Sarah Escorel, três instituições teriam contribuído para a estruturação do movimento sanitário em meados dos anos 1970: o Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (CNRH-Ipea), a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (Ppreps-Opas) (Escorel, Nascimento e Edler, 2005).

¹⁰ O Cebes foi criado em julho de 1976 a partir do curso de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). O Centro foi responsável pela criação da revista

Ao final da década de 1970, já era possível divisar os contornos do que viria a ser a Rede. Com efeito, naquele momento, diversos agentes, incluindo médicos, trabalhadores do sistema de saúde, agentes públicos e organizações civis encontraram arenas específicas de interação como o Cedes e a Abrasco, articulando-se em torno de uma concepção de saúde pública que enfatizava os seus determinantes sociais, bem como a necessidade de democratização do sistema de saúde, elemento que estaria vinculado diretamente à maior participação social em processos decisórios naquele setor. No início dos anos 1980, ao longo do processo de democratização no Brasil, esses agentes lograram ampliar seus espaços de participação junto ao Estado, tomando parte em simpósios e conferências e construindo uma agenda própria para a reforma do sistema de saúde pública¹¹. Já se pode identificar nesse período uma Rede de Políticas de Saúde Pública, caracterizada por significativa integração. Tal integração manifestava-se na partilha de valores comuns, o que limitava seu número de participantes e potencializava o volume e qualidade de suas interações. A análise de Sarah Escorel nos permite compreender, ainda, que, na primeira metade da década de 1980, os participantes da Rede construíram uma agenda comum de reformas para o setor, que, ao fim e ao cabo, era expressão de um conjunto de preferências políticas compartilhadas. Assim, segundo a autora,

[...] a década de 1980 se inici[ou] com um movimento cada vez mais forte de contestação ao sistema de saúde governamental. As propostas alternativas ao modelo oficial de

Saúde em Debate, que viria a se tornar importante espaço de articulação de propostas para a reforma sanitária. A Abrasco, fundada em 1979, reuniu os programas de pós-graduação em saúde coletiva e saúde pública do Brasil. Com o apoio dessa associação foram fortalecidos os programas de residência em medicina preventiva e social, que à época se expandiam pelo país (Escorel, Nascimento e Edler, 2005).

¹¹ Tais agentes participam do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, em 1979, organizado pela Câmara dos Deputados e da 7ª Conferência Nacional de Saúde, em 1980.

atenção à saúde caracterizavam-se pelo apelo à democratização do sistema, com participação popular, a universalização dos serviços, a defesa do caráter público do sistema de saúde e a descentralização (Escorel, Nascimento e Edler 2005, p. 71).

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com a presença de aproximadamente 4 mil participantes e mil delegados, assinala o momento no qual se inicia o processo de debate constitucional acerca da saúde pública no Brasil. A convocação da conferência já se deu a partir das perspectivas partilhadas pela Rede. Seus resultados apontam para o relativo consenso já existente em torno das perspectivas promovidas pelos participantes da Rede no interior da arena de saúde pública no país. De fato, a conferência aprovou o texto final, que consagra uma perspectiva abrangente de saúde enfatizando seus determinantes sociais.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acessos a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Brasil, 1986, p. 4).

207

Na mesma perspectiva, o texto final da conferência defende que a saúde deveria se constituir em direito da cidadania, cuja garantia e provisão seriam obrigações do Estado:

[...] direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (Brasil, 1986, p. 4).

A constitucionalização do direito à saúde e a construção do aparato institucional para sua garantia, o Sistema Único de Saúde (SUS), são em larga medida decorrentes das ações da Rede¹². A constitucionalização dos valores compartilhados entre os participantes da Rede e sua capacidade de negociar a adoção de parte significativa de suas preferências como políticas públicas, assim como os mecanismos necessários para sua implementação, são indicativos do elevado enraizamento social da Rede. Ademais, a Constituição Federal de 1988 e a garantia do direito universal à saúde são, portanto, indicativos da influência da Rede sobre a própria arena política da saúde, a despeito das dificuldades que, como se verá a seguir, apresentar-se-iam para a promoção efetiva dos princípios constitucionalizados.

208 A série de entrevistas realizadas ao longo da pesquisa permitiu identificar a percepção, compartilhada por muitos agentes do setor, de que, no Brasil, as esferas da política doméstica, política internacional no setor de saúde e cooperação para o desenvolvimento possuem vínculos inextricáveis. Com efeito, a narrativa prevalente entre agentes da comunidade de saúde pública no Brasil relaciona o processo de escolha constitucional da saúde como um direito à atuação internacional de agentes oficiais brasileiros no campo da saúde. A construção de um sistema de saúde pública orientado pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social não é tratada, apenas, como resultado de disputas político-sanitárias domésticas. De acordo com essa narrativa, tal escolha consolidou-se através de um processo de resistência contra as reformas orientadas ao mercado, impostas pelas instituições financeiras internacionais, particularmente pelo Banco Mundial¹³, e de promoção

¹² Com a Constituição de 1988 e com a regulamentação do SUS através de lei complementar, asseguravam-se os princípios advogados pelo Movimento Sanitarista e pela Rede: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social.

¹³ Ver World Bank (1987), Mattos, (2001), Escorel (1999), Escorel, Nascimento e Edler (2005) e Almeida (2006).

de normas internacionais relacionadas ao direito à saúde e à construção/provisão de bens públicos globais relacionados.

De fato, é nesse contexto que tem lugar a extensão internacional da Rede e o processo de institucionalização de seu relacionamento com a Comunidade de Política Externa Brasileira¹⁴. A extensão internacional da Rede se desdobra em três dimensões: multilateral, minilateral, e cooperação Sul-Sul. Na primeira dimensão, a atuação em fóruns internacionais e junto a organizações intergovernamentais, incluindo a Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Mundial do Comércio (OMC) e a Assembleia Geral das Nações Unidas, foi marcada pela promoção de princípios como acesso universal a cuidados de saúde de qualidade e medicamentos. A segunda dimensão da extensão internacional da Rede manifesta-se na defesa dessas posições em arenas políticas como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a União das Nações Sul-Americanas (Unasul) e a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) (Buss, 2011). Nessas arenas, para além da promoção dos princípios anteriormente referidos, a dinâmica da Rede tem lugar na construção de planos de ação comuns e de redes estruturantes, com vistas ao fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde.

No caso específico da CPLP (2009), ministros da saúde lograram construir um plano estratégico para o setor, objetivando fortalecer sistemas nacionais e assegurar acesso universal a serviços de saúde de qualidade. O plano compreendia sete eixos estratégicos: Força de Trabalho, Informação e

¹⁴ A literatura sobre redes de políticas oferece um quadro analítico que permite discriminar tipos diferentes de redes e apontar diferentes graus de integração e consistência interna. Rhodes identifica cinco variáveis que determinariam o nível de integração de uma rede de políticas: (i) número de participantes; (ii) frequência de interações entre os participantes; (iii) consistência em relação a valores, critérios de pertencimento e resultados esperados; (iv) consenso em relação a preferências de políticas; e, (v) interdependência entre os participantes (Rhodes, 1988, 2006; Marsh e Rhodes, 1992).

Comunicação, Investigação em Saúde, Complexo Produtivo da Saúde, Vigilância Epidemiológica e Monitoramento da Situação de Saúde, Emergências e Desastres Naturais e Promoção e Proteção da Saúde; e quatro redes estruturantes: Institutos Nacionais de Saúde, Escolas Nacionais de Saúde Pública, Escolas Técnicas de Saúde e Bancos de Leite Humano. Adicionalmente, o Ministério da Saúde (MS) e a Fiocruz expandiram para os países africanos de língua portuguesa a Rede de Bancos de Leite Humano. A construção de redes de cooperação Sul-Sul e a execução de projetos de cooperação para o desenvolvimento no campo em questão podem ser compreendidas, assim, à luz da construção mais ampla de coalizões no campo da saúde global e do fortalecimento de sistemas domésticos de saúde pública.

210

A extensão internacional da Rede tem suas ações organizadas em torno de três noções vinculadas entre si: diplomacia da saúde, complexo industrial da saúde e cooperação estruturante. Com efeito, agentes brasileiros frequentemente lançam mão do conceito de diplomacia da saúde ao discutir respostas a problemas transnacionais de saúde emergentes (Kickbuch, Silberschmidt e Buss, 2007; Buss e Ferreira, 2010). A noção de diplomacia da saúde proporcionou um guarda-chuva conceitual para melhor articulação entre o Ministério das Relações Exteriores (MRE) e o Ministério da Saúde (MS). Facilitou também o maior engajamento internacional de instituições tradicionalmente envolvidas apenas em questões de saúde em âmbito nacional. A noção é, ainda, frequentemente apresentada como uma alternativa à suposta separação entre a política externa e as metas de ajuda ao desenvolvimento em geral, associadas à ajuda do Norte (Russo, Cabral, e Ferrinho, 2013). Vale notar, contudo, que, na percepção de alguns entrevistados, a noção de diplomacia da saúde e as ações que nela se justificam têm criado algumas tensões entre a Rede e a comunidade de política externa, frequentemente associadas a disputas

burocráticas relacionadas à responsabilidade última sobre a política externa do Brasil¹⁵.

Ao defender as escolhas constitucionais de 1988 não apenas pelas lentes dos direitos, agentes da saúde afirmam que ganhos de produtividade resultam de um sistema de saúde eficaz e abrangente. Em outras palavras, uma população saudável traduz-se em uma força de trabalho mais produtiva (Fiocruz, 2012). O desenvolvimento de um complexo industrial da saúde – baseado em uma estratégia nacional de desenvolvimento que enfatiza a redução da dependência econômico-produtiva em setores estratégicos, como a biotecnologia e equipamentos eletrônicos – é apresentado como pré-requisito ao bom funcionamento do sistema de saúde, gerando concomitantemente efeitos econômicos positivos. A dinâmica é descrita por Gadelha (2006), entre outros autores, como um ciclo virtuoso construído em torno do processo de retroalimentação entre a economia do país e sua saúde pública. De acordo com esse argumento, amplamente adotado pelo próprio governo brasileiro, o complexo industrial da saúde minimizaria riscos em relação ao alcance de objetivos da saúde pública do Brasil, em particular a universalidade, equidade e integralidade.

Essas aspirações manifestam-se na extensão internacional da Rede através do que seus participantes denominam cooperação estruturante. Ainda que já utilizada em outros setores da cooperação brasileira, a noção de cooperação estruturante é mais consolidada no âmbito da saúde, possuindo nuances relevantes. Essa teria como centro

211

¹⁵ A interação frequente entre o MRE e o MS conduziu à institucionalização da Assessoria Internacional do Ministério da Saúde (Aisa/MS). Contudo, a despeito da já consolidada Aisa/MS, vários informantes insistiram na centralidade do relacionamento entre as lideranças de cada um dos ministérios. A dependência de relações *ad hoc* que não necessariamente se dão através dos mecanismos de coordenação interministerial indica um processo inconcluso de ajuste entre a rede e a comunidade de política externa.

[...] o fortalecimento institucional dos sistemas de saúde dos países parceiros, combinando intervenções concretas com a construção de capacidades locais e a geração de conhecimento, e ainda promovendo o diálogo entre atores, de forma a possibilitar que eles assumam o protagonismo na liderança dos processos no setor saúde e promovam a formulação autônoma de uma agenda para o desenvolvimento futuro na saúde (Almeida et al., 2010, p. 28).

A cooperação estruturante brasileira em saúde é frequentemente contrastada com abordagens tradicionais “pautadas por programas verticais, vinculados a doenças específicas e que, aparentemente, teriam pouco impacto nos sistemas de saúde e nos resultados para as populações” (Almeida et al., 2010, p. 28). O tema será aprofundado nas seções a seguir dedicadas aos casos de Moçambique e Angola.

212

A atuação da Rede de Políticas de Saúde Pública e a CSS em Moçambique e Angola

*A cooperação em saúde com Moçambique*¹⁶

O sistema de saúde moçambicano tem apresentado diversas melhoras nos últimos anos. A taxa de mortalidade infantil, taxa de mortalidade dos menores de 5 anos e a taxa de mortalidade materna têm diminuído de forma significativa. Contudo, desigualdades entre as regiões do país ainda são elevadas e o estado geral da saúde em Moçambique permanece abaixo dos padrões internacionais e da média africana. A prevalência do vírus HIV/Aids não é somente alta, mas crescente (Visser-Valfrey e Umarji, 2010).

¹⁶ Os resultados apresentados sinteticamente nesta seção encontram-se no relatório *Brazilian health and agricultural cooperation in Mozambique: an overview*, publicado em: <<http://bricspolicycenter.org/homolog/uploads/trabalhos/6549/doc/970646912.pdf>>.

O apoio de doadores do Norte e organizações internacionais ao setor da saúde moçambicano é coordenado pelo Grupo de Parceiros da Saúde (Health Partner's Group – HPG), cujos membros se encontram mensalmente. A OMS e a Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância) são os mais influentes, apesar de instituições financiadoras globais, como a Aliança Mundial para as Vacinas e a Imunização (GAVI), desempenharem papel proeminente. Os Estados Unidos, através da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (Usaid) e do Centro para Controle e Prevenção de Doenças (CDC), são os maiores dentre os doadores no setor da saúde em Moçambique. Além disso, organizações não governamentais, como a Fundação Clinton e o Naima+ (Rede das ONGs internacionais que trabalham na área da Saúde e HIV em Moçambique), ocasionalmente participam das reuniões do grupo de coordenação. As ações do grupo devem, em princípio, estar alinhadas com os planos estratégicos para o desenvolvimento da saúde formulados pelo governo de Moçambique¹⁷. Apesar de profissionais brasileiros geralmente não participarem das reuniões do HPG¹⁸, as ações do grupo terminam por incidir sobre a cooperação brasileira para o desenvolvimento.

213

¹⁷ Quais sejam: (i) Primeiro Plano Estratégico do Setor da Saúde – PESS I, desenvolvido em 2000 e implementado em 2002; (ii) PESS II, referente ao período de 2007 a 2012 e estendido por mais um ano; (iii) PESS III, que cobriu o período de 2014 a 2019. Além desses, vale mencionar também o Plano de Ação para a Redução da Pobreza, o Plano Nacional Integrado para o alcance dos ODMs 4 e 5, o Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, o Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA, o Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde 2008-2015 e o Plano Estratégico do Sistema de Informação para a Saúde.

¹⁸ Alguns informantes apontaram para os atritos do Brasil com o DAC, como a explicação para a falta de participação brasileira em tal estrutura de coordenação, mesmo que conte com a presença esporádica da representação brasileira no país, como no caso do grupo do setor agrícola em Moçambique. Outros informantes declararam pessoal desgosto com a atitude de doadores tradicionais durante tais encontros. Nenhuma explicação é completa, assim a ausência de recursos humanos adequados, tempo, e outros aspectos também devem ser considerados, pois contribuem para a frequente falta de participação de profissionais brasileiros em tais estruturas.

Informantes frequentemente apontaram para a centralidade do Plano Estratégico (2009-2012) de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS/CPLP). O plano estratégico tinha como principal objetivo o fortalecimento de sistemas nacionais de saúde, de modo a garantir acesso universal a serviços de saúde de qualidade¹⁹. Além da rede estruturante estabelecida dentro do plano de saúde da CPLP, o MS e a Fiocruz expandiram para países africanos a Rede de Bancos de Leite Humano. De acordo com as entrevistas realizadas em Moçambique, o PECS, cujos eixos estratégicos e redes estruturantes são apresentados no Quadro 1, constituiria o principal enquadramento para a cooperação entre esses países. Entrevistas indicaram também o papel capital do Brasil na definição de tais planos. O discurso do então Ministro José Gomes Temporão permite perceber como a construção do Plano estende para o ambiente minilateral (a CPLP) as escolhas constitucionais e de políticas tomadas no âmbito da Rede de Políticas de Saúde Pública brasileira.

214

O Brasil tem a perspectiva de contribuir muito firmemente para a consecução do PECS/CPLP. Quando o examinamos, percebemos a abrangência de seus propósitos, que vai da construção de redes de “instituições estruturantes” dos sistemas de saúde, como são: nossos próprios Ministérios e as redes de Escolas Técnicas de Saúde, de Escolas de Saúde Pública, de Institutos Nacionais e de Centros de Instalação e Manutenção de Equipamentos, a um ambicioso programa de formação de recursos humanos, que inclui a rede de observatórios em recursos humanos em saúde; da vigilância epidemiológica e monitorização da situação de saúde *vis-à-vis* os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio ao reforço dos nossos sistemas de saúde – incluindo as estratégias da atenção primária integral de saúde e o acesso universal aos

¹⁹ Para mais informações, acessar: <<http://www.cplp.org/id-1787.aspx>>.

Quadro 1
Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP:
Eixos Estratégicos e Redes Estruturantes

Eixos estratégicos	EE1 – Treinamento e desenvolvimento de mão de obra da área da saúde
	EE2 – Informação e comunicação na saúde
	EE3 – Pesquisa em saúde
	EE4 – Desenvolvimento do complexo industrial da saúde
	EE5 – Vigilância epidemiológica e monitoramento de situações da saúde
	EE6 – Emergências e desastres naturais
	EE7 – Promoção e proteção da saúde
Redes estruturantes	RE1 – Institutos nacionais da saúde
	RE2 – Escolas nacionais de saúde pública
	RE3 – Escolas técnicas de saúde
	RE4 – Centros técnicos de instalação e manutenção de equipamentos

Fonte: CPLP (2009).

215

medicamentos essenciais – à cooperação em situações de emergências e desastres naturais e a priorização da promoção e proteção à saúde. Ademais, demonstrando grande senso de oportunidade, o Plano se debruça sobre o complexo produtivo da saúde para produzir vacinas, medicamentos, *kits* para diagnóstico e outros insumos para a saúde que, em tempos de crise econômica, pode ser um forte dinamizador da economia dos nossos países (Temporão, 2009).

A principal contraparte da cooperação brasileira no setor da saúde para o Ministério da Saúde de Moçambique (Misau) é a Fiocruz, descrita por um dos informantes do Misau como um ministério em si mesmo. A Fiocruz e o Instituto Nacional de Saúde de Moçambique (INS) definiram, em outubro de 2012, um plano de cooperação para os cinco anos seguintes. O plano elabora áreas de cooperação,

tais como pesquisa, ensino, vigilância da saúde, informação, comunicação, histórico da saúde e sistemas de saúde, assim como atividades no âmbito da Rede Nacional dos Laboratórios de Saúde Pública e gestão do INS.

A Fiocruz está envolvida no apoio ao INS para a preservação da sua história institucional e arquivos. Esse projeto envolve uma revisão da história da saúde pública de Moçambique pós-independência e o desenvolvimento de uma revista eletrônica pronta para ser indexada internacionalmente. Além disso, a Fiocruz está apoiando a criação de um banco de leite no Hospital Central de Maputo. Considerado por muitos informantes o projeto mais bem-sucedido promovido pelo Brasil na cooperação internacional para o desenvolvimento, os bancos de leite são desenhados considerando a extensiva experiência acumulada pelo Brasil, que teve seu primeiro banco de leite implementado em 1943 (Anvisa, 2008).

216

Ademais, o Instituto Oswaldo Cruz, a Fiocruz e o INS de Moçambique estabeleceram parceria para criar um programa de mestrado em Ciências da Saúde para Moçambique. Os estudantes têm um orientador brasileiro e outro moçambicano, e passam três meses estudando no Brasil. Outro mestrado, em Sistemas de Saúde, foi desenhado em parceria com o INS, o Centro Internacional de Pesquisa para o Desenvolvimento (IDRC), do Canadá, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) e o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Membros da Universidade Eduardo Mondlane foram incorporados ao corpo docente do programa.

O projeto mais conhecido da Fiocruz em Moçambique é a Sociedade Moçambicana de Medicamentos. Anunciada em 2003 pelo então Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o projeto está sob implementação há mais de uma década. A iniciativa relaciona-se à posição brasileira, tanto doméstica quanto externa, relativa ao direito de produção de medicamentos genéricos em contextos de epidemia. Moçambique tem contribuído com um espaço em Matola, cidade adja-

cente a Maputo, onde havia uma fábrica de produção de soros. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o Ministério da Saúde (MS) brasileiros fizeram uma parceria para apoiar a criação da Autoridade Regulatória de Medicamentos de Moçambique, que controlaria a qualidade e preço dos medicamentos, de acordo com diretrizes da OMS. Contudo, informantes disseram que o projeto foi arquivado após perder apoio político com mudanças do Misau.

Entrevistas indicaram a existência de um projeto de caracterização da saúde oral e dental de Maputo pelo MS do Brasil, com o objetivo de criar condições para melhor planejamento e avaliação das ações e serviços públicos estomatológicos. Informantes apontam também para a parceria do MS com o Instituto Nacional do Câncer (Inca), com o objetivo de desenvolver o sistema de informações de Moçambique sobre a enfermidade e apoiar programas de prevenção ao câncer de colo do útero e de mama. Além disso, Bruyn (2014) menciona um projeto de cuidado comunitário em parceria com a Universidade de Brasília (UnB), para o qual o governo brasileiro teria comprometido 425 mil dólares, projeto que a equipe de pesquisa auferiu como concluído. Um informante mencionou uma atividade em parceria com a Universidade Federal do Ceará (UFC) e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), incluindo um programa de intercâmbio com a escola de enfermagem da UFRJ. O mesmo informante apontou para a importância das bolsas de estudo brasileiras concedidas a estudantes moçambicanos na área da saúde, usualmente coordenadas pelo Ministério da Ciência e Tecnologia de Moçambique e emitidas pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), com a participação da Divisão de Temas Educacionais do Ministério das Relações Exteriores.

A breve descrição do portfólio de projetos de cooperação na área de saúde em Moçambique permite identificar

seu enquadramento nos marcos estabelecidos no PECS/CPLP. O Quadro 2 contrasta o portfólio de projetos em Moçambique aos eixos estratégicos PECS/CPLP, propiciando verificar o alto grau de consistência entre eles. Tal consistência leva a três conclusões preliminares:

1. A elaboração do PECS encontra-se intimamente vinculada às experiências da cooperação brasileira em saúde em países lusófonos. Muitos projetos são anteriores à elaboração do PECS, nos faz divisar uma dinâmica circular entre as experiências de campo da CSS brasileira e a formulação de estratégias mini e multilaterais.
2. A consistência entre, de um lado, as escolhas constitucionais e por políticas tomadas no âmbito da Rede de Políticas de Saúde Pública brasileira e, de outro, os projetos de CSS e o PECS, permite compreender a centralidade da CSS para extensão da Rede de Saúde Pública para o ambiente internacional. Tal extensão teria o potencial de fortalecer nacionalmente e internacionalmente as posições portadas pela Rede de Políticas de Saúde. Nesse sentido, a manutenção da capacidade de implementação de projetos de CSS, particularmente do ponto de vista orçamentário, é variável crítica para a consolidação da extensão internacional da Rede.
3. A despeito da clara correlação entre projetos de cooperação técnica e o PECS/CPLP, pouco podemos afirmar acerca da efetividade da CSS brasileira em saúde e do próprio PECS, em razão da ausência de mecanismos de avaliação dos projetos. A análise resultante dessa pesquisa permite apenas identificar a percepção dos principais *stakeholders* em relação aos projetos em tela. Nos limites deste artigo, podemos afirmar que, enquanto projetos na área de construção de capacidades e treinamento são bem avaliados nos dois lados do Atlântico, projetos na área do complexo industrial de saúde e de vigilância encontram grandes dificuldades e, por vezes, resistências. As diferentes percepções

Quadro 2
PECS/CPLP e Cooperação Técnica em Saúde, Brasil-Moçambique

PECS/CPLP: Eixos estratégicos e redes estruturantes	Projetos de cooperação em saúde Brasil-Moçambique
EE1 – Treinamento e desenvolvimento de mão de obra da área da saúde	X
EE2 – Informação e comunicação na saúde	X
EE3 – Pesquisa em saúde	X
EE4 – Desenvolvimento do complexo industrial da saúde	X
EE5 – Vigilância epidemiológica e monitoramento de situações da saúde	X
EE6 – Emergências e desastres naturais	
EE7 – Promoção e proteção da saúde	X
RE1 – Institutos nacionais da saúde	X
RE2 – Escolas nacionais de saúde pública	X
RE3 – Escolas técnicas de saúde	X
RE4 – Centros técnicos de instalação e manutenção de equipamentos	X

Fonte: Buss (2011). Elaboração própria.

219

identificadas sugerem a necessidade do tratamento analítico da articulação entre as Redes de Políticas de Saúde do Brasil e de Moçambique, de forma a identificar seus interesses e preferências particulares²⁰.

A cooperação em saúde com Angola²¹

A cooperação Brasil-Angola no setor da saúde teve início em 1996, quando a ABC organizou uma missão com especialistas da saúde para discutir potenciais projetos em

²⁰ A esse respeito, ver Esteves e Assunção (2016, no prelo).

²¹ Os resultados apresentados sinteticamente nesta seção encontram-se no relatório *Brazilian health and agricultural cooperation in Angola: an overview*, publicado em: <<http://bricspolicycenter.org/homolog/uploads/trabalhos/6838/doc/968418951.pdf>>.

áreas definidas como estratégicas no âmbito da CPLP. Desde então, governos de países da África lusófona, incluindo Angola, vêm demandando apoio para seus sistemas nacionais de saúde. Durante os anos 1990, a ênfase da cooperação foi em treinamento e *capacity building*.

De acordo com um documento fornecido pela Embaixada Brasileira em Luanda, em referência a julho de 2013, havia então somente dois projetos de cooperação bilateral em execução em Angola na área da saúde. Esses projetos eram também os únicos listados como “em execução” no *site* da ABC: (1) o Projeto Piloto em Doença Falciforme e (2) o Desenvolvimento de Capacidade para o Sistema de Saúde de Angola – Fase 2. Além desses, houve no período em tela a execução do projeto Proforsa, apresentado a seguir.

O Projeto Piloto em Doença Falciforme teve como objetivo reduzir a morbidez e a mortalidade relacionadas à essa doença em Angola, viabilizado por uma parceria entre o MS brasileiro e o Hospital Pediátrico David Bernardino. A doença falciforme é a doença hereditária mais comum no mundo, com altas taxas de morbidez e mortalidade. Mesmo que essa doença permaneça sem cura, muitas de suas manifestações e complicações são passíveis de tratamento e prevenção, garantindo não só a sobrevivência, mas também melhor qualidade de vida para as pessoas por ela afetadas. Assim, o projeto visou à consolidação de políticas públicas direcionadas ao combate à doença e o emprego da triagem laboratorial neonatal e diagnóstico por imagem. O mesmo também buscou o desenvolvimento de capacidades técnicas relacionadas ao tratamento básico da doença e a restauração de lesões ósseas dela resultantes. O projeto teve um orçamento total de 291 mil dólares, quase todos financiados pela ABC (17 mil dólares desse total foram advindos do MS brasileiro e 38 mil dólares do Hospital Pediátrico David Bernardino). O documento fornecido pela ABC relata atrasos e inconsistência na execu-

ção do projeto, fruto de problemas recorrentes de comunicação com as contrapartes angolanas.

Uma parceria entre a Fiocruz e o Ministério da Saúde de Angola resultou no projeto Desenvolvimento de Capacidade para o Sistema de Saúde de Angola – Fase 2. O projeto teve como objetivo fortalecer a capacidade de treinamento em saúde pública naquele país nos campos científico, tecnológico e educacional, incluindo comunicação e informação. As ações empreendidas pelo projeto foram direcionadas ao apoio do Ministério da Saúde de Angola no treinamento de profissionais para trabalhar no ensino, na pesquisa e na cooperação técnica na Escola de Saúde Pública de Angola. Além disso, o projeto buscou também estruturar uma rede de bibliotecas de saúde em Angola, reestruturar as escolas técnicas de saúde e fortalecer o Instituto Nacional de Saúde Pública. A primeira fase do projeto teve atividades incompletas/atrasadas enfrentando dificuldades na implementação relacionadas ao mestrado em Saúde Pública. Ainda assim, foi conferido grau de mestre em Saúde Pública a trinta profissionais angolanos e o programa de mestrado foi considerado pelo governo de Angola muito exitoso, manifestando interesse em apoiar a segunda edição do projeto²².

221

Apesar de não fazer parte da lista de projetos anteriormente mencionada, o Proforsa é certamente o projeto de maior visibilidade da cooperação brasileira em Angola na área da saúde pública. Como já dissemos, trata-se de uma iniciativa que envolve Brasil, Angola e Japão, e foi iniciada em 2011,

²² É importante pontuar que apesar do *status* “em execução” atribuído aos projetos, a comunicação trocada com o MS brasileiro em setembro de 2014 a respeito do projeto da doença falciforme indicou várias inconsistências na sua execução, insinuando que ele foi finalizado sem que os parceiros tivessem completado as atividades anteriormente acordadas. O projeto da Fiocruz também parece ter sido finalizado, apesar de nenhuma parte angolana envolvida com o projeto em Luanda estivesse disponível para comentários. Ademais, não é improvável que, como em vários outros países, projetos de cooperação técnica sob negociação em Angola tenham sido paralisados devido aos severos cortes orçamentários tanto do Ministério das Relações Exteriores do Brasil quanto da Agência Brasileira de Cooperação.

com duração de três anos. O projeto teve como objetivo fortalecer as capacidades individuais, institucionais e sistêmicas do setor da saúde angolano. As instituições que lideraram o projeto foram a Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) e Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) para o componente de saúde primária, e Unicamp, através do Hospital Sumaré, e a JICA (Japan International Cooperation Agency) para o componente de saúde terciária²³. No componente de saúde primária, o desenvolvimento de capacidades teve como foco quatro centros de referência em saúde em Luanda – Samba, Ingobota, Rangel e Ilha. Já no componente de saúde terciária, o projeto foi conduzido no Hospital Josina Machel e na Maternidade Lucrecia Paim.

222

Os desafios na execução do Proforsa, que transpareceram nas entrevistas, podem ser aglutinados em três categorias: (1) implementação, (2) financiamento e (3) contexto cultural e político. Um informante enfatizou como a Fiocruz tem sido hábil em promover o entendimento de questões básicas relacionadas ao sistema de saúde angolano entre os principais *stakeholders* do setor. Contudo, o mesmo informante criticou outras iniciativas *top-down*, como as implementadas por empresas privadas de consultoria em saúde, que impõem novas regras de gestão, diretivas e práticas sem discussão com os profissionais do setor. Entrevistas feitas com as contrapartes brasileiras relataram problemas financeiros. Cortes no orçamento do Ministério das Relações Exteriores afetaram de maneira significativa os projetos da ABC e forçaram a reestruturação de responsabilidades nas despesas do terceiro ano do Proforsa. Grande parte dos

²³ Os serviços de saúde são classificados de acordo com o grau de complexidade tecnológica requerida aos procedimentos realizados. A atenção primária à saúde se refere à atenção básica, com ações de prevenção e proteção à saúde, com ações precoces que potencializem a intervenção ou mesmo evite sua necessidade. A atenção secundária se refere à atenção de média complexidade, realizada através de centros de atendimentos. A atenção terciária constitui alta complexidade, realizada através de serviços ambulatoriais e hospitalares especializados.

Quadro 3
PECS/CPLP e Cooperação Técnica em Saúde, Brasil-Angola

PECS/CPLP: Eixos estratégicos e redes estruturantes	Projetos de cooperação em saúde Brasil-Angola
EE1 – Treinamento e desenvolvimento de mão de obra da área da saúde	X
EE2 – Informação e comunicação na saúde	
EE3 – Pesquisa em saúde	
EE4 – Desenvolvimento do complexo industrial da saúde	
EE5 – Vigilância epidemiológica e monitoramento de situações da saúde	
EE6 – Emergências e desastres naturais	
EE7 – Promoção e proteção da saúde	X
RE1 – Institutos nacionais da saúde	
RE2 – Escolas nacionais de saúde pública	X
RE3 – Escolas técnicas de saúde	X
RE4 – Centros técnicos de instalação e manutenção de equipamentos	

Fonte: Buss (2011). Elaboração própria.

custos foi absorvida pela JICA, e uma parte menor, porém significativa, absorvida pelo Ministério da Saúde de Angola.

Por fim, houve grande divergência em relação ao *Caderno de Saúde Materno-Infantil*. Abordagens distintas de brasileiros e japoneses terminaram por minar a confiança entre as partes e o recuo dos cooperantes brasileiros que decidiram não participar da elaboração do caderno. Paradoxalmente, tal caderno foi considerado por muitos *stakeholders* do setor da saúde, não diretamente envolvidos nesse projeto de cooperação triangular, como o principal resultado do Proforsa.

A análise da CSS brasileira no campo da saúde pública em Angola reflete um cenário bastante distinto daquele encon-

trado em Moçambique. Se contrastado com o PECS/CPLP para Moçambique, o portfólio de projetos em Angola é muito menos consistente ver Quadro 3.

224

A partir das experiências nos âmbitos mini e multilateral, bem como em projetos de CSS, a Rede de Políticas de Saúde Pública cunhou o conceito de cooperação estruturante para caracterizar aquilo que seria a singularidade de suas práticas cooperativas. O conceito foi rapidamente apropriado por outras redes de políticas e passou a ser mobilizado também pela ABC. Contudo, a despeito de sua ampla difusão entre as redes de políticas da cooperação brasileira, a noção de cooperação estruturante ainda carece de precisão conceitual. Enquanto alguns agentes a relacionam a volume de recursos, outros identificam a cooperação estruturante como a construção de capacidades. Não obstante a dispersão conceitual, pudemos observar que essa Rede oferece uma conceituação mais robusta. De fato, nessa chave, a cooperação estruturante se aproxima da ideia de construção de sistemas nacionais autônomos (*self-reliance*), capazes de formular e executar políticas em determinado setor, alinhadas às demandas específicas de seu respectivo contexto. No caso das Redes de Políticas de Saúde Pública, essa perspectiva informa ainda a construção de redes internacionais estruturantes em torno das diversas unidades que compõem ou deveriam compor os sistemas nacionais (*collective self-reliance*).

No caso da saúde, no âmbito da CPLP, essas redes incluem Institutos Nacionais de Saúde, Escolas Nacionais de Saúde Pública, Escolas Técnicas de Saúde e Bancos de Leite Humano, evidenciando extensões das redes e dos sistemas brasileiros. A Rede de Políticas de Saúde Pública representa, provavelmente o exemplo mais bem desenvolvido da extensão internacional de caráter estruturante.

Quadro 4
PECS/CPLP e CSS em Saúde em Angola e Moçambique

PECS/CPLP: Eixos estratégicos e redes estruturantes	Projetos de cooperação em saúde Brasil-Angola	Projetos de cooperação em saúde Brasil-Moçambique
EE1 – Treinamento e desenvolvimento de mão de obra da área da saúde	X	X
EE2 – Informação e comunicação na saúde		X
EE3 – Pesquisa em saúde		X
EE4 – Desenvolvimento do complexo industrial da saúde		X
EE5 – Vigilância epidemiológica e monitoramento de situações da saúde		X
EE6 – Emergências e desastres naturais		
EE7 – Promoção e proteção da saúde	X	X
RE1 – Institutos nacionais da saúde		X
RE2 – Escolas nacionais de saúde pública	X	X
RE3 – Escolas técnicas de saúde	X	X
RE4 – Centros técnicos de instalação e manutenção de equipamentos		X

Fonte: Buss (2011). Elaboração própria.

O Quadro 4 permite comparar dimensões da extensão internacional das redes e os projetos de cooperação Sul-Sul em saúde em Angola e Moçambique.

Esse quadro nos proporciona revisitar as conclusões preliminares apresentadas na página 220 e avançá-las em termos de conclusões finais. Como afirmamos, os processos de elaboração de declarações e planos nos âmbitos mini e multi-lateral, de um lado, e os projetos de CSS, de outro, parecem se retroalimentar. Os casos estudados nos permitiram identificar a tentativa de extensão internacional da Rede de Políticas de Saúde Pública brasileira a partir de planos estratégicos minilaterais e de projetos de CSS. Tal extensão carrega consi-

go, como procuramos argumentar, escolhas constitucionais, como acesso universal, e escolhas de políticas, que vinculam saúde pública e desenvolvimento de forma abrangente. Tal extensão reforçaria tanto doméstica como internacionalmente as posições da Rede brasileira em áreas diversas como a de acesso a medicamentos.

Contudo, a análise nos fez perceber que, a despeito dos esforços empreendidos pelos cooperantes brasileiros em saúde, suas ações se encontram severamente constrangidas, tanto por limites orçamentários como pela ausência de um quadro legal que lhes permita operar. Tais constrangimentos têm severas consequências em termos de efetividade e confiança e sobre a capacidade de manutenção das extensões internacionais da Rede, como pudemos compreender a partir das entrevistas realizadas.

Finalmente, a diferença significativa entre os casos de Angola e Moçambique, bem como as diferentes percepções acerca dos projetos de CSS em ambos os casos, apontam para a necessidade de aprofundamento das pesquisas de campo em torno da questão específica da articulação entre cooperantes brasileiros e de países terceiros. Tal análise é necessária para que possamos identificar as variáveis que incidem sobre o processo de extensão internacional da Rede e compreender a dinâmica da cooperação estruturante brasileira.

226

Paulo Esteves

é professor do Instituto de Relações Internacionais da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio) e pesquisador do BRICS Policy Center, do CNPq e da Faperj (CNE) e do projeto Brazil's Rise to the Global Stage (BRGS): Humanitarianism, Peacekeeping and Quest for Great Powerhood (PRIO).

João Fonseca

é mestre em Relações Internacionais pela PUC-Rio, consul-

tor do Banco Mundial em Moçambique e pesquisador associado do BRICS Policy Center.

Geovana Zoccal Gomes

é doutoranda em Relações Internacionais pela PUC-Rio e pesquisadora do BRICS Policy Center.

Bibliografia

- ALMEIDA, C. 2006. Health sector reform in Latin America and the Caribbean: the role of international organizations in formulating agendas and implementing policies. *Well-being and Social Policy*, n. 2, pp. 123-60.
- ALMEIDA, C. M. et al. 2010. A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, v. 4, n. 1, pp. 25-35.
- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2008. *Banco de Leite Humano: Funcionamento, Prevenção e Controle de Riscos*. Brasília: Anvisa.
- BÖRZEL, T. J., 1998. Organizing Babylon: on the different conceptions of policy networks. *Public Administration*, v. 76, n. 2, pp. 253-73.
- BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Divisão de Temas Educacionais. 2013. *Divisão de Temas Educacionais*. Disponível em: <<http://www.dce.mre.gov.br/index.php>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 1986. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- BRENNAN, G.; BUCHANAN, J. M. 1985. *The reason of rules: constitutional political economy*. Cambridge/New York: Cambridge University Press.
- BRUYN, T. D. 2014. Brazil, India, China and South Africa in the Health Sector in Mozambique. *Challenging the status quo? The impact of the emerging economies on the global governance of development cooperation*, 4th paper, KU Leuven and HIVA.
- BUCHANAN, J. M. 1987. Constitutional economics. In: EATWELL, J.; MILLGATE, M.; NEWMAN, P. *The new Palgrave dictionary of economics*. London: Macmillan.
- _____. 1990. The domain of constitutional economics. *Constitutional Political Economy*, v. 1, n. 1, pp. 1-18.
- BUCHANAN, J. M.; TULLOCK, G. 1962. *The calculus of consent*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- BUSS, P. 2011. Brasil: estruturando a cooperação na saúde. *The Lancet, Saúde no Brasil*, v. 311, n. 9779, pp. 1722-723.

- BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. 2010. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. *RECIIS – Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde*, v. 4, n. 1, pp. 93-105.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. 2007. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, v. 17, n. 1, pp. 77-93.
- CABRAL, L.; WEINSTOCK, J. 2010. *Brazilian technical cooperation for development: drivers, mechanics and future prospects*. London: ODI.
- COOPER, A. F.; FAROOQ, A. B. 2015. Testando a cultura de clube dos blocos: a evolução de um novo banco de desenvolvimento. *Contexto Internacional*, v. 37, n. 1, pp. 13-46.
- CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. 2009. *Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS/CPLP) 2009-2012*. Estoril, Portugal: CPLP.
- ESCOREL, S. 1999. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. 2005. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- ESTEVES, P.; ASSUNÇÃO, M. 2016 (no prelo). The partnership puzzle: Brazilian health development practices in Mozambique. In: BERGAMASCHI, I.; MOORE, P.; TICKNER A. B. *South-South cooperation beyond the myth* (forthcoming).
- FARIA, C. A. 2012. A difusão de políticas sociais como estratégia de inserção internacional: Brasil e Venezuela comparados. *Interseções*, v. 14, n. 2, pp. 335-71.
- FIOCRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.
- GADELHA, C. A. G. 2006. Development, health-industrial complex and industrial policy. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, número especial, São Paulo.
- HOCHMAN, G. 1988. Aprendizado e difusão na constituição de políticas: a previdência social e seus técnicos. *RBCS – Revista Brasileira de Ciências Sociais*, n. 7, pp. 84-97.
- _____. 2007. Agenda internacional e políticas nacionais: uma comparação histórica entre programas de erradicação da malária e da varíola no Brasil. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- IPEA/ABC – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/Agência Brasileira

- de Cooperação. 2010. *Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional: 2005-2009*. Brasília: Ipea.
- KICKBUCH, I.; SILBERSCHMIDT, G.; BUSS, P. M. 2007. Global health diplomacy: The need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. *Bull WHO*, v. 85, n. 3, pp. 230-2.
- LANA, X.; EVANS, M. 2004. Policy transfer between developing countries: the transfer of the Bolsa-Familia programme to Ecuador. In: EVANS, M. *Policy transfer in global perspective*. Burlington: Ashgate.
- LEITE, I. C.; SUYAMA, B.; WAISBICH, L. T. 2013. Policy Brief. Para além do tecnicismo: a cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional e caminhos para a sua efetividade e democratização. In: CEBRAP/IDS – INSTITUT OF DEVELOPMENT STUDIES/ARTICULAÇÃO SUL. Disponível em: <http://www.cebrap.org.br/v2/files/upload/biblioteca_virtual/item_796/26_08_13_14Policy_Briefing_Para%20al%C3%A9m%20do%20tecnicismo.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2016.
- LIMA, N. T.; FONSECA, C.; HOCHMAN, G. 2005. Saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. et al. *Saúde, democracia, história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- MARSH, D.; RHODES, R. A. 1992. *Policy networks in British government*. Oxford: Oxford University Press.
- MATTOS, R. 2001. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, pp. 377-89.
- MELO, M. A. 2004. Escolha institucional e a difusão dos paradigmas de política: o Brasil e a segunda onda de reformas previdenciárias. *Dados*, v. 47, n. 1, pp. 169-206.
- MILANI, C.; LOPES, R. N. 2014. Cooperação Sul-Sul e *policy transfer* em saúde pública: análise das relações entre Brasil e Moçambique entre 2003 e 2012. *Carta Internacional*, v. 9, n. 1, pp. 59-78.
- NAIM, M. 2009. Minilateralism: The magic number to get real international action. *Foreign Policy*, n. 173, pp. 135-36.
- O BRASIL e a Cooperação Sul-Sul. 2013. Colóquio realizado em 28 jun. BRICS Policy Center/MTE/ABC – Ministério das Relações Exteriores/ Agência Brasileira de Cooperação, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://bricspolicycenter.org/homolog/arquivos/e.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2016.
- RHODES, R. A. 1988. *Beyond Westminster and Whitehall: the sub-central governments of Britain*. Unwin Hyman, Great Britain.
- _____. 2006. Policy network analysis. In: REIN, M.; GOODIN, R. E.;

- MORAN, M. *The Oxford handbook of public policy*. Oxford: Oxford University Press.
- RUSSO, G.; CABRAL, L. V.; FERRINHO, P. 2013. Brazil-Africa technical cooperation in health: what's its relevance to the post-Busan debate on aid effectiveness. *Globalization and Health*, v. 9, n. 2.
- SUGIYAMA, N. B. 2011. Bottom-up policy diffusion: national emulation of a conditional cash transfer program in Brazil. *Publius: The Journal of Federalism*, v. 1, n. 27, pp. 1-27.
- TEMPORÃO, J. G. 2009. Pronunciamento do Ministro da Saúde do Brasil, Dr. José Gomes Temporão, na reunião constitutiva do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP).
- VISSER-VALFREY, M.; UMARJI, M. B. 2010. Sector budget support in practice case study: health sector in Mozambique. *Overseas Development Institute*. London.
- WORLD BANK. 1987. *Financing health services in developing countries: an agenda for reform*. Washington, DC: World Bank.

INTERFACES ENTRE O REGIME INTERNACIONAL DE MUDANÇA CLIMÁTICA E A SAÚDE GLOBAL

Danielle Hanna Rached

A mudança climática é um dos maiores desafios do nosso tempo. [...] Diante deste desafio, precisamos trabalhar para colocar a proteção da saúde humana no centro da agenda da mudança climática.
(CHAN, 2008)

Saúde global e mudança climática são fenômenos mutuamente implicados. A aproximação entre ambos, do ponto de vista jurídico e institucional, constitui um dos maiores desafios das relações internacionais contemporâneas. Margaret Chan, diretora-geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), por exemplo, tem enfatizado o quanto a saúde da população global será diretamente afetada pelas consequências alarmantes da alteração climática. Na epígrafe deste artigo, ela indica que as decisões adotadas no contexto da mudança climática precisariam levar mais em conta as preocupações relacionadas à saúde dos indivíduos. No entanto, em razão da natureza altamente fragmentada do direito internacional, as decisões sobre saúde global e sobre mudança climática são adotadas em fóruns distintos.

Com o objetivo de identificar interfaces entre os dois campos, o presente texto analisa a evolução do Regime Internacional de Mudança Climática: suas características, obstáculos e principais decisões. A saúde humana somente poderá ser protegida e preservada de forma adequada pela articulação e coordenação das diversas instituições que povoam a governança global. Olhar exclusivamente para as decisões da área da saúde há muito deixou de ser suficiente.

O clima nunca foi totalmente previsível e consistente. A variabilidade climática, ou seja, a oscilação natural e não antropogênica do clima, é um fenômeno conhecido, já bastante documentado e descrito por historiadores e cientistas. Por outro lado, a mudança climática é um capítulo à parte. A associação entre clima e mudança, originando a expressão “mudança climática” surgiu para demonstrar o impacto que a interferência humana, ao longo da era industrial, teve e ainda tem sobre o clima. Acredita-se que seu efeito seja profundo e, em certa medida, irreversível.

232

A escala da mudança climática é supostamente global, mas, sem dúvida, suas consequências afetarão mais diretamente a vida de indivíduos em algumas regiões que em outras. Aliás, as regiões mais diretamente afetadas não são necessariamente aquelas que mais contribuíram – por ter atividade industrial em menor escala – para o problema: “os pobres e mais vulneráveis serão os mais atingidos” pela alteração climática (World Bank, 2012, Prefácio). Logo, a mudança climática é um quebra-cabeça jurídico e político complicado. Gerenciar esse quebra-cabeça tornou-se uma das questões mais urgentes do direito internacional contemporâneo. No entanto, o direito internacional tardou a se preocupar com a questão da mudança climática. Nas últimas três décadas, porém, políticos e legisladores têm demonstrado maior sensibilidade diante do volume de evidências que a ciência produziu sobre o assunto.

As negociações intergovernamentais sobre mudança climática começaram timidamente nos anos 1990 e têm,

cada vez mais, ocupado a agenda internacional (Skodvin e Andresen, 2011, pp. 166-67). Após uma série de tentativas para construir uma resposta internacional ao problema, a literatura acadêmica oscila entre o fatalismo e o otimismo qualificado sobre as perspectivas de um regime internacional suficientemente forte e capaz¹.

O Regime Internacional de Mudança Climática, que é o conjunto de acordos multilaterais destinados a resolver a questão, começa, formalmente, com a adoção, em 1992, da Convenção Quadro sobre a Mudança Climática (Keohane e Victor, 2010, p. 4). A Convenção Quadro não impõe obrigações aos Estados para reduzir suas emissões, mas estabelece um arcabouço jurídico, rico em princípios e processos, necessário à condução das negociações intergovernamentais que ocorreriam mais tarde.

O subsequente Protocolo de Quioto, em 1997, parecia um episódio mais promissor da narrativa jurídico-política da mudança climática. O Protocolo estabeleceu metas obrigatórias e um calendário para que os países desenvolvidos reduzissem as emissões de gases que causam o efeito estufa (gases que aprisionam o calor na atmosfera e, conseqüentemente, são considerados a principal causa da mudança climática). O Protocolo de Quioto ficou conhecido por ter criado mecanismos de mercado, desenhados para que os países desenvolvidos cumprissem suas metas mais facilmente. Os países em desenvolvimento, por outro lado, não tinham obrigações relacionadas à redução de suas emissões².

233

¹ Bodansky (2012, p. 12) já chegou a afirmar que as negociações climáticas parecem ficar presas em uma “metanegociação sobre o que negociar”.

² Em 1992, o Regime Internacional de Mudança Climática dividiu os estados-membros em dois grupos principais: o primeiro grupo, países do Anexo I, é formado pelos estados-membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), além dos países com economias em transição. São os “países desenvolvidos” para a literatura especializada. O segundo grupo, países não incluídos no Anexo I, é formado por todos os outros estados-membros, que são majoritariamente os países em desenvolvimento. Ver *site Parties & Observers*: <http://unfccc.int/parties_and_observers/items/2704.php>; acesso em: 3 jul. 2016.

A abordagem jurídico-institucional iniciada com a Convenção Quadro e ampliada pelo Protocolo de Quioto passou por um processo de grande transformação até chegar ao seu formato atual, o Acordo de Paris, de dezembro de 2015. Por esse acordo, qualquer país passa a responder à ameaça da alteração climática por meio de “contribuições nacionalmente determinadas”, ou seja, metas voluntárias de redução das emissões, decididas conforme a capacidade particular de cada Estado.

234 Os diversos impasses que marcaram as rodadas de negociações do Regime Internacional de Mudança Climática demonstram a complexidade da convergência sobre o tema, pois ela envolve o deslocamento de parte da autoridade dos Estados para regular o meio ambiente para um órgão internacional; afeta o ritmo do desenvolvimento econômico de cada Estado, pois, seja qual for o acordo internacional final sobre o assunto, se tal acordo puder realmente ser alcançado e implementado, ele terá de reformular a estrutura e a lógica do sistema produtivo em favor de uma meta internacional profundamente controversa³.

Este artigo traça um panorama introdutório, mas abrangente do Regime Internacional de Mudança Climática. Inicia com o conceito de bem comum global e como ele se aplica ao clima e à saúde. Discute como tal classificação afeta o desenho do Regime Internacional de Mudança Climática, cuja evolução é descrita desde o seu início até as últimas rodadas de negociações. Por fim, são feitas considerações sobre os impactos da mudança climática na saúde.

³ De acordo com Bodansky (2012, p. 9; tradução da autora): “A mudança climática afeta praticamente todas as áreas da política doméstica, incluindo industrial, agrícola, energética, transporte e política do uso do solo. Como resultado, o Regime Internacional de Mudança Climática gera maiores sensibilidades domésticas que outros regimes internacionais, que possuem um âmbito mais limitado.”

Clima e saúde como bens comuns globais

O sucesso da mobilização internacional para prevenção e combate da propagação internacional das doenças depende, em grande medida, da atuação dos Estados: *se e em que medida* eles estão dispostos a cooperar entre si. O episódio da gripe A (H1N1) é um exemplo de como, no mundo contemporâneo, ocorrências locais podem chegar a uma escala transnacional com velocidade avassaladora. Tais ocorrências exigem uma reação imediata e concertada dos protagonistas políticos internacionais – os Estados. Esse protagonismo, no entanto, está longe de ter o mesmo peso que tinha no auge da ordem internacional de Westfália, quando a comunidade internacional era composta por Estados formalmente iguais e soberanos. A evolução do Regulamento Sanitário Internacional e a criação, em 2005, da categoria Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – que lidou com casos da gripe A (H1N1) em 2009, da poliomielite e do Ebola e, atualmente, trata da associação entre o Zika e malformações congênicas – tem uma lógica moral subjacente: promover os bens comuns globais torna-se um problema em uma ordem internacional altamente fragmentada e ainda bastante dependente da soberania dos Estados (Krisch, 2010, p. 251).

Devemos tomar cuidado com uma analogia apressada entre problemas de saúde global e clima. As crises na área da saúde tendem a ter cadeias causais mais claras. Além disso, o diagnóstico e a avaliação do sucesso ou fracasso da maioria das medidas sanitárias coletivas, no plano nacional ou transnacional, desdobram-se, muitas vezes, de forma rápida. Na área climática, por sua vez, a relação entre causa e efeito não é tão visível em curto prazo. A própria noção de crise, que aqui é concebida como a eclosão de uma instabilidade sistêmica, que pode ser controlada pela adoção de medidas oportunas, não pode ser completamente aplicada aos problemas climáticos, pelo menos não na mesma escala

temporal: a crise climática é mais duradoura, intergeracional. Tais características tornam o problema climático ainda mais explosivo.

No artigo “A tragédia dos comuns”, Garret Hardin (1968) já previa os obstáculos que a cooperação internacional enfrentaria ao regular os bens comuns globais – que são os recursos que pertencem a todos, que podem ser usufruídos por cada um de nós livremente, como o ar que respiramos. Hardin oferece uma alegoria simples para explicar sua teoria. Ele imagina um pasto, que é aberto a qualquer pessoa para criar gado, como um bem comum. A tragédia ocorre quando cada criador percebe que é mais rentável adicionar a maior quantidade possível de gado ao pasto independentemente da perda coletiva que ele sofrerá ao longo do tempo. Assim, enquanto os lucros com a venda do gado serão auferidos pelo criador individualmente, as consequências negativas provenientes do esgotamento do bem comum serão compartilhadas entre todos.

236

Essa metáfora fornece elementos para discutir o papel da propriedade privada no incentivo do comportamento econômico racional e o papel da autoridade política e do direito na coordenação de ações coletivas. Nas palavras do autor, a coordenação internacional é problemática porque:

[...] cada homem é preso a um sistema que o compele a aumentar seu rebanho sem limites – num mundo que é limitado. A ruína é o destino para o qual todos os homens correm, cada um perseguindo seu próprio interesse em uma sociedade que acredita na liberdade dos comuns. A liberdade de um bem comum traz ruína para todos (Hardin, 1968, p. 1244; tradução da autora).

O clima enfrenta um dilema coletivo similar. No entanto, a consequência de uma “pastagem excessiva” nesse recurso acarreta uma perda coletiva de outra magnitude.

A classificação de um recurso como um bem comum global decorre de uma opção normativa ou de um dado fático⁴. Explicando melhor, tal classificação pode ser feita a partir de uma convicção moral de que alguns recursos ou questões políticas são de tal importância que devem ser protegidos globalmente ou como consequência das características de certos recursos que determinam uma ação coletiva concertada em escala global (Weiler, 2004, p. 556). Os direitos humanos são um exemplo da primeira categoria. A segunda categoria, por sua vez, comporta uma distinção mais refinada. Há problemas que não podem ser contidos por barreiras geográficas, como a disseminação de vírus e a poluição. Há outros problemas que, em tese, poderiam até ser resolvidos no âmbito doméstico dos Estados, mas tal fato não ocorre em razão do grau de interdependência em que vivemos (questões de comércio, segurança nacional e questões financeiras)⁵. Pode-se dizer, com certa razão, que essa divisão é frágil, pois o nível de interdependência (que caracteriza o segundo tipo) também impacta na escala e na velocidade de problemas ambientais e de saúde global (o primeiro tipo). Ainda assim, é importante defender uma distinção entre os dois tipos de problema: a falta de uma ação global concertada em questões como mudança climática e pandemias pode colocar em risco a própria existência humana, o que não ocorre com as questões relacionadas ao comércio internacional, as quais, em tese, poderiam ser reguladas por meio de uma integração mais sutil sem causar

237

⁴ Há uma extensa literatura sobre o assunto. Wijkman (1982, p. 511), por exemplo, explica que a ausência de direitos econômicos exclusivos e de uma estratégia de organização são fatores que levam à ineficiência econômica dos bens comuns. Esse autor define *bem comum* como “um recurso sobre o qual nenhuma unidade decisória tem direitos exclusivos” (p. 512).

⁵ Slaughter (2004, p. 16; tradução da autora) explica o conceito de governança global e interdependência: “A governança global não significa a regulação dos Estados da mesma forma como os Estados regulam seus cidadãos; a governança global significa abordar as questões e resolver os problemas que resultam do fato de os cidadãos tornarem-se globais.”

danos comparáveis. Tal distinção pode ser importante para demonstrar que problemas ambientais e de saúde global têm um grau maior de urgência que outros bens comuns globais, o que pode justificar experiências mais ousadas no âmbito das autoridades transnacionais.

A mudança climática nada mais é, portanto, do que uma das muitas ameaças globais que só pode ser razoavelmente resolvida de forma coletiva: qualquer resposta fornecida pelos Estados individualmente, ou por um grupo de Estados atuando de forma descoordenada, será, na melhor das hipóteses, limitada. Os efeitos globais de uma degradação ambiental não serão solucionados se o Estado “A” anunciar que vai reduzir sua quantidade de emissões e o Estado “B”, que passa por um crescimento econômico, dobrar a quantidade de emissões. Barreiras políticas artificiais não impedem o aumento da concentração de gases de efeito estufa na atmosfera⁶.

238

Com relação ao meio ambiente, Alan Boyle (1993, p. 95) observa que a antiga noção de soberania “já não mais satisfaz as necessidades contemporâneas”. No campo da mudança climática, bem como no da saúde global, a importância de uma autoridade internacional, independentemente de suas características institucionais, parece ser indiscutível. Tal autoridade tem a responsabilidade de evitar as decisões irracionais que tendem a ser adotadas por Estados atomizados, introspectivos e autointeressados. A soma das ações individuais racionais (se considerarmos “racional” como “autointeresse”), na ausência de regras que regulem todos

⁶ A afirmação de que o mundo não estaria melhor se os Estados, de forma unilateral, decidissem reduzir suas emissões pode ser defendida com base nos resultados de um estudo que calculou quanto a temperatura global poderia diminuir se um dos principais emissores (EUA, Índia ou China) reduzisse suas emissões em até 100% até 2200. Os resultados são bastante modestos. Uma redução utópica de 100% das emissões dos EUA até 2200, por exemplo, resultaria em uma redução do aquecimento global de apenas 0,15 grau Celsius (Rogeberg, Andresen e Holtmark, 2010, p. 184).

os agentes envolvidos e coordenem as suas ações, é a irracionalidade coletiva⁷. Essa é a essência do dilema do prisioneiro (Dworkin, 2013, p. 27).

Criar uma coordenação internacional não é tarefa das mais simples. No domínio jurídico-político transnacional, como se sabe, não há um soberano com poder para decidir e implementar coercitivamente suas decisões. Apesar desse conhecido obstáculo das relações internacionais, os Estados não foram inertes.

O tipo de coordenação desenvolvido pela comunidade internacional para enfrentar a mudança climática é o tema da próxima seção. No entanto, a questão sobre se o atual regime é apropriado para enfrentar e solucionar tal ameaça permanece ainda sem resposta.

Breve panorama do Regime Internacional de Mudança Climática

A história do Regime Internacional de Mudança Climática pode ser dividida em três fases (Bodansky, 2010, p. 231). A primeira fase levou à adoção da Convenção Quadro, em 1992, que estabelece a base jurídica do regime, mas não cria qualquer mecanismo coercitivo para controlar as emissões de gases de efeito de estufa. A segunda fase é inaugurada com a adoção do Protocolo de Quioto, em 1997. O Protocolo de Quioto traça metas claras e obrigatórias, além de um prazo, de 2008 a 2012, para que os países desenvolvidos (“países do Anexo I”) reduzam suas emissões. A última fase olha para o futuro do Regime, os passos após o fim do período de compromisso do Protocolo de Quioto. Tal fase culminou no Acordo de Paris, em 2015. A seguir, discutirei essas fases e apontarei os problemas que tradicionalmente impediram o progresso nas negociações climáticas.

239

⁷ Os bens globais, para Keohane e Victor (2010, p. 9), não são autorreguláveis, pois precisam de instituições formais que estabeleçam regras.

A mobilização em torno de dados científicos

Inicialmente, a mudança climática surge como uma preocupação científica. No início dos anos 1960, cientistas descobriram um aumento das emissões antrópicas de gases que aprisionam o calor na atmosfera, como o dióxido de carbono, metano e óxido nitroso (Agrawala, 1998a, p. 606). A mudança climática somente transcende o meio científico e alcança o domínio político no momento em que um grupo de cientistas, associados à Organização Meteorológica Mundial (WMO, sigla em inglês), divulga sólidas evidências em torno da mudança climática e de suas consequências alarmantes, como o aquecimento incomum das temperaturas em todo o globo terrestre.

A criação do Painel Intergovernamental de Mudanças Climáticas (IPCC, sigla em inglês) em 1988, com o objetivo de avaliar os aspectos científicos da alteração climática, sinalizou a intenção dos Estados de interagir, finalmente, com a comunidade científica e de lutar por uma ação concertada (Bodanski e Rajamani, 2015, p. 6). Em 1990, uma resolução da Assembleia Geral criou o Comitê de Negociações Intergovernamentais, através do qual os Estados deveriam negociar uma convenção sobre mudança climática.

240

A Convenção Quadro sobre Mudanças Climáticas (Convenção Quadro)

Em 1992, a Convenção Quadro foi adotada pela comunidade internacional. Convenções quadro possuem características específicas. De acordo com Bodansky (1993, p. 495), tais convenções têm um “papel catalisador” – elas preparam o terreno para que medidas mais incisivas possam ser aplicadas em um protocolo subsequente. As convenções constituem uma verdadeira técnica de direito internacional: Estados hesitantes tendem a aceitar mais facilmente regimes de governança genéricos, que não representam uma ameaça imediata à soberania.

De acordo com tal abordagem, o objetivo da Convenção Quadro é fazer com que os 195 Estados-membros estabeleçam suas concentrações de “gases de efeito estufa na atmosfera em um nível que impeça uma interferência antrópica perigosa no sistema climático” (art. 2). Por um lado, esse objetivo pode ser considerado ambicioso, já que a maioria dos Estados do mundo concorda em estabilizar a concentração de gases de efeito estufa na atmosfera (Skodvin e Andresen, 2011, pp. 170-71). Por outro, a mensagem torna-se fraca no momento em que a Convenção Quadro determina que a linha de segurança para tal concentração é impedir uma interferência antrópica “perigosa” no sistema climático. Decidir o que significa perigoso no contexto da alteração climática é uma tarefa complexa (Skodvin e Andresen, 2011, p. 171). Somente em 2009, os Estados concordaram, com base em evidências científicas, que uma interferência antrópica perigosa no sistema climático seria o aumento da temperatura global acima de 2 graus Celsius (Acordo de Copenhague, parágrafo 1).

241

A Convenção Quadro estabeleceu o princípio da “responsabilidade comum, mas diferenciada”, segundo o qual todas as partes devem proteger o clima, mas os países desenvolvidos “devem assumir a liderança” nesta empreitada (art. 3.1). Tal princípio foi responsável por legitimar a divisão das obrigações impostas aos países desenvolvidos e aos países em desenvolvimento no âmbito do Regime Internacional de Mudança Climática (Skodvin e Andresen, 2011, p. 171).

A mudança climática, caracterizada pelo aumento dos níveis de concentração de gases de efeito estufa na atmosfera, é um produto direto da industrialização – um processo iniciado pelos países desenvolvidos. Como consequência desse fato, os países em desenvolvimento sempre consideraram justo atribuir aos países desenvolvidos a principal responsabilidade por adotar as medidas necessárias para evitar

o aquecimento global⁸. Desse embate, restaram aos países desenvolvidos obrigações adicionais. Os países desenvolvidos devem, por exemplo, fornecer apoio técnico e financeiro para que os países em desenvolvimento cumpram suas obrigações (art. 4.3).

Mas a Convenção Quadro também traça obrigações comuns para os países desenvolvidos e para os países em desenvolvimento. Todos os Estados-membros devem produzir inventários nacionais de emissões antropogênicas e devem formular e implementar programas nacionais com o objetivo de combater o aquecimento global. Além disso, a Convenção Quadro incentiva a produção contínua do conhecimento científico sobre a mudança climática.

A Convenção Quadro representou o início do diálogo entre os Estados sobre o aquecimento global, mas havia ainda muita pressão para que os países desenvolvidos, principalmente, assumissem compromissos mais incisivos. Tal pressão resultou na adoção do Protocolo de Quioto.

242

O Protocolo de Quioto

O Protocolo de Quioto foi assinado em 1997, mas entrou em vigor somente em 2005, após ratificação da Rússia (art. 25.1). Em uma linguagem mais assertiva, o Protocolo determina aos países desenvolvidos o dever de assegurar que suas emissões “não excedam as quantidades atribuídas [...] com o objetivo de reduzir suas emissões globais [...] em pelo menos 5% abaixo dos níveis de 1990 no período compreendido entre 2008 a 2012” (art. 3.1). Graças ao Protocolo de Quioto, portanto, cada país desenvolvido adquiriu uma “meta de redução ou limita-

⁸ Bodansky (1993, p. 479) esclarece este ponto ao dizer que os países em desenvolvimento consideram a mudança climática como uma questão “de desenvolvimento”, enquanto os países desenvolvidos colocam a mudança climática como um problema ambiental.

ção de emissões”⁹, que deveria ser atingida no primeiro período de compromisso mencionado, ou seja, de 2008 a 2012.

O sucesso ao atribuir metas obrigatórias de “redução ou limitação de emissões” aos países desenvolvidos foi parcialmente frustrado em razão da ausência dos Estados Unidos no acordo final e da ausência de imposição de qualquer compromisso aos países emergentes considerados grandes emissores, como China, Índia e Brasil, para trilhar o caminho do desenvolvimento sustentável (Nordhaus, 2007, p. 33). Apesar dessas frestas, que prejudicam a efetividade do acordo, o Protocolo do Quioto criou mecanismos e procedimentos originais, que são hoje considerados referência para o direito internacional.

O primeiro exemplo da inovação institucional do Protocolo de Quioto foi a criação dos três mecanismos de mercado destinados a facilitar e a reduzir os custos envolvidos na implementação das obrigações dos países desenvolvidos. Eles são: a Implementação Conjunta, o Mecanismo de Desenvolvimento Limpo e o Comércio de Emissões. Em linhas gerais, tais mecanismos criam o comércio de créditos de redução de emissões. Tais créditos são gerados pela construção de infraestruturas sustentáveis nos países em desenvolvimento (Mecanismo de Desenvolvimento Limpo) ou nos países desenvolvidos (Implementação Conjunta). Os créditos de redução de emissões podem ser ainda comercializados entre países desenvolvidos (Comércio de Emissões). No final, os países desenvolvidos podem utilizar tais créditos para cumprir suas metas de “redução ou limitação de emissões”.

O segundo exemplo da criatividade institucional do Protocolo de Quioto foi adotar um sistema de cumprimento das

⁹ Baumert (2006, pp. 372-73) explica que a meta de cada país é diferente. Há países autorizados a aumentar suas emissões, acima dos níveis de 1990, e a Islândia é um deles, e os países obrigados a reduzir suas emissões, abaixo dos níveis de 1990, como a União Europeia.

obrigações. Um Comitê de Cumprimento tem a competência para declarar que um país desenvolvido não cumpriu suas obrigações. Tal declaração deve respeitar o devido processo legal e deve ser adotada após análise técnica da situação.

Com a aproximação do fim do primeiro período de compromisso, era importante que os Estados passassem a negociar um acordo de longo prazo para regular o tema. Copenhague, local que sediará a 15ª Conferência das Partes, foi o palco escolhido para a decisão sobre o futuro do Regime Internacional de Mudança Climática.

De Copenhague a Paris

Copenhague não produziu aquilo que muitos tinham esperado¹⁰. Aqueles que desejavam assinar um acordo legalmente vinculante, como a Convenção Quadro ou o Protocolo de Quioto, tiveram de se contentar com um instrumento essencialmente político e não consensual, o Acordo de Copenhague. Em relações internacionais, acordos legalmente vinculantes representam o esforço máximo dos Estados soberanos para criar a coordenação de determinado objeto por meio do direito e das instituições. Os Estados reforçam os compromissos assumidos ao promoverem os necessários arranjos domésticos e internacionais para implementar e legitimar o acordo assinado¹¹.

As negociações em Copenhague revelaram a extensão e a natureza das divergências sobre questões elementares.

¹⁰ Para Dubash e Rajamani (2010, p. 593; tradução da autora): “Nunca uma negociação internacional atraiu 125 chefes de Estado e de governo e gastou tanto capital político e, ainda assim, fracassou, de forma tão espetacular, em atingir seus objetivos. E nunca os resultados dessa negociação foram tão desalinhados com as expectativas populares”.

¹¹ Para Werksman (2010, p. 673; tradução da autora), acordos legalmente vinculantes (“*legally binding agreement*”, LBA), são “a mais alta expressão da vontade política das partes em cumprir o acordo. Para muitos países, os ‘acordos legalmente vinculantes’ exigem ratificação parlamentar e, portanto, tornam-se vinculantes e aplicáveis no âmbito doméstico por meio da legislação de implementação”.

A primeira questão voltava-se para a arquitetura do futuro Regime Internacional de Mudança Climática, se deveria girar em torno de metas obrigatórias, impostas de “cima para baixo”, como Quioto, ou em torno de metas voluntárias, estabelecidas de “baixo para cima” (Dubash e Rajamani, 2010, pp. 594-96). A segunda questão dizia respeito ao nível de obrigações a que países desenvolvidos e em desenvolvimento deveriam se submeter. Enquanto os países desenvolvidos clamavam por maior “simetria jurídica”, os países em desenvolvimento queriam manter a “diferenciação legal” (Werksman, 2010, p. 672). Ao fim, o Acordo de Copenhague se distanciou do Protocolo de Quioto ao estabelecer metas voluntárias, estabelecidas de “baixo para cima”. Ao mesmo tempo, determinou que tanto os países desenvolvidos quanto os países em desenvolvimento deveriam listar suas contribuições para redução das emissões de gases de efeito estufa. Pela primeira vez, portanto, as negociações incluíam as emissões dos países em desenvolvimento.

245

A 21ª Conferência das Partes em Paris, em dezembro de 2015, foi o evento mais recente e aguardado das negociações climáticas. Tal como noticiado pela mídia, essa seria a última oportunidade da comunidade internacional para decidir o futuro do Regime Internacional de Mudança Climática. A Conferência resultou na adoção do Acordo de Paris, avaliado como um sucesso por especialistas e representantes dos Estados.

É interessante notar que o Acordo de Paris consolida a arquitetura inicialmente construída em Copenhague: ele cristaliza o modelo em torno das metas voluntárias, as “contribuições nacionalmente determinadas”, conforme o jargão técnico do Acordo, além de sinalizar para maior “simetria jurídica” entre os Estados-membros.

Em linhas gerais, o Acordo de Paris, cujo objetivo é manter o aumento da temperatura média mundial muito abaixo dos 2 graus Celsius, mas com a ambição de limitar

tal aumento em 1,5 grau Celsius, aposta em algumas regras para se tornar, com o tempo, uma resposta mais eficaz ao aquecimento global.

Primeiro, há um dever em aumentar o nível de ambição das contribuições nacionalmente determinadas. Para o Acordo, as partes apresentarão, a cada cinco anos, novas contribuições nacionalmente determinadas, que devem representar um progresso em relação àquelas já indicadas (arts. 4.9 e 4.3 combinados).

Segundo, o Acordo coloca em operação mecanismos de *accountability*, ainda bastante incipientes, para verificar a implementação e a integridade das contribuições nacionalmente determinadas. Assim, informações sobre as contribuições nacionalmente determinadas devem demonstrar “clareza, transparência e entendimento” de regras específicas sobre o assunto (art. 4.8). Os relatórios contábeis das contribuições nacionalmente determinadas devem ter como base a “integridade ambiental, transparência, exatidão, comparabilidade e consistência” (art. 4.13). O Acordo de Paris adotou um instrumento, denominado “*global stocktake*”, que avaliará as ações adotadas pelos Estados para atingir os objetivos do Acordo. O resultado do “*global stocktake*” deverá nortear a atualização das contribuições nacionalmente determinadas, bem como toda a coordenação internacional na área (art. 14). Por fim, o Acordo cria um “mecanismo de transparência”, que ainda deverá ser formulado, para construir a confiança entre as partes e para permitir implementação efetiva dos termos do Acordo (art. 13).

Especialmente importante para a área de saúde global são os artigos que dispõem sobre a ajuda financeira e sobre a capacitação dos países em desenvolvimento, particularmente dos países mais vulneráveis, para implementar ações destinadas à mitigação e à adaptação aos efeitos do aquecimento global (art. 11). Políticas sanitárias deveriam fazer parte do pacote, o que será tratado na próxima seção.

Impactos da mudança climática sobre a saúde

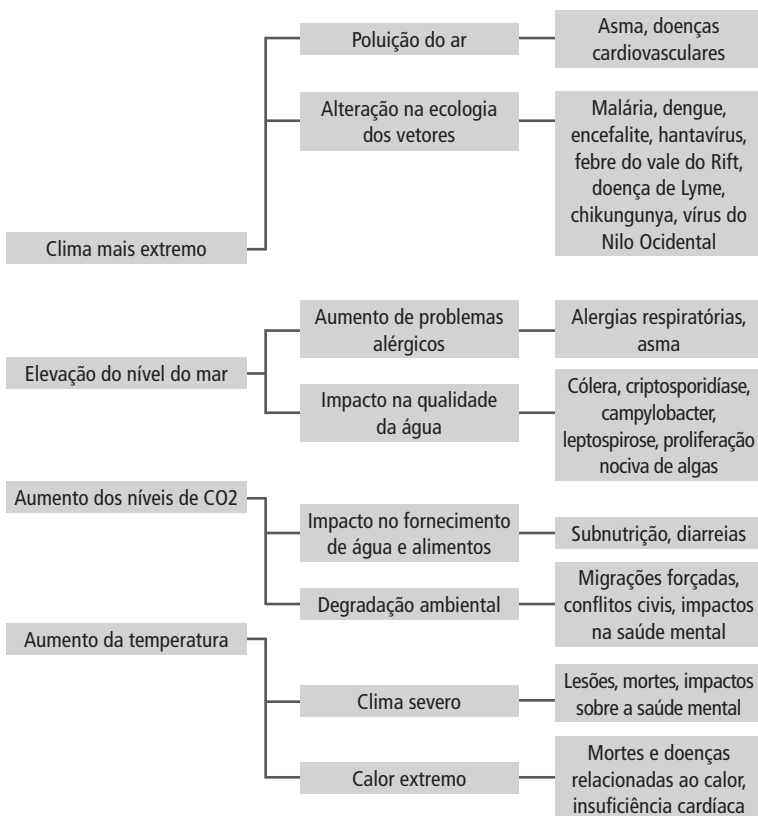
Quais são as consequências para a saúde caso as negociações climáticas fracassem? Ou melhor, o que ocorrerá se os Estados não atingirem o objetivo, estabelecido em Paris, de manter o aumento da temperatura global muito abaixo dos 2 graus Celsius? O Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC, sigla em inglês), agência de proteção à saúde dos Estados Unidos, afirma que novas doenças surgirão e a gravidade de outras doenças existentes será acentuada (CDC, 2015).

Na Figura 1, o CDC ilustra com precisão os impactos da mudança climática na saúde. Da esquerda para a direita são apontados os efeitos diretos da alteração climática, os impactos causados ao meio ambiente e as consequências para a saúde das pessoas. Assim, é possível perceber que fenômenos meteorológicos mais severos causarão uma alteração na ecologia de potenciais vetores, o que afetará as doenças de transmissão vetorial como malária, dengue e chikungunya. Da mesma forma, o aumento de dióxido de carbono na atmosfera trará maior degradação ambiental, acarretando, conseqüentemente, incremento nas migrações forçadas, nos conflitos civis, e afetando a saúde mental das populações atingidas.

O que mais chama a atenção, no entanto, não são os dados apresentados, mas algo implícito no discurso sobre saúde e mudança climática. Como dito na introdução deste artigo, as populações que mais sofrerão as consequências da alteração climática são aquelas que menos contribuíram para o problema (as populações dos países em desenvolvimento), e, em razão do baixo desenvolvimento econômico da região onde vivem, são as populações com menor capacidade de se adaptar à nova realidade (Cf. Haines et al., 2006; Patz et al., 2007). Tal situação representa, possivelmente, “uma das maiores injustiças em matéria de saúde dos tempos atuais” (Patz et al., 2007, p. 397).

Patz e colegas trazem o exemplo da malária para ilustrar a situação. Os autores relatam que fatores biológicos explicam por que a malária é altamente persistente na região da África Subsaariana – sua transmissão é mais propícia em áreas quentes e úmidas. Assim, essa região deve arcar não somente com os custos provenientes da doença

Figura 1
Impactos da mudança climática na saúde humana



248

Fonte: Elaboração própria, com base em dados de CDC (2015).

propriamente dita, mas também com seus custos indiretos: maior abstenção de alunos e de trabalhadores, redução no turismo, ausência de investimento externo, entre outros. Não é à toa, dizem os autores, que a conclusão de alguns estudos aponta para a correlação perversa entre malária, pobreza e baixa taxa de crescimento econômico (Patz et al., 2007, pp. 400-401).

Os efeitos do aquecimento global, nesse contexto, somente reforçariam tal correlação e acabariam por perpetuar os sérios problemas sociais e econômicos enfrentados pela população da região. Na mesma linha, Haines e colegas (2006, p. 592) indicam que o maior impacto da alteração climática será concentrado em populações pobres, particularmente na parcela mais jovem dessas populações que já sofrem com as doenças mais sensíveis ao aquecimento global, como a malária.

Tais estudos demonstram que, no contexto da saúde, as discussões sobre mudança climática devem ir muito além da mitigação, que foca na redução das emissões de gases de efeito estufa. Apesar da mitigação ser essencial para resolver o problema, é a *adaptação* – medidas voltadas para proteger determinada população ou território dos efeitos adversos da alteração climática – que merece ser pauta obrigatória em qualquer estudo sobre o tema.

Uma comissão multidisciplinar, formada pela revista *Lancet*, com o objetivo de mapear os impactos da mudança climática sobre a saúde e sugerir possíveis respostas, considera que o setor saúde tem um importante papel a cumprir “na liderança dos esforços de resiliência e adaptação aos efeitos da mudança climática” (*Lancet*, 2015, p. 1874). Foram planos de adaptação que fizeram com que Bangladesh, por exemplo, reduzisse de forma expressiva o número de mortes que invariavelmente ocorrem após o país ser abatido por ciclones e inundações. Autoridades locais e organizações não governamentais conseguiram implantar melhores sistemas de alerta e construíram

abrigos para as comunidades afetadas (*Lancet*, 2015, p. 1875). Adaptação, portanto, não combate a mudança climática, mas diminui a vulnerabilidade das populações aos seus efeitos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) é um ator importante para alertar e preparar governos e comunidades para os riscos à saúde decorrentes da alteração climática. A OMS gerencia atualmente um Programa Global sobre mudança climática e saúde, o qual se apoia em quatro pilares: sensibilização sobre o problema; fortalecimento de parcerias; melhora das evidências científicas; e implementação das medidas da área da saúde. De acordo com o último pilar, a OMS utilizará sua capacidade técnica para ajudar os sistemas de saúde nacionais a se tornarem mais resilientes aos efeitos do aquecimento global (OMS, 2016).

250 A mudança climática é um dos problemas internacionais mais desafiadores do momento. Como vimos, as negociações intergovernamentais enfrentaram e ainda enfrentarão diversos obstáculos antes de chegar a um regime que efetivamente proteja o mundo de uma “interferência antrópica perigosa no sistema climático” (Convenção Quadro, art. 2).

Um desses obstáculos foi o aprofundamento do conflito entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento. Os países em desenvolvimento, que já respondem pela maior parte das emissões do planeta (Baumert, Herzog e Pershin, 2005, p. 17), foram chamados a participar, de maneira mais ativa, do Regime Internacional de Mudança Climática.

As diferentes repercussões políticas geradas pelo tema também atrapalharam as negociações. O apoio popular, por exemplo, não foi sempre constante. De 2005 a 2008, a mudança climática ocupou o posto da “alta política”, de acordo com Andresen e Skodvin (2011). A mudança climática era uma prioridade em diversas reuniões devido ao consenso científi-

co cada vez mais claro sobre o problema. Os terríveis efeitos da mudança climática, como “tempestades tropicais, desaparecimento de geleiras, e imagens de ursos polares à procura por gelo”, influenciavam populações a pleitear mais ações de seus governos. Essa trajetória ascendente, no entanto, foi revertida após a eclosão da crise econômica mundial em 2008 (Skodvin e Andresen, 2011, p. 165). Pesquisas mais recentes demonstram que a maioria dos cidadãos, em diversas regiões, apoia a limitação de emissões proposta pelo seu respectivo governo. Esse apoio é maior na América Latina e menor nos Estados Unidos e na China (Pew Research Center, 2015).

O Regime Internacional de Mudança Climática tem mais de vinte anos de história. Tal Regime está bem longe de resolver minimamente os problemas causados pela alteração climática. A arquitetura institucional desenhada em Paris ainda precisa ser estudada e avaliada com base em conceitos bem formulados e pressupostos normativos plausíveis. Se encararmos tal exercício como uma possível ferramenta de aperfeiçoamento institucional, adicionamos mais um elemento à equação que pode fazer com que os Estados cooperem de modo mais eficaz entre si para proteger o clima e, conseqüentemente, a saúde. Afinal, como conclui a *Lancet* (2015, p. 1861), “o combate à alteração climática seria a maior oportunidade para a saúde global do século 21”.

251

Danielle Hanna Rached

é pós-doutoranda do Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo (IRI-USP); bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp).

Bibliografia

- AGRAWALA, S. 1998a. Context and early origins of the intergovernmental panel on climate change. *Climatic Change*, n. 39, pp. 605-20.
- AGRAWALA, S. 1998b. Structural and process history of the intergovernmental panel on climate change. *Climatic Change*, n. 39, pp. 621-42.

- BAUMERT, K. A. 2006. Participation of developing countries in the International Climate Change Regime: lessons for the future. *The George Washington International Law Review*, n. 38, pp. 365-408.
- BAUMERT, K. A.; HERZOG, T.; PERSHIN J. 2005. *Navigating the numbers: Greenhouse Gas Data and international climate policy*. Washington: World Resources Institute.
- BODANSKY, D. 1993. The United Nations Framework Convention on Climate Change: a commentary. *Yale Journal of International Law*, n. 18, pp. 451-558.
- _____. 2010. The Copenhagen Climate Change Conference: a postmortem”. *American Journal of International Law*, n. 104, pp. 230-40.
- _____. 2012. The Durban platform negotiations: goals and options. *Policy Brief, Harvard Project on Climate Agreements, Belfer Center for Science and International Affairs, Harvard Kennedy School*, pp. 1-12. Disponível em: <http://belfercenter.ksg.harvard.edu/files/bodansky_durban2_vp.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2016.
- _____. 2016. The legal character of the Paris Agreement. *Review of European, Comparative, and International Environmental Law*, [Forthcoming]. Disponível no SSRN: <<http://ssrn.com/abstract=2735252>> ou <<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2735252>>. Acesso em: 3 jul. 2016.
- BODANSKY, D.; RAJAMANI, L. 2015. The evolution and governance architecture of the climate change regime. In: SPRINZ, D.; LUTERBACHER, U. (eds.). *International relations and global climate change: new perspectives* [MIT Press, 2. edn., 2016. Forthcoming]. Disponível no SSRN: <ssrn.com/abstract=2168859>. Acesso em: 30 jun. 2016.
- BOYLE, A. 1993. Environment and development: accountability through international law. *Third World Legal Studies*, n. 12, pp. 95-106.
- CHAN, M. 2008. Message from WHO Director-General. Disponível em <http://www.who.int/world-health-day/dg_message/en/>. Acesso em: 15 abr. 2016.
- DOBNER, P.; LOUGHLIN, M. (eds.). *The twilight of constitutionalism?*. New York: Oxford University Press.
- DUBASH, N. K.; RAJAMANI, L. 2010. Beyond Copenhagen: next steps. *Climate Policy*, n. 10, pp. 593-99.
- DWORKIN, R. 2013. A new philosophy for international law. *Philosophy and Public Affairs*, n. 41, pp. 2-30.
- HAINES, A. et al. 2006. Climate change and human health: impacts, vulnerability and public health. *Public Health*, n. 120, pp. 585-96.
- HARDIN, G. 1968. The tragedy of the commons. *Science*, n. 162, pp. 1243-48.
- KEOHANE, R. 2015. Beyond the UNFCCC: rethinking the global politics of climate change. In: DOUGLAS, C. D. *Lecture 2015* (Transcript).

- Disponível em: <https://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/field/field_document/20150511UNFCCCBobKeohane.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2016.
- KEOHANE, R.; VICTOR, D. 2010. *The regime complex for climate change*. Cambridge, Mass.: Harvard Kennedy School, The Harvard Project on International Climate Agreements (Discussion Paper 10-33).
- KRISCH, N. 2010. Global administrative law and the constitutional ambition. In:
- NORDHAUS, W. D. 2007. To tax or not to tax: alternative approaches to slowing global warming. *Review of Environmental Economics and Policy*, n. 1, pp. 26-44.
- PATZ, J. A. et al. 2007. Climate change and global health: quantifying a growing ethical crisis. *EcoHealth*, n. 4, pp. 397-405.
- ROGEBERG, O.; ANDRESEN, S., HOLTSMARK, B. 2010. International climate treaties: the case for pessimism. *Climate Law*, n. 1, pp. 177-97.
- SLAUGHTER, A. 2004. *A new world order*. New Jersey: Princeton University Press.
- SKODVIN, T.; ANDRESEN, S. 2011. The climate regime: achievements and challenges. In: VIDAS, D.; SCHEI, P. J. (eds.). *The world ocean in globalisation*. Leiden, Boston: Martinus Nijhoff Publishers/Brill.
- WEILER, J. H. H. 2004. The geology of international law – governance, democracy and legitimacy. *ZaoRV*, n. 64, pp. 547-62.
- WERKSMAN, J. 2010. Legal symmetry and legal differentiation under a future deal on climate. *Climate Policy*, 10, pp. 672-77.
- WIJKMAN, M. 1982. Managing the global commons. *International Organization*, n. 36, pp. 511-36.

253

Documentos

- ACORDO de Copenhague. 2010 (30 mar.). Decisão 2/CP.15FCCC/CP/2009/11/Add.1.
- ACORDO de Paris. 2016 (29 jan.). Decisão 1/CP.21.FCCC/CP/2015/10/Add.1.
- CONVENÇÃO Quadro sobre Mudança Climática. 1992 (9 maio). Disponível em: <<http://unfccc.int/resource/docs/convkp/conveng.pdf>>. Acesso em: 3 jul. 2016.
- Protocolo de Quioto. 1997 (11 dez.). Disponível em: <<http://unfccc.int/resource/docs/convkp/kpeng.pdf>>. Acesso em: 3 jul. 2016.

Relatórios e comissões

- CDC – Centers for Disease Control and Prevention. 2015. *Climate effects of health*. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/climateandhealth/effects/>>. Acesso em: 3 jul. 2016.
- LANCET. 2015. Health and climate change: policy responses to protect public health. *Lancet*, n. 386, pp. 1861-914.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. 2016. *WHO Global Programme on Climate Change & Health*. Disponível em: <<http://www.who.int/globalchange/mediacentre/news/WHO-Climate-change-Programme-Summary-2016-2017.pdf?ua=1>>. Acesso em: 3 jul. 2016.
- PEW RESEARCH CENTER. 2015. *Global concern about climate change, broad support for limiting emissions*. Disponível em: <<http://www.pewglobal.org/2015/11/05/global-concern-about-climate-change-broad-support-for-limiting-emissions/>>. Acesso em: 3 jul. 2016.
- WORLD BANK. 2012. *Turn down the heat: why a 4°C warmer world must be avoided?*. A Report for the World Bank by the Potsdam Institute for Climate Impact Research and Climate Analytics, Washington, DC.

MOBILIDADE INTERNACIONAL DE MÉDICOS

Nancy Val y Val Peres da Mota e Helena Ribeiro

Globalização e migração profissional

A globalização constitui o principal motor da migração internacional (Massey et al., 1998). As desigualdades crescentes entre países, resultantes de um conjunto de assimetrias, aumentam a motivação para migrar (Martin, 2004). Por outro lado, a globalização leva a um desprendimento, que transforma comunidades e estimula as pessoas a abandonarem trabalhos tradicionais em busca de novos lugares, novos costumes e novas maneiras de pensar (Milanovic, 1999). Ela aumenta o fluxo de informações a respeito de novas oportunidades e suscita o desejo de aproveitar as oportunidades e comodidades que, aparentemente, estão sendo criadas em outros países (Martine, 2005).

Porém, as fronteiras estão muito mais abertas para o fluxo de capitais e mercadorias do que para migrantes. A mobilidade de mão de obra poderia resultar em aumento da produção e diminuição de desemprego mundiais, e, conseqüentemente, gerar melhorias no bem-estar de toda a população. Entretanto, dependendo do ponto de vista, do momento, ou da situação, nem sempre há vantagens

para os migrantes e para os seus lugares de origem e de destino.

No caso de profissionais médicos, a desigual distribuição nos países é um fator importante para uma análise mais crítica do processo migratório. Desigualdades de concentração de profissionais dentro dos países costumam ser maior ou menor, de acordo com a extensão do território, as características do sistema de saúde, o nível socioeconômico e o desenvolvimento humano de suas populações. Por isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) não recomendam nem estabelecem número médio de médicos por habitante, pois a necessidade depende de fatores regionais, socioeconômicos, culturais e epidemiológicos. Isso torna pouco válido o estabelecimento de uma “taxa ideal” generalizada para todos os países. A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD, 2007) também vê limitações nas comparações entre países, pois precisam ser cotejadas com outros indicadores (Scheffer, 2015).

256

No entanto, os recursos humanos em saúde são determinantes chave para o bom funcionamento de sistemas e organizações de saúde. Segundo a OMS, a carência de profissionais de saúde é um entrave para o atendimento das metas do milênio e para a melhoria das condições de saúde em muitos países e regiões.

Em todo o planeta, o envelhecimento da população, com a conseqüente ampliação de doentes crônicos, que exigem cuidados por períodos prolongados, e o aumento de alguns problemas graves de saúde, como a epidemia de aids e outras doenças infecciosas emergentes, têm criado enorme demanda por profissionais da saúde, a qual não tem sido acompanhada pela formação de mão de obra em números suficientes para atendê-la. Por essa razão, governos e instituições têm promovido ações para tentar suprir tais necessidades, incluindo a contratação de médicos e

enfermeiros de outros países. Essa ação de atração se vale da vontade de profissionais que buscam condições de trabalho, de formação e aprimoramento e salários melhores em países mais ricos.

Assim, a globalização amplia em muito a mobilidade de profissionais de saúde, cujos fluxos são múltiplos, mas os principais vêm de regiões mais pobres e se dirigem a regiões e países com melhor nível de desenvolvimento e destes para os mais desenvolvidos, num movimento em cascata (Marchal e Kegels, 2003).

Entre os países que possuem mais médicos estrangeiros estão Estados Unidos, Reino Unido e Canadá (Marchal e Kegels, 2003). Do total de médicos estadunidenses, 27% vieram principalmente da Índia, Paquistão e Filipinas, nessa ordem de importância. No Reino Unido, com 12,6% de médicos estrangeiros, também predominam entre eles os indianos, seguidos dos irlandeses e depois os sul-africanos. O Canadá emprega 20% de médicos distribuídos, principalmente, entre os ingleses e sul-africanos (Bach, 2008).

257

No outro extremo, encontra-se o continente africano, onde residem 11% da população do planeta, a qual é submetida a 25% da carga mundial de doenças, e que possui, em contrapartida, apenas 4% da força de trabalho de profissionais da saúde. O déficit nesse continente é estimado em 720 mil médicos (Lueddeke, 2016).

Esses dados contribuem para as iniquidades em saúde ao redor do globo. Os serviços de saúde exigem que os médicos estejam nos mesmos locais que os pacientes (Bach, 2008), o que faz a mobilidade desses profissionais apresentar condições bem distintas se comparada à de outros, cujos empregadores e empregados podem deslocar-se mais facilmente. Além disso, nações mais pobres perdem profissionais formados com significativos investimentos e sacrifícios. Consequentemente, nelas há carência de médicos e baixa qualidade de serviços de saúde, sobretudo públicos. Em

2004, a OMS publicou uma resolução orientando os países-membros a desenvolverem estratégias para mitigar os efeitos adversos da migração sobre os profissionais e os sistemas de saúde (WHO, 2004).

Benefícios *versus* prejuízos da mobilidade de médicos pelo mundo

Apesar de a mobilidade de médicos apresentar características específicas, como já mencionado, a análise feita por Martine (2005) mostrando as vantagens e desvantagens da migração internacional contribui, de alguma forma, para a discussão que aqui se propõe. Por isso, elas serão descritas de forma sucinta.

258

Como vantagens para os migrantes e lugares de origem, estão as remessas de dinheiro que os emigrantes transferem para as famílias, as comunidades e para o país de origem, promovendo dinamismo econômico. A migração permite mobilidade social, os migrantes apreendem ideias, habilidades e valores que ajudam na modernização do país de origem. Portanto, o profissional ao emigrar alivia tensões sociais em países de economias estagnadas e com grande população jovem e, em certas condições, promove a emancipação da mulher, expandindo a gama de seus papéis sociais (Martine, 2005).

Martine cita algumas vantagens para os locais de destino: os migrantes ajudam a baratear o custo dos serviços ao realizarem atividades que os nativos não querem fazer por salários mais baixos, pois se adequam melhor às mudanças no mercado de trabalho – isso eleva a produtividade, auxilia na redução da inflação e expande a base de consumidores e de contribuintes. A migração, complementa o autor, revitaliza sociedades envelhecidas ao preencher lacunas demográficas e laborais; os países receptores adquirem, gratuitamente, uma grande quantidade de recursos humanos qualificados, cujos custos foram internalizados pelos países doadores.

Como desvantagens para os lugares de origem ou países doadores, Martine menciona a “fuga de cérebros”, que leva a um déficit de recursos humanos qualificados. Os países doadores perdem as pessoas mais criativas, trabalhadoras, empreendedoras e ambiciosas.

Nos países receptores, os migrantes muitas vezes são perseguidos e maltratados por xenófobos, e considerados cidadãos de segunda classe. Em decorrência de tal discriminação racial e social, retarda-se a sua assimilação; eles sofrem dificuldades de comunicação e adaptação, estresse psicológico, perda de identidade e do referencial afetivo. A migração, principalmente para mulheres e crianças, é um fator de risco.

Assim, dentre as desvantagens para os lugares de destino ou países receptores, Martine destaca o cenário de conflitos e tensões sociais que surgem das diferenças étnicas, linguísticas e religiosas; o risco de erosão da cultura nacional; o peso fiscal, pois, ao menos no início, os imigrantes pressionam os serviços sociais, educacionais e de saúde. Ademais, aumentam os riscos para a segurança nacional, como possíveis ações terroristas; há maior competição por empregos, pois os imigrantes reduzem os salários dos trabalhadores locais, provocando reações dos sindicatos ou grupos de pressão, que os veem como concorrentes no mercado de trabalho.

No caso de médicos, outros aspectos têm influenciado a sua mobilidade, conforme levantamento bibliográfico feito em seis bases de dados (Capes, SIBI USP, BVS, SciElo, Science Direct e Pubmed) utilizando as palavras-chaves: *brain drain*, *physicians migration*, *data migration physicians* e *medical migration*, para o período de 2000 a 2015, nas quais se encontrou um grande número de artigos a respeito do assunto (ver Tabela 1). A saber, o recorte iniciado no ano 2000 justifica-se por ser este o momento em que a expressão “saúde global” passou a ser mais utilizada do que “saúde internacional”, com mudanças conceituais dos termos.

Tabela 1
Levantamento bibliográfico (2000 a 2015)

	Nº de publicações por países ou regiões					
	Estados Unidos	Europa	Canadá	Ásia	Países árabes	América Latina
Total	19.213	7.854	7.165	5.149	3.709	2.819

Fonte: Elaboração própria.

Os Estados Unidos apresentaram o maior número de publicações (19.213) em contraposição à América Latina, que teve o menor número (2.819).

Com base nos dados apresentados, pode-se inferir que a migração de profissionais da saúde constitui um fenômeno complexo de grande interesse e é objeto de preocupação mundial. Nos estudos, são considerados alguns aspectos positivos, mas também a geração de desequilíbrios no acesso das pessoas aos sistemas de saúde dos países doadores, em sua maioria, países menos desenvolvidos.

Além disso, o processo migratório de médicos apresenta inúmeras barreiras a serem vencidas, tais como falta de competência linguística, dificuldades no reconhecimento do diploma, aceitação da sociedade civil e das sociedades de classe, entre outros já apontados anteriormente. A mobilidade de médicos é fortemente influenciada por quadros regulatórios de governos que controlam o treinamento, recrutamento e emprego, dando origem a padrões específicos de migrações (Bach, 2008).

Apesar de a escolha de emigrar ser basicamente individual, as circunstâncias sociais e econômicas apresentam um importante impacto nessa decisão. Fatores associados a isso vão além dos relativos a melhor remuneração, vislumbram melhores perspectivas de vida e trabalho, como obter experiência profissional, ter mais oportunidades de ascensão na carreira, dar continuidade aos próprios estudos ou proporcioná-los aos familiares, ter acesso a melhores serviços e equipamentos de saúde, entre outros.

Há movimentos internacionais para que haja uma estratégia conjunta entre o Estado e outras instituições e organismos, a fim de que seja regulado o fluxo de profissionais da saúde entre países. Políticas e intervenções são necessárias para lidar com a complexidade do tema no que se refere ao sistema de saúde e aos problemas que envolvem os trabalhadores da saúde, tais como o recrutamento, a retenção, a implantação e a capacitação e desenvolvimento profissional (Afzal, Masroor e Shafqat, 2012).

A migração permanente de profissionais de saúde dos países menos desenvolvidos para os mais desenvolvidos ocorre, além do já mencionado (melhores salários e condições de vida etc.), por demanda de suprir o setor saúde dos países receptores. Já em 1998, estudo realizado pela OMS estimou que 56% dos médicos que emigravam eram oriundos de países menos desenvolvidos para países mais desenvolvidos contra somente 11% no sentido contrário. Os principais países doadores eram Índia, Filipinas e África do Sul, cujos médicos, enfermeiros e técnicos emigraram para a Austrália, Mediterrâneo Oriental, Inglaterra e Estados Unidos (Chanda, 2002).

Percebe-se, então, na literatura, que os dois grandes motivos que impelem os médicos a emigrar são os de origem pessoal e os externos. Estes últimos englobam fatores econômicos, associações de classe, escolas médicas, organizações de acreditação, grupos de defesa do paciente e políticas de saúde.

Quanto aos motivos pessoais, supunha-se, inicialmente, como fator motivador, os melhores salários dos países receptores. Porém, outros estudos ampliam essa questão. Vujicic e colegas. (2004), por exemplo, ao analisarem os motivos da emigração de médicos de seis países africanos (Camarões, Gana, Senegal, África do Sul, Uganda e Zimbábue) para cinco países desenvolvidos (Canadá, Austrália, França, Estados Unidos e Inglaterra), observaram discreta relação

entre a oferta de profissionais de saúde para migração e a diferença de salários entre os países doadores e receptores. Foi realizado, então, um estudo qualitativo com entrevistas envolvendo três grupos de médicos em três situações distintas: o ponto de vista do profissional que deseja emigrar; o do que já está trabalhando no país receptor; e do que já emigrou e a quem foi perguntado o que o faria retornar ao seu país de origem.

No primeiro grupo, dos médicos que desejavam emigrar, foram identificados, além de melhores salários, a possibilidade de maior qualificação profissional e ganho de experiência no país de destino. Em relação ao país de saída, foram citados: ausência de promoções no trabalho; más condições de vida, incluindo violência e crime; pesada carga de trabalho; e serviços de saúde em decadência.

262

No segundo grupo, que já havia emigrado, identificaram-se, como razões para a emigração: ganho de experiência, melhores salários, em consequência, melhores condições de vida no país receptor, e a possibilidade de poupar. No que diz respeito ao país de saída, foram indicados: a impossibilidade de ascensão profissional, a desesperança, o declínio da economia e dos serviços de saúde.

No terceiro grupo, os profissionais retornariam ao seu país de origem se houvesse, além de melhores salários e benefícios, possibilidades de educação continuada que propiciassem planejamento e condução da carreira mais efetivos, capacitando-os melhor para sua prática profissional e/ou para o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde, o que ampliaria as perspectivas de trabalho. Também foi mencionada como atrativo o desejo de melhor a administração do sistema de saúde do país de origem.

As implicações financeiras e sociais em decorrência do movimento dos médicos não estão bem claras. Para o país de origem, o aumento da mobilidade dos profissionais pode gerar remessas e transferências, ajudar a promover o

intercâmbio de conhecimento clínico entre profissionais e, assim, atualizar a prática e as normas locais. Para o país de acolhimento, a mobilidade de médicos fornece um importante meio para reconhecer a escassez desses profissionais, para melhorar a qualidade e a acessibilidade dos serviços de saúde e também para conter as pressões de custos. Em Moçambique, por exemplo, especialistas estrangeiros de Portugal e África do Sul costumam ocupar cargos na saúde pública e em grandes hospitais. Da mesma forma, a Maurítânia depende de médicos especialistas da França, Marrocos e Tunísia (Chanda, 2002).

Panorama internacional da distribuição de médicos

A distribuição de médicos em relação ao número de habitantes dos países explica apenas parcialmente sua mobilidade internacional. No entanto, é importante que se apresentem as linhas gerais dessa distribuição como base para a discussão sobre a mobilidade.

De acordo com Lueddeke (2016), 50% dos médicos estão concentrados em territórios com menos de um quinto da população mundial. Regiões onde a carga de doenças é maior são atendidas por somente 2% dos médicos do mundo, aproximadamente 9 milhões.

Pesquisa da OECD (2013) comparando 40 países chegou à média de 3,2 médicos por mil habitantes. A média brasileira foi de 1,8 médico por mil habitantes, colocando o país na sétima posição entre as nações estudadas. Abaixo do Brasil, vinham Turquia, Chile, China, África do Sul, Índia e Indonésia. Todavia, abaixo da média da OECD estavam países mais desenvolvidos como Reino Unido, 2,8; Irlanda, 2,7; e Nova Zelândia, 2,6. E taxas não muito distantes à do Brasil foram encontradas para os Estados Unidos, 2,5 médicos por mil habitantes; Canadá, 2,4; Polônia, 2,2; e Japão, 2,2. Muitos desses países têm um déficit crônico e crescente de médicos devido ao aumento das necessidades da população

envelhecida e também da diminuição do interesse pela profissão entre a força de trabalho jovem. Desde os anos 1990, após um período de suprimento excessivo de profissionais de saúde em diversos países mais desenvolvidos, houve aumento da demanda desses profissionais para suprir a carência dos serviços de saúde em decorrência do aumento da população idosa (Grignon, Owusu e Sweetman, 2012).

O país com a maior média era a Grécia, com 6,1 médicos por mil habitantes, seguido pela Rússia, com 5; Áustria, 4,8; Itália, com 4,1; Portugal, 4,0; Suécia, 3,9; e Alemanha, com 3,8.

Os dados gerais por país não consideram a distribuição desigual dentro dos territórios, nem a distribuição de médicos no interior dos sistemas de saúde. No caso do Brasil, 55,3% dos médicos estão na região Sudeste, onde se concentram 42% da população (Scheffer, 2015). As capitais e as estruturas privadas do sistema de saúde concentram maior proporção de médicos que o interior e os serviços públicos.

264

Os médicos brasileiros, na média, estão em faixa etária mais jovem, e a porcentagem de mulheres na medicina, embora em ascensão, ainda é menor que nos países da OCDE (Scheffer, 2015).

Na maioria dos países, a remuneração dos especialistas é mais elevada e cresce mais rapidamente que a dos generalistas. Além da vantagem financeira, explicam, em parte, o crescimento do número de especialistas: prestígio do título, melhores condições de trabalho e grande oferta de postos de trabalho no setor privado. Preocupados com o risco de escassez de médicos generalistas, essenciais em sistemas de saúde ordenados a partir da atenção primária, alguns países têm regulado a formação de especialistas, priorizando determinadas especialidades (Scheffer, 2015).

Além disso, os países adotaram diferentes políticas sobre a migração de profissionais da saúde. Exemplificando, para deter a saída permanente de pessoal, países como a Índia e a África do Sul definiram que seus profissionais

cumprissem, após a graduação, um período de serviço em seu próprio território. Alguns mercados receptores, tais como os Estados Unidos, encorajaram algumas categorias específicas com a introdução de vistos especiais. Dessa forma, houve incentivo para enfermeiros e técnicos provenientes da Índia, Jamaica e Filipinas e para médicos especialistas do Canadá e do Reino Unido (Chanda, 2002).

As mudanças nas políticas de imigração dos Estados Unidos, no período de 1990 a 1996, estimularam a migração de médicos vindos de países industrializados. Entre 1970 e 1993, o número de médicos estrangeiros nos Estados Unidos cresceu de 57 mil para 150 mil. Em 1993, cerca de 45% deles eram originários da Índia, Paquistão e Filipinas (Chanda, 2002).

Em 2007, uma publicação da OECD relata aumento da competição entre os países-membros e como atrair e reter profissionais em geral e profissionais da saúde em particular. Logo depois, a OMS elabora um documento com foco na ética e proteção dos países menos desenvolvidos, para orientá-los em relação às políticas de recrutamento internacional (WHO, 2010). Acrescente-se ainda que alguns países adotaram políticas próprias em relação à imigração de profissionais de saúde, tais como Canadá, Noruega e Reino Unido (Grignon, Owusu e Sweetman, 2012).

Outro fenômeno observado é a emergência de escolas médicas que oferecem educação para exportação. Essas instituições proveem educação médica para estudantes estrangeiros que, ao final do curso, retornam aos países de origem ou decidem exercer sua profissão em um terceiro país. Nesse contexto, destacam-se escolas médicas do Caribe e da Irlanda e, mais recentemente, da Austrália (Grignon; Owusu e Sweetman, 2012). Naturalmente, esses países identificaram um potencial doméstico de suprimento de profissionais que tiveram seus estudos financiados pelos próprios estudantes e que estão totalmente ambientados aos hábitos locais ao término da graduação.

Esse fenômeno difere da prática de países como Filipinas e Índia, os quais apresentam uma intenção explícita de formar seus próprios cidadãos para o mercado internacional, como migrantes (Masselink e Shoou-Yeh, 2010).

Outro formato, no processo de migração de médicos, consiste no fluxo de profissionais entre países mais desenvolvidos, que têm em comum a língua inglesa. São eles: Canadá, Reino Unido, Austrália e Estados Unidos – os dois primeiros, países preferencialmente doadores; os dois últimos, preferencialmente receptores. Comparação feita com um conjunto maior de países, Canadá e Reino Unido também se tornam receptores (Mullan, 2005).

Outro determinante na migração de médicos é a ocorrência potencial de demanda não prevista de profissionais da saúde em contextos onde empréstimos de profissionais não são normalmente possíveis. Exemplo: em alguns países mais desenvolvidos, onde o seguro privado de saúde é fortemente presente, não são todos os indivíduos segurados. Além disso, segurados podem apresentar patologias (às vezes, desde o nascimento) não cobertas pelo seguro. Apesar de ser imoral e eticamente inaceitável, essa condição leva a uma falha de cobertura pelo seguro, em que o Estado intervém para fornecer ou pelo menos pagar e/ou subsidiar serviços de saúde para esses indivíduos (Grignon; Owusu e Sweetman, 2012).

Em um esforço de controlar os gastos governamentais, algumas vezes é definido determinado número de provedores, mesmo sabendo que a questão é bem mais complexa, especialmente para a migração de médicos. Como exemplo, são definidas quotas para médicos, tanto para graduandos como graduados: Austrália, França, Suécia e Reino Unido controlam a entrada de estudantes nas escolas médicas por meio de *university funding*. No Canadá, o processo é mais descentralizado, definido localmente pelas províncias (AMA, 2010).

As migrações de médicos, sendo permanentes, apresentam implicações adversas para a equidade, qualidade e disponibilidade dos serviços de saúde nos países de origem.

De fato, a maior parte dos fluxos transfronteiriços de profissionais da saúde assume a forma de migração permanente. Estima-se que 10 mil profissionais da saúde emigraram da África do Sul, entre 1989 e 1997, e que de um terço à metade dos graduados emigra a cada ano, principalmente para o Reino Unido e Estados Unidos. A África do Sul, por sua vez, que perde cerca de 50% de seus médicos formados internamente para os países desenvolvidos, tem grande carência de profissionais no interior do país, sobretudo em zonas rurais e periferias urbanas, mesmo investindo continuamente na criação de escolas médicas e de outras áreas da saúde.

Da mesma forma, estima-se que mais de 10 mil peritos médicos e de biotecnologia do Egito emigraram, e que, de 1.200 médicos treinados no Zimbábue, durante a década de 1990, apenas 360 exerciam práticas médicas no país, em 2001. Grande número de enfermeiros também emigrou do Zimbábue para Austrália, Nova Zelândia e Reino Unido, fugindo dos baixos salários, más condições de trabalho e instabilidade política. Cerca de 60% dos médicos capacitados em Gana, durante os anos 1980, também deixaram o país; e, no Sudão, estima-se que 17% dos médicos e dentistas deixaram o país entre 1985 e 1990.

Um fluxo permanente dos prestadores de serviços de saúde impõe custos significativos sobre o país de origem. Isso leva à escassez de pessoal altamente treinado e de recursos públicos investidos em sua formação, que são perdidos na saída desse capital intelectual. Estima-se que a África do Sul tenha perdido 6,78 bilhões de dólares em investimento de capital humano em 1997 (calculado a partir do custo de treinamento de 60 mil dólares por médico), uma perda apenas parcialmente compensada pelas remessas decorrentes

de tais saídas. Além disso, há também consequências da distribuição e realocação de médicos, considerando que as remessas e transferências são privadas e não encaminhadas para o setor público, ao contrário dos benefícios diretos da retenção de profissionais de saúde.

Deve-se reconhecer, no entanto, que, em um mundo cada vez mais globalizado e interligado, há possibilidades para o crescimento de redes de intercâmbio de experiências, conhecimento, informações e recursos. Portanto, o impacto da mobilidade de prestadores de serviços de saúde para a equidade, o acesso, os custos e a qualidade dos serviços de saúde é, em grande parte, dependente das políticas e da salvaguarda dos governos instituídos e das condições existentes no setor (Chanda, 2002).

Mas... por que países mais desenvolvidos importam médicos? A migração de profissionais da saúde é uma resposta à escassez em curto prazo nos países receptores. Mesmo nos países mais ricos, pode haver lacuna de recursos humanos em áreas rurais e menos privilegiadas. O governo tem a autoridade para atuar nessa escassez. Em algumas situações, importar profissionais da saúde produz um resultado melhor e mais rápido do que aumentar o pagamento de trabalhadores já existentes, para que se desloquem para áreas distantes ou distritos precários. Áreas de escassez de profissionais, áreas rurais, remotas e desprivilegiadas podem ser atendidas por mão de obra imigrante (Bärnighausen e Bloom, 2009). Para vincular a vinda de migrantes a determinadas áreas, são fornecidos vistos de permanência limitada, tais como J-1 nos Estados Unidos e licenças temporárias ou provisórias para exercer a medicina, na Austrália e no Canadá (Auda, Ross e Vardey, 2005).

Estudo realizado por Aki e colegas, em 2012, identifica os impactos positivos e negativos da migração de profissionais de saúde nos países doadores, dentre os quais o Líbano, exemplo de país doador. Esse país tem testemunhado

uma emigração crescente de médicos. O objetivo daquele estudo foi compreender as percepções dos formuladores de políticas libanesas a respeito da emigração e analisar as suas propostas para futuras políticas e estratégias para lidar com a questão. O Líbano tem excesso de médicos, impulsionado, em grande parte, pelo excesso de produção de licenciados, em decorrência de um crescente número de escolas médicas. Mesmo considerando-se a situação de guerra em que esse país se encontra, a maioria dos participantes reconheceu a globalização da força de trabalho médica libanesa, que inclui o intercâmbio com a região do Golfo e com países desenvolvidos e o envolvimento das instituições de ensino médico norte-americano na região, como uma oportunidade aos profissionais (Aki et al., 2012).

Zarrilli (2002), em estudo sobre o sistema de saúde do Brasil, identificou as dificuldades dos médicos estrangeiros de se fixarem no país, tendo em vista os procedimentos para se obter a equivalência dos diplomas e o fato de as associações profissionais discordarem da posição do governo de facilitar a livre circulação de médicos pelo Mercosul. Zarrilli também menciona a saída de profissionais médicos brasileiros para a realização de pós-graduação nos Estados Unidos e na Europa, porém sempre com o intuito de retornarem ao país, após um período de treinamento ou diploma estrangeiro, que facilitariam sua carreira profissional no Brasil.

A mobilidade de médicos no mundo também aponta que os determinantes dessa mobilidade são as desigualdades e iniquidades ao redor do globo, a violência e a busca de melhores oportunidades de vida e trabalho. No entanto, essas migrações têm forte impacto na saúde das comunidades e nos sistemas de saúde dos países, que têm sérias limitações para manter seus profissionais, pois estão no elo final de um

processo muito amplo e complexo que ultrapassa em muito seu âmbito de atuação. Assim, este é um item dos mais importantes para as discussões e acordos em saúde global no âmbito da diplomacia em saúde.

Insuficiência de médicos tem sido identificada como um dos impedimentos a maior e melhor enfrentamento de problemas sérios de saúde de muitas nações (Marchal e Kegels, 2003).

A expressão *brain drain* (“fuga de cérebros”) foi cunhada em 1960 para descrever a migração de acadêmicos ingleses para os Estados Unidos, e denotava um efeito negativo para os países exportadores. Nos anos 2000, ela foi sendo substituída por “migração profissional”, “mobilidade profissional” ou “circulação de cérebros” em publicações do Banco Mundial e de outras agências internacionais (Marchal e Kegels, 2003; Bach, 2008).

270

Esses termos parecem dar neutralidade a um processo que tem fortes conotações econômicas, sociais e políticas. Referir-se a mobilidade e migração de profissionais pode ser válido para médicos que vão aos Estados Unidos, a países europeus e outros, em bases temporárias, para treinamento em instituições de renome. Profissionais qualificados, que partilham uma base de conhecimento comum, sempre tiveram sua mobilidade facilitada e já existiam antes da globalização e da expressão “saúde global”. Entretanto, quando se trata de países menos desenvolvidos, estes têm sido constantemente prejudicados pela saída definitiva de seus profissionais para resolver problemas do mercado de trabalho dos países mais desenvolvidos, que, a despeito de manterem consideráveis barreiras à imigração, seletivamente as retiram para profissionais específicos, de elevada competência, como os médicos. Ao atrair a nata dos profissionais, a corrente globalização desequilibra ainda mais as frágeis condições da força de trabalho dos países de baixa renda (Marchal e Kegels, 2003).

Ademais, a mobilidade profissional exige certa similaridade no nível de conhecimento e na formação profissional, para permitir a licença e o registro profissionais e relaxamento nas restrições de migrações de trabalhadores qualificados. Vários tratados de livre-comércio e países têm se debruçado sobre esse objetivo para poder suprir carências de profissionais com a aceitação ou atração de estrangeiros. Essas discussões são parte de uma das áreas crescentes no âmbito da saúde global – a diplomacia em saúde –, que deve ter como princípios básicos a ética, o direito à saúde e à justiça.

Nancy Val y Val Peres da Mota

é médica, doutoranda em Saúde Global e Sustentabilidade na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Helena Ribeiro

é geógrafa, professora titular do Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e coordenadora da pós-graduação em Saúde Global e Sustentabilidade da mesma universidade.

271

Bibliografia

- AFZAL, S.; MASROOR, I.; SHAFQAT, G. 2012. Migration of health workers: a challenge for health care system. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, Karachi, v. 22, n. 9, pp. 586-87.
- AKI, E. et al. 2012. Willingness of Lebanese physicians in the United States to relocate to Lebanon. *Human Resources for Health*, n. 10. Disponível em: <<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-10-15>>. Acesso em: 24 jun. 2016.
- AMA – American Medical Association. 2010. *International Medical Graduates in American Medicine: contemporary challenges and opportunities*. Chicago: International Medical Graduates, Section Governing Council.
- AUDA, R.; ROSS, A.; VARDEY, D. 2005. The use of provisionally licensed international medical graduates in Canada. *Canada Medical Association Journal*, Ottawa, v. 173, n. 11, pp. 1315-16.

- BACH, S. 2008. International mobility of health professional: brain drain or brain exchange? In: SOLIMANO, A. *The international mobility of talent types, causes, and development impact*. Oxford: Oxford University Press.
- BÄRNIGHAUSEN, T.; BLOOM, D. 2009. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC Health Services Research*, London, v. 9, n. 86. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2702285/>>. Acesso em: 24 jun. 2016.
- CHANDA, R. 2002. Trade in health service. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 80, n. 2, pp. 158-63.
- GRIGNON, M.; OWUSU, Y.; SWEETMAN, A. 2012. The international migration of health professionals. *IZA Discussion Paper*, Bonn, Germany, n. 6.517, pp. 1-3.
- LUEDEKE, G. 2016. *Global population health and well-being in the 21st Century*. New York: Springer.
- MARCHAL, B.; KEGELS, G. 2003. Health workforce imbalances in times of globalization: brain drain or professional mobility? *International Journal of Health Planning and Management*, n. 18, pp. 89-101.
- MARTIN, P. L. 2004. Migration. In: LOMBORG, B. (ed.). *Global crises, global solutions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, pp. 443-477.
- MARTINE, G. 2005. A globalização inacabada: migrações internacionais e pobreza no século 21. *São Paulo em Perspectiva*, v. 19, n. 3, pp. 3-22.
- MASSELINK, L. E.; SHOOU-YEH, D. L. 2010. Nurses: expansion and commercialization of nursing education in the Philippines. *Social Science & Medicine*, n. 71, pp. 166-72.
- MASSEY, D. S. et al. 1998. *Worlds in motion: understanding international migration at the end of the Millennium*. Oxford: Clarendon Press.
- MILANOVIC, B. 1999. On the threshold of the third globalization: why liberal capitalism might fail? *SSRN – Tomorrow's Research Today*, Rochester, NY. Disponível em: <<http://ssrn.com/abstract=262176>>. Acesso em: 1 mar. 2016.
- MULLAN, F. 2005. The metrics of the physician brain drain. *The New England Journal of Medicine*, n. 353, pp. 1810-18.
- OECD – Organization for Economic Cooperation and Development [OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico]. 2007. *International migration outlook 2007*. Paris: OECD.
- _____. 2013. Panorama de la santé 2013: les indicateurs de l'OCDE. Disponível em: <<http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sante-2013.pdf>>. Acesso em: 1 mar. 2016.
- SCHEFFER, M. (coord.). 2015. *Demografia médica no Brasil*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP; Conselho Regional

- de Medicina; Conselho Federal de Medicina.
- VUJICIC, M. et al. 2004. Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 82, n. 8, pp. 595-600.
- WHO – World Health Organization [OMS – Organização Mundial de Saúde]. 2004. *Fifty-Seventh World Health Assembly: Resolution WHA57.19*. Geneva: WHO. Disponível em: <www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/wharesolution_migration/en/>. Acesso em: 1 mar. 2016.
- _____. 2010. Global code of practice on the international recruitment of health personnel Sixty-Third World Health Assembly – WHA63.16. Geneva: WHO.
- ZARRILLI, S. 2002. The case of Brazil. Trade in health services: global, regional and country perspectives. *Bulletin of the World Health Organization*, Disponível em: <<http://www.who.int/trade/en/THpart3chap11.pdf?ua=1>>. Acesso em: 24 jun. 2016.

“FALTA UM JORGE”: A SAÚDE NA POLÍTICA MUNICIPAL PARA MIGRANTES DE SÃO PAULO (SP)

Isadora da Silveira Steffens e
Jameson Martins

O Estado de São Paulo afirmou-se historicamente como polo nacional de recepção de fluxos migratórios (Baeninger, 2005). Nos anos 1990, é na metrópole de São Paulo que a migração internacional dos trabalhadores globais se concentra (Patarra e Baeninger, 2006). O recente aumento da visibilidade do tema migração na sociedade brasileira deve-se, entre outros fatores, à concentração de comunidades de migrantes na cidade de São Paulo (Reis, 2011). A Prefeitura de São Paulo estima que residam no município atualmente pouco mais de 370 mil imigrantes¹, cuja presença impacta a administração local, em especial no que se refere à oferta de serviços públicos aos contingentes migrantes socialmente mais vulneráveis.

A despeito do volume e da persistência dos fluxos migratórios nas últimas décadas, pode-se afirmar que são muito recentes as iniciativas do poder público municipal – e

¹ Dados da Coordenação de Políticas para Migrantes (CPMig) da Prefeitura de São Paulo, baseados no Sistema Nacional de Cadastramento de Registro de Estrangeiros, da Polícia Federal. O número de imigrantes não regularizados permanece incerto diante da dificuldade em coletar dados a respeito desse grupo.

mesmo inéditas, se levarmos em conta o contexto brasileiro – de conceber políticas públicas locais eficientes para essa população. As políticas migratórias forjam-se tradicionalmente no seio dos Estados nacionais, que definem regras de acesso e permanência em seu território. No Brasil, por exemplo, ainda vige o Estatuto do Estrangeiro (Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980), que aborda o fenômeno migratório sob o prisma da segurança nacional, em detrimento dos direitos dos migrantes².

A moldura jurídica derivada da Constituição Federal de 1988, no entanto, alterou substancialmente a extensão dos direitos assegurados pelo Estado brasileiro aos nacionais e não nacionais. Como consequência, observa-se hoje uma disfunção jurídico-administrativa que posiciona os governos locais na linha de frente das demandas resultantes da chegada e permanência de grupos populacionais importantes. Assim, o reconhecimento de direitos exige dos serviços públicos municipais, por sua proximidade à pessoa humana, uma adaptação à mobilidade humana contemporânea como um fato incontornável.

Nesse sentido, São Paulo corresponde ao que Sassen (2006) definiu como cidade global: um espaço em que os processos transnacionais – entre eles, a migração – concentram-se e assumem formas localizadas, justapondo setores líderes do capital mundial e uma crescente massa de marginalizados e minorias. Como palco de conflitos e contradições, a cidade global cria aberturas para que atores políticos antes invisíveis passem a reivindicar direitos à cidade, representando uma espécie de “zona de fronteira” na luta por direitos (Sassen, 2006, p. 314). Nesse contexto, cresce

² No momento de conclusão deste artigo, tramitava no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 2.516/2015, que instituiria uma nova lei de migração no Brasil e revogaria o Estatuto do Estrangeiro vigente. Para atualização a respeito, acesse: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=1594910>>.

a interface entre a mobilidade humana e a saúde global, visto que tanto as políticas migratórias como a sua ausência causam impacto significativo sobre a saúde dos migrantes (Ventura, 2015).

Este artigo se debruça sobre os desafios que representam para o poder público municipal de São Paulo, no âmbito da atenção à saúde, a chegada e a permanência da população migrante. O título do artigo refere-se a um agente comunitário de saúde boliviano chamado Jorge, cujo papel atual e potencial na saúde local será destacado ao longo do texto.

Empregando métodos qualitativos, a pesquisa teve como fontes entrevistas, pesquisa documental e revisão de literatura. As entrevistas de agentes municipais da área da saúde correspondem a dois momentos: o diagnóstico realizado no âmbito do Projeto de Extensão Universitária Cosmópolis³, em 2014, e novas entrevistas realizadas em 2016, com os mesmos atores, para atualização dos depoimentos concedidos. Além disso, consultamos a literatura produzida nos últimos anos sobre políticas municipais para migrantes e sobre comunidades de migrantes estabelecidas em São Paulo que abordava temas de saúde.

Em seguida, analisamos, por meio de documentos da prefeitura, as iniciativas da gestão municipal atual nessa seara, a fim de observar seus avanços e limitações. Por fim, apresentamos um balanço da política municipal no campo da saúde e possíveis desdobramentos a partir de suas contingências políticas e econômicas.

³ O Projeto Cosmópolis é um convênio de extensão universitária entre a Coordenação de Políticas para Migrantes (CPMig) e o Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo (IRI-USP), firmado em dezembro de 2013 e renovado recentemente, com o objetivo de subsidiar uma pioneira política municipal para migrantes. Os autores deste artigo fazem parte do Projeto Cosmópolis desde setembro de 2015.

Atendimento em saúde à população migrante: diagnóstico preliminar

O acesso universal e igualitário aos serviços de saúde é garantido pelo artigo 196 da Constituição Federal de 1988, como elemento fundamental do direito à saúde⁴. No Sistema Único de Saúde (SUS), o princípio da universalidade supõe que todos os brasileiros tenham acesso igualitário aos serviços de saúde e respectivas ações, sem qualquer barreira de natureza legal, econômica, física ou cultural (Paim e Silva, 2010), garantindo assim os direitos dos migrantes independentemente de documentação e *status* migratório. No entanto, na prática, questões como falta de informação sobre o funcionamento do sistema, diferenças linguísticas e culturais, discriminação e condições de trabalho e moradia podem dificultar a efetivação de tal direito. Nosso objetivo, aqui, é apresentar um diagnóstico preliminar do atendimento à saúde de migrantes pela rede pública da cidade de São Paulo, cotejando as entrevistas realizadas com outros estudos recentes sobre o atendimento a migrantes na área da saúde, de maneira a verificar em que pontos esses estudos convergem ou divergem.

278

Foram entrevistados, entre 2014 e 2016, agentes municipais que mantêm contato com migrantes no âmbito da saúde: Rosa⁵, à época funcionária administrativa da Supervisão Técnica de Saúde (STS) na Sé e que atualmente trabalha no atendimento direto em um hospital; e Ana, à época dentista na Unidade Básica de Saúde (UBS) Casa Verde e hoje atuante na UBS Integral Jardim Edite.

Os migrantes chegam às unidades de saúde espontaneamente, encaminhados por agentes comunitários (no caso,

⁴ CF 1988: Art. 196. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2006.

⁵ Utilizamos nomes fictícios para preservar a identidade das entrevistadas.

do Programa Saúde da Família – PSF) ou por organizações da sociedade civil, como a Missão Paz, o Centro de Apoio e Pastoral do Migrante (CAMI), e o Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Migrante (CDHIC). Sobre esse aspecto, Rosa destaca a importância da grande rede de organizações da sociedade civil existente na cidade: “A gente também concluiu que a sociedade civil está muito mais avançada no cuidado com o imigrante do que o poder público que está muito precário nos cuidados com o imigrante em todas as áreas [...]” (Rosa, 2014).

A importância do acesso à saúde pode ir além de seus resultados previsíveis (Xavier, 2010), pois, em muitos casos, o Cartão Nacional de Saúde constitui a primeira e por vezes a única identificação dos migrantes, além de um meio de inserção na cidade e de gozo dos respectivos direitos. Em função do princípio da universalidade do SUS, estrangeiros podem se cadastrar no sistema mesmo sem possuir documentos brasileiros de identificação. O Cartão poderia permitir ainda a obtenção de dados quantitativos sobre o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde, embora haja, como veremos adiante, escassez de informação nesse sentido – em fevereiro de 2015, havia apenas 39.474 imigrantes cadastrados no sistema (Aguiar, Neves e Lira, 2015, p. 26).

As entrevistadas salientaram diversos desafios: idioma, discriminação, despreparo de agentes de saúde, falta de informação sobre o SUS para os migrantes, falta de atenção entre os altos cargos da saúde para o tema, além de escassez de dados. O idioma é apontado como principal empecilho no acesso de imigrantes a serviços de saúde e a serviços públicos em geral em diversos estudos (Aguiar, Neves e Lira, 2015; Ipea, 2015; Waldman, 2011). Rosa destacou a dificuldade em encontrar funcionários que falem uma segunda língua, e casos especialmente difíceis, como o dos bolivianos provenientes de áreas rurais, cuja língua materna é quéchua ou aymara e não espanhol, ou o grande número de gestantes

chinesas na UBS Sé – 170 das 300 gestantes atendidas são chinesas – que não falam português (Rosa, 2014). Nesse aspecto, Ana relatou, na ocasião da segunda entrevista, que observou avanços na atuação municipal, principalmente em relação à comunicação em outros idiomas, como o início de um processo que deve avançar abordando questões como a interculturalidade no atendimento (Ana, 2016).

É evidente que a diversidade de origens dos migrantes que chegam à cidade impõe de pronto o desafio de oferecer um atendimento de saúde qualificado sem margens a mal-entendidos, o que pode comprometer os tratamentos (OIM, OMS, ACNUDH, 2013; Aguiar e Mota, 2014). A fim de debelar a barreira idiomática, medidas como a criação de material educativo na língua de origem dos pacientes já se mostrou uma estratégia eficiente para fomentar sua aproximação e adesão ao serviço, especialmente às campanhas de saúde da família (Calixto et al., 2012). Outro método interessante de inclusão dos migrantes ao atendimento é o recurso aos meios de comunicação criados por sua própria comunidade, como o demonstra a utilização das rádios bolivianas da Zona Central como difusoras de informação sobre saúde.

Nas oficinas é muito comum o rádio ligado o tempo todo, um veículo que orienta com informações de toda ordem, inclusive saúde, alertando para o perigo da tuberculose, e fazem propaganda de unguentos e pomadas para dores na coluna e câibras, corriqueiras entre eles (Aguiar e Mota, 2014, p. 502).

Diretamente relacionada à questão linguística está a desinformação sobre o SUS. Rosa relata que frequentemente migrantes indocumentados temem acessá-lo por receio de denúncias, ou evitam o atendimento por não entenderem que se trata de um direito: “elas não sabem. Elas pensam que é privado, que é pago, como era no país de origem delas” (Rosa, 2014).

Quanto a esse aspecto, uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) em âmbito nacional revelou que 69,6% da amostra de organizações formadas pelos próprios imigrantes afirmaram não ter encontrado problemas no acesso aos serviços públicos de saúde; no entanto, para 62,5% dos entrevistados pertencentes a essas organizações, existiram, sim, problemas (Ipea, 2015, p. 126). Além disso, quando questionados sobre as principais dificuldades que os imigrantes enfrentam no Brasil, 18,2% das instituições públicas e 8,3% da sociedade civil apontaram a saúde. Entretanto, essa questão não apareceu como dificuldade significativa nas entrevistas com os próprios imigrantes (Ipea, 2015, p. 127).

Tais resultados poderiam ser reflexo da comparação que os imigrantes fazem entre o SUS – que, apesar de suas deficiências, é um sistema universal e gratuito que legalmente não impõe limitações ao acesso de imigrantes, independentemente de seu *status* – e os sistemas de saúde de seus países de origem, que nem sempre consagram princípios como a universalidade e a gratuidade dos serviços. A ausência de informação dos migrantes sobre seus próprios direitos em relação ao SUS poderia também explicar esse resultado.

Por outro lado, as entrevistadas pelo projeto Cosmópolis também se referiram à falta de uma cultura de acolhimento aos imigrantes, traduzida em despreparo e xenofobia por parte de agentes de saúde. Os casos por elas relatados mostraram que o desconhecimento da cultura do paciente pode gerar situações como um diagnóstico equivocado ou uma percepção, por parte dos pacientes, de desrespeito ou insuficiência do atendimento.

Ana, que é migrante natural de La Paz (Bolívia), contou que, ao voltar a São Paulo, em 2008, após um período de estudos, surpreendeu-se com o crescimento de estereótipos negativos sobre migrantes na mídia, especialmente em relação aos bolivianos (Ana, 2014). No âmbito da saúde, ela

considera que os principais problemas ocorrem na atenção secundária, pois a atenção dedicada ao paciente é menor e não se estabelecem vínculos, o que gera um tratamento inadequado às demandas e às necessidades dos imigrantes. Ana denuncia a xenofobia do nível secundário do atendimento à saúde a partir de uma experiência pessoal:

Um caso muito emblemático aconteceu quando fui levar minha irmã ao Hospital Tatuapé. Pude perceber a condição de abandono total que se encontra a atenção secundária com relação ao imigrante. Foi uma terrível experiência antropológica. É notório que priorizam os brasileiros (Ana, 2014).

282

Dois anos depois da primeira entrevista, Ana afirmou ter percebido melhoras em relação à xenofobia na área da saúde, em parte devido à abordagem humanitária do refúgio, que ganhou visibilidade com a chegada da população síria (Ana, 2016). Rosa acredita que imagens negativas dos migrantes constatadas em meio ao funcionalismo público ocorrem não raro por falta de preparo e desconhecimento da cultura e dos direitos dessa população. Ela também presenciou xenofobia por parte de agentes de saúde.

O despreparo de alguns gerentes para lidar com essa realidade, o desconhecimento da realidade dos imigrantes, eventualmente alguma xenofobia: [reproduz a fala dos agentes] “por que a gente tem que atender os estrangeiros se a gente mal consegue dar conta da nossa própria população brasileira?” (Rosa, 2014).

Esses desafios agem em conjunto, provocando um distanciamento entre os imigrantes e os serviços de saúde. Como se sabe, é no ambiente da atenção básica, de responsabilidade das UBS, que se dá o contato mais próximo com

a população em geral, inclusive os imigrantes. Portanto, haveria nesse âmbito maior espaço para a preparação dos agentes de saúde para atendimento aos migrantes, tanto em relação ao idioma quanto às culturas. Rosa, ao tratar dos determinantes sociais da saúde, afirma que um funcionário de UBS “precisa entender de sociologia, de economia, de política, de filosofia, de psicologia”, de modo a oferecer um tratamento adequado ao perfil do paciente (Rosa, 2014).

Ana aponta que a UBS deve se adequar à realidade local do território ao qual está restrita, porém não existe um tratamento específico previsto para os imigrantes, e há dificuldade em garantir a adesão das pessoas ao acompanhamento: na UBS Casa Verde, onde trabalhava, apenas 30% dos indivíduos visados comparece à unidade. Segundo ela, a maioria dos imigrantes recorre à UBS apenas quando está doente, dificultando ações de prevenção (Ana, 2014).

Algumas iniciativas para enfrentar esses desafios realizaram-se no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), criada para facilitar a aproximação entre os serviços de saúde e a população, que instaurou a contratação de agentes comunitários em saúde e sua visita às moradias das pessoas. Ana destaca o programa de triagem externa, pela qual agentes se deslocam às oficinas de costura onde trabalham os imigrantes, de modo a descentralizar a primeira etapa do atendimento. Rosa, por sua vez, relata a experiência na UBS Bom Retiro, unidade que integra a STS Sé. O distrito de Bom Retiro é o local com maior presença de migrantes em relação à população geral na cidade de São Paulo, sendo 15,98% de seus habitantes migrantes. Segundo Rosa, havia inicialmente “uma enorme resistência por parte dos bolivianos de abrirem as suas casas, ou das suas oficinas de costura”, uma vez que “muitos deles estavam sendo violentamente explorados, então eles tinham medo de abrir a porta para a saúde entrar”. A seguir, ela faz referência ao migrante que dá nome ao presente artigo:

Foi contratado um agente comunitário de saúde, o seu Jorge, que é um boliviano. Então ele fez uma parceria com uma rádio local e começou a falar na rádio sobre o que era a UBS Bom Retiro, o que se fazia, dava [sic] vacina nas crianças, que cuidava do pré-natal das mulheres grávidas [...]. Com o trabalho do seu Jorge as portas começaram a ser abertas e hoje na UBS Bom Retiro, por exemplo, é quase inexistente um lugar em que as pessoas não sejam atendidas pela saúde pública, porque fizemos essa parceria de ter um trabalhador boliviano (Rosa, 2014).

A lógica subjacente à contratação do agente comunitário de saúde (ACS) imigrante obedece aos mesmos princípios determinados pelo Ministério da Saúde sobre as atribuições desse cargo, isto é, “orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde” e “informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades” (Brasil, 1997). Nesse sentido, a pertença do agente ao mesmo universo cultural dos usuários lhe faz compreender melhor as carências e os conflitos internos àquela comunidade (Nunes et al. 2002).

284

Considerando a necessidade das equipes de saúde levar em conta os determinantes sociais da doença (Aguiar e Mota, 2014), o recurso ao ACS imigrante contribui para minimizar a escassez de dados a respeito do acesso dos imigrantes aos serviços públicos de saúde. Esse efeito evidenciou-se no caso dos bolivianos, cujos problemas de saúde mais recorrentes – lesões musculares e tuberculose – se encontram intimamente relacionados à exaustiva rotina de trabalho nas oficinas de costura, onde residem e trabalham simultaneamente em boa parte dos casos (Goldberg e Silveira, 2013; Aguiar e Mota, 2014).

Porém, diversos grupos nacionais na cidade não são identificáveis pelo sistema devido à ausência de pontes e procedimentos institucionais de registro e acompanha-

mento nos cadastros oficiais de saúde. De acordo com a Secretaria Municipal da Saúde (SMS), há dificuldades em contratar agentes de nacionalidade sul-coreana ou chinesa, e os dados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) sobre a nacionalidade dos agentes e suas respectivas áreas de atuação são escassos (Aguiar, Neves e Lira, 2015). Rosa, ao comentar o caso das 170 grávidas chinesas na UBS Sé, afirmou que ali faltaria “um Jorge” (Rosa, 2014). Para superar tantos desafios, a contratação de agentes migrantes seria, portanto, altamente recomendável.

Ana reconhece, no entanto, que de “três anos pra cá foi bem nítido o esforço que se teve em pautar a questão do imigrante dentro da atenção básica, principalmente”, por iniciativa dos próprios funcionários que formavam grupos de trabalho, mas também por iniciativas oficiais do município em capacitação e sensibilização de pessoal (Ana, 2016). Essa visão é confirmada pela experiência de Rosa, que atualmente trabalha em um hospital. Segundo ela, embora de maneira incipiente e penosa, uma nova equipe tem trazido profissionais especializados no tema para conversar com os funcionários do local (Rosa, 2016).

No que concerne ao planejamento, Rosa mencionou a desatenção dos altos cargos da coordenação da saúde para a realidade dos migrantes e sobre a falta de verbas dedicadas à questão. Ela destaca ainda a carência de dados e a importância de incluir a nacionalidade nos formulários de atendimento. À época da primeira entrevista, se realizava uma experiência local de conscientização com as equipes das trinta unidades de saúde que compõem a STS Sé. Contudo, quando da segunda entrevista, nem Rosa nem o supervisor que desenvolveu a experiência trabalhavam no local, e a iniciativa foi interrompida. Não obstante, na avaliação da entrevistada, o projeto teria gerado alguns frutos: “Eu acho que sim, que algumas pessoas foram tocadas e mudaram, ampliaram o horizonte” (Rosa, 2016).

A respeito da carência de dados, um boletim emitido pela SMS reconhece a séria dificuldade de obter dados sobre o acesso de imigrantes, sobretudo a serviços de saúde da atenção básica – em casos de procedimentos de alta complexidade e internações hospitalares, a nacionalidade é mais bem notificada – devido à ausência de um registro sistemático de dados sobre a nacionalidade nos sistemas de informação da saúde pública. Mais de 70% dos procedimentos realizados entre 2013 e 2014 no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), por exemplo, não incluíam informação sobre nacionalidade (Aguiar, Neves e Lira, 2015). Ainda sobre questões cadastrais, Ana indicou que as opções de raça – negro, indígena, pardo, branco e amarelo – podem ser inadequadas para a realidade dos imigrantes, pois alguns bolivianos, por exemplo, não se identificam como indígenas (Ana, 2014).

286

Verificamos que nossas entrevistas corroboram as conclusões de trabalhos acadêmicos precedentes sobre a relação entre os serviços públicos de saúde e as migrações em São Paulo. Embora proporção considerável dos estudos citados tenha como objeto a população boliviana de menor renda, concentrada na região central da capital – o que poderia ser tomado como uma lacuna da produção acadêmica nesse campo –, tais estudos indicam a recorrência de dificuldades semelhantes às aquelas elencadas nas entrevistas, como o déficit de comunicação e informação para os imigrantes, o despreparo dos agentes públicos e a gestão ineficiente de dados.

No plano internacional, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), identificam-se adversidades semelhantes na efetividade do direito à saúde das populações migrantes em diversas sociedades receptoras de fluxos migratórios. Os obstáculos linguísticos e culturais, as condições de trabalho degradantes às quais esses grupos estão frequentemente mais expostos, além da ausência de

profissionais de saúde “culturalmente competentes”, isto é, que reconhecem e incorporam “habilidades interpessoais no trato de pacientes de diferentes bases culturais” (OIM, OMS, ACNUDH, 2013) apresentam-se como desafios à garantia do direito humano à saúde em face da mobilidade humana contemporânea.

As iniciativas da atual gestão do Município de São Paulo

Diante dos desafios apontados na seção anterior, passamos a analisar as iniciativas da atual gestão do Município de São Paulo no que diz respeito à saúde da população imigrante. Para tal, examinaremos o Plano Municipal de Saúde 2014-2017, a Programação Anual de Saúde 2016 e a Política Municipal para a População Imigrante – os dois últimos ainda em construção.

A Política Municipal para a População Imigrante é um documento geral que busca contemplar as diversas áreas do serviço público que tratam da questão migratória, elaborado no âmbito da Coordenação de Políticas para Migrantes (CPMig), enquanto os outros dois documentos foram produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Também com base em documentos da SMS, mencionaremos a elaboração de uma Política de Saúde para a população imigrante, embora não tenhamos obtido acesso a esse documento.

No Plano Municipal de Saúde 2014-2017, documento que delimita as metas suprarregionais para o período, por Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e por subprefeitura, existem quatorze referências à temática da imigração. Em nove delas, o termo “imigrantes” foi listado ao lado de outras populações – como idosos, LGBTT, moradores de rua, entre outros – em medidas não voltadas exclusivamente para a questão da migração, mas para as especificidades de grupos sociais em geral (Prefeitura de São Paulo, 2014).

As demais menções referem-se a metas específicas para a população migrante. No âmbito suprarregional, apenas

uma meta foi apontada: a realização anual de um curso de atualização em “saúde da população do imigrante” para assistentes de gestão de políticas públicas. Na esfera das CRS, a CRS Centro apresentou como meta a implementação de Núcleos de Referência de Acolhimento em Saúde ao Imigrante em quatro UBS da região, enquanto a CRS Sudeste apresentou a implementação de uma pesquisa de satisfação para avaliar a assistência aos migrantes da região, de maneira a fornecer subsídios para “sensibilizar e capacitar a equipe para acolher o imigrante e investir em comunicação visual e linguística” (Prefeitura de São Paulo, 2014, p. 153). Já no que concerne às subprefeituras, Vila Maria/Vila Guilherme afirmou como meta “manter uma sistemática para captação e inclusão da população de imigrantes no território” (p. 252). Por fim, a subprefeitura da Mooca definiu como objetivo a melhora na comunicação visual e linguística para ampliar o acesso dos migrantes, com sensibilização e capacitação das equipes (p. 319).

Constatamos, portanto, diversos aspectos salientados nas entrevistas, como comunicação visual e linguística, sensibilização, capacitação e coleta de dados. No entanto, são medidas tímidas e pontuais, uma vez que o documento não demonstra um conjunto de metas que efetivamente estabeleçam uma política compreensiva para as especificidades dessa população. Ainda assim, comparado ao Plano Municipal de Saúde 2010-2013, que menciona brevemente os imigrantes em apenas duas metas não direcionadas especificamente a essa população, o atual Plano representa um avanço significativo.

A Programação Anual de Saúde 2016, da Prefeitura de São Paulo, por sua vez, apresentou uma novidade importante ao incluir, pela primeira vez, uma área temática dedicada à Saúde do Imigrante e Refugiado. As metas apresentadas consistem, entre outros, na contratação e capacitação de profissionais – e/ou os próprios migrantes – para facilitar

a interlocução com essa população, geração e análise de dados, comunicação em diferentes línguas e culturas, criação de uma rede de apoio, promoção de fóruns de trocas de experiência e captação de recursos (Prefeitura de São Paulo, 2016, p. 27). A criação de uma parte do documento dedicada exclusivamente a essa temática abre um precedente para que as próximas programações de saúde sigam reconhecendo os imigrantes e refugiados como uma população com demandas específicas, exigindo a formulação de metas que atendam às suas especificidades.

No que diz respeito à coleta de dados sobre o acesso de imigrantes e refugiados ao sistema de saúde, a SMS publicou recentemente o já mencionado boletim que reúne informações do sistema SUS, das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e das Supervisões Técnicas de Saúde (STS), bem como pesquisa realizada por formulário eletrônico pelo Grupo de Trabalho Imigrantes e Refugiados junto aos estabelecimentos da rede municipal de saúde (Aguiar, Neves e Lira, 2015). A escassez de dados, sobretudo na atenção básica, resultado da não notificação da nacionalidade nos formulários de atendimento, é reconhecida pelo próprio boletim. A principal contribuição do documento é a compilação e sistematização dos dados já existentes até então, de maneira a apontar lacunas e auxiliar o trabalho de construção e implementação da política.

Finalmente, teve início em 2014 o processo de elaboração de uma política de saúde para imigrantes no âmbito municipal, com a formação de um grupo de estudos para conceber uma proposta. A política teria sido aprovada no ano seguinte e se criaria um grupo de trabalho para operacionalizá-la, em conjunto com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) (Aguiar, Neves e Lira, 2015). De fato, no dia 28 de janeiro de 2016, a parceria se formalizou com a assinatura de um termo de cooperação entre a OPAS/OMS e a Prefeitura de

São Paulo nas áreas de saúde da população de imigrantes e refugiados, atenção básica e saúde mental (OPAS, 2016).

No entanto, a política ainda não foi divulgada publicamente e, de acordo com a Ata da 198^a Reunião Plenária do Conselho Municipal de Saúde, de 13 de agosto de 2015, a deliberação sobre sua aprovação foi adiada por falta de quórum (Prefeitura de São Paulo, 2015). Segundo o documento, as propostas elaboradas a partir de rodas de conversa realizadas com profissionais de saúde, imigrantes e refugiados, organizações da sociedade civil e Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC) estariam organizadas em quatro eixos: organização dos processos de trabalho interno, comunicação, financiamento e inclusão da temática de migração nas políticas públicas. Até a conclusão do presente texto, não havia sido possível obter informações sobre o atual estágio dessa política.

290

Já a Política Municipal para a População Imigrante constituiu-se no âmbito da Coordenação de Políticas para Migrantes (CPMig), com a participação de diversas secretarias e atores da sociedade civil. A cidade de São Paulo, tradicional receptora de migrações, não possuía um órgão dedicado especialmente às políticas migratórias até os primeiros meses de 2013, quando foi instaurada a CPMig, iniciativa inédita no país. O objetivo da CPMig é articular as políticas nos diversos níveis e áreas relacionadas à migração na administração municipal. A Coordenação integra a SMDHC e seus valores e princípios são pautados por uma linguagem de direitos, o que indica avanços em relação à legislação nacional vigente:

[...] o reconhecimento da importância dos novos fluxos migratórios para a cidade de São Paulo e dos imigrantes como sujeitos de direitos; a promoção e a garantia de seus direitos fundamentais; a promoção da integração social e cultural mediante o intercâmbio de saberes entre

as diferentes comunidades no espaço público; a não criminalização daqueles que migram e o respeito ao direito de mobilidade (Prefeitura de São Paulo, s.d.).

Assim, a CPMig representa uma inovação institucional da gestão municipal e demonstra, pelo texto de seus princípios e por sua inserção na SMDHC, uma abordagem à questão migratória calcada nos direitos humanos dos migrantes. Por conseguinte, a política municipal para migrantes que lhe foi atribuída pelo Programa de Metas da Cidade de São Paulo 2013-2016, documento composto de 123 propostas da gestão atual do município, pauta-se pela transversalidade e intersetorialidade no que se refere ao atendimento à população migrante.

Com esse propósito, o Decreto Municipal nº 56.353, de 24 de agosto de 2015, instituiu o Comitê Intersetorial da Política Municipal para a População Imigrante (doravante Comitê), órgão temporário composto por representantes da sociedade civil e do Poder Público Municipal⁶, encarregado da elaboração da proposta de política municipal sobre a qual se baseará a implementação das políticas públicas dirigidas a essa população. No momento da redação deste artigo, o texto derivado do Comitê encontrava-se em fase de consulta pública eletrônica, como parte de um processo participativo de construção dessa política.

A Política, na versão apresentada para a consulta, é composta por 23 artigos, que contemplam tanto princípios e diretrizes gerais como medidas nas áreas de saúde, assistência social, moradia, trabalho, educação, esporte, transporte e cultura. O artigo 12 é exclusivamente dedicado à área da saúde, além de disposições gerais aplicáveis a esse setor.

⁶ Os autores deste artigo integraram o Comitê como representantes do Projeto Cosmópolis.

O artigo 2º, por exemplo, em seu inciso IV, explicita como princípio da política o “combate à xenofobia, ao racismo, ao preconceito e a quaisquer formas de discriminação”. Constam também no artigo 3º questões como o fornecimento de informação sobre os serviços públicos municipais à população migrante (inciso VI); a produção, sistematização, conservação e divulgação de dados estatísticos (inciso VII); e a realização e divulgação de avaliações periódicas (VIII). Observamos que o artigo 12 referencia o artigo 3º ao retomar a ideia de acesso à informação para os imigrantes.

Ainda mais auspicioso, o conteúdo do artigo 4º prevê a possibilidade de contratação de agentes públicos imigrantes (inciso III), inclusive por concursos públicos, além da criação do cargo de “mediador cultural nos equipamentos públicos com maior afluxo de imigrantes” (parágrafo único). No que concerne à atenção básica de saúde, isso pode representar um avanço considerável nas áreas de maior presença dessa população, cujas lacunas de comunicação com as equipes de saúde se tornaram menos expressivas a partir da contratação de agentes comunitários imigrantes com maior trânsito entre os seus pares.

Como evidenciado nas entrevistas e observado pela literatura (Aguiar e Mota, 2014), a contratação de agentes públicos, em especial os agentes comunitários de saúde, constitui uma ponte valiosa entre o serviço e seus usuários. O “seu Jorge”, ACS boliviano da UBS Bom Retiro, modificou positivamente a relação entre a população boliviana do bairro e a equipe de saúde, ao prover informação e dirimir as barreiras provocadas pelas condições de trabalho e residência dos migrantes. Simbolicamente, ele atribuiu à face do serviço de saúde os traços de uma parte importante de seu público.

Outra carência apontada nas entrevistas, qual seja, a qualificação dos agentes públicos, é contemplada pelo artigo 4º que prevê a formação dos agentes públicos brasileiros em diversas áreas, incluindo orientação sobre os direitos

dos imigrantes e idiomas, em particular nas áreas da cidade em que se concentram os imigrantes. Tal medida, se levada a cabo de forma efetiva na área da saúde, deve contribuir para o enfrentamento de diversos desafios, tais como a dificuldade com o idioma, as manifestações de xenofobia e a ausência da “cultura de acolhimento” a que se referiram as entrevistadas. Além disso, embora reforce o cuidado com a formação dos agentes públicos nas áreas que mais atendem imigrantes, a orientação da política seria prover, ao sistema como um todo, a capacidade de melhor atender a essa população, independentemente de seu endereço.

Atenta às dificuldades constatadas no atendimento aos migrantes, a redação do artigo 12 propõe algumas medidas visando à adequação dos serviços de saúde à (não tão) nova realidade migratória da cidade. O projeto reconhece como “dever da Secretaria Municipal de Saúde promover o acesso à saúde culturalmente adequado para toda a população imigrante, independentemente de sua situação imigratória e documental”. Tal redação reforça o princípio da universalidade do SUS e reafirma o compromisso em não restringir o direito à saúde ao migrante sob qualquer circunstância.

Ao mesmo tempo que reconhece o direito à saúde propriamente, o texto matiza o acesso dos migrantes ao serviço público sem ignorar suas “especificidades culturais e religiosas” e seus “diferentes perfis epidemiológicos”. Na esteira do reconhecimento das questões culturais envolvendo a saúde dessa população, destaca-se também a previsão de atender especialmente à “saúde da mulher imigrante, inclusive com promoção do parto humanizado e intercultural”. Aqui o projeto se mune da capacidade de promover uma adaptação importante das práticas obstétricas do sistema de saúde brasileiro, já que são recorrentes as queixas de gestantes migrantes (particularmente bolivianas) em relação ao parto cesariano, comum entre as brasileiras, porém con-

siderado prejudicial e invasivo ao corpo da mulher (Madi, Cassanti e Silveira, 2009).

Entre outras disposições do projeto, é prevista a realização de campanhas de promoção da saúde “adaptadas em termos linguísticos e culturais” aos imigrantes. Esse tipo de ação já tem ocorrido pontualmente em unidades básicas de saúde com presença importante dessa população, como já foi citado. No entanto, a previsão legal dessas iniciativas pode garantir sua continuidade e aperfeiçoamento, mitigando o déficit comunicacional entre equipes de saúde e potenciais usuários migrantes.

O texto do projeto de lei municipal para os imigrantes, ainda nos estágios finais de sua elaboração e, portanto, sujeito a modificações, não deve se eximir, entretanto, de críticas importantes relacionadas às questões de saúde. Entre elas, destacamos a ausência de uma disposição específica que estimule a contratação de agentes de saúde migrantes, cuja prática ainda recente e pontual demonstrou resultados muito positivos no campo da atenção primária. Embora preveja esse tipo de contratação em todas as áreas dos serviços públicos municipais no artigo 4º do projeto, reiterar explicitamente essa medida no artigo 12, referente à saúde, parece-nos fundamental para garantir que de fato se reproduza a experiência bem-sucedida da UBS do Bom Retiro, e padronizar, entre as comunidades de diferentes origens, a atuação dos “Jorges”, a fim de superar as barreiras entre o atendimento e os usuários.

Uma crítica mais ampla ao projeto poderia apontar a generalidade do texto em seu conjunto, posto que não apresenta dispositivos minuciosos sobre a implementação das propostas. Porém, trata-se de uma lei municipal de caráter programático, que orienta os diversos serviços de forma transversal entre as secretarias de governo, o que deve instigá-las ao detalhamento de suas próprias medidas referentes à questão migratória e ao incremento da colaboração entre as diversas unidades.

Sendo o fenômeno migratório reconhecidamente multifacetado no que diz respeito à proteção dos direitos dos migrantes, o objetivo é que o trabalho conjunto das diferentes secretarias, sob a égide dos princípios previstos em lei, traga mais consistência à gestão municipal nessa questão. Por outro lado, a maleabilidade do texto do projeto pode ter efeitos negativos, pois pode permitir interpretações distintas e dificultar a implementação das políticas, a depender da disposição dos agentes do poder público e da orientação do governo municipal vigente. Nesse sentido, o texto prevê, em seu artigo 5º, a instauração de um conselho que possa fiscalizar a implementação da política, de composição paritária entre a administração pública municipal e a sociedade civil; esta última majoritariamente composta por imigrantes.

A existência de tal Conselho pode impulsionar a implementação das diretrizes e princípios nos diversos níveis e áreas dos serviços municipais. Não obstante, a efetividade e o poder decisório que se outorgará ao Conselho permanece incerto. A Política Municipal para a População Imigrante representa, portanto, um importante instrumento para que se implementem melhorias no acesso dos imigrantes aos serviços públicos. Em virtude de seu artigo 23, ela deverá ser levada em conta na formulação dos planejamentos orçamentários municipais. Ainda assim, sua execução depende da disposição dos agentes do serviço público nos mais variados setores e da relevância atribuída ao tema pela gestão municipal que tomará posse em 2017.

À guisa de conclusão, o conjunto das medidas postas em marcha pela Prefeitura de São Paulo nos últimos anos no campo das migrações e, em particular, no tocante à saúde, reconhece abertamente um enfoque de direitos humanos na saúde pública (Ingleby, 2009), já que propugna o

direito à saúde a todos sem distinção por origem ou *status* migratório. Caso suas disposições se convertam em lei, tratar-se-á de uma política pioneira no âmbito municipal, que potencialmente inspirará iniciativas semelhantes em locais onde as migrações internacionais se incorporaram ao cotidiano urbano.

É relevante que o processo de formulação dessa política não tenha prescindido da participação dos movimentos sociais, que concentram o conhecimento das questões que envolvem as populações migrantes. Uma vez que estas encontram-se ainda desprovidas de direitos políticos e de representatividade direta nos locais que habitam, a abertura da preparação do projeto de lei a membros da sociedade civil provê mais legitimidade ao processo de construção da política pública e a torna mais porosa às reivindicações de agentes sociais de base.

296

No que se refere à saúde, as medidas se concentram no nível da atenção básica, o que demonstra uma preocupação com a porta de entrada do sistema de saúde pública. É nele que se concentra a demanda por adaptações do serviço público à presença dos migrantes, em termos linguísticos, culturais e das práticas de atendimento.

Se, por um lado, dada a sua incipiência, a política ainda deve passar por um processo de consolidação, dependente de variáveis políticas futuras, por outro lado já se podem identificar compromissos institucionais como o Plano Anual de 2016 e o Plano Municipal de Saúde, além de iniciativas de base em diversas unidades do sistema público de saúde, que podem representar conquistas irrevogáveis no sentido da salvaguarda dos direitos da população imigrante da cidade. Resta saber se o advento dessa política instaurará o reconhecimento definitivo dos direitos dos migrantes pela administração municipal, independentemente da alternância de poder.

Isadora da Silveira Steffens

é mestranda do Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo (IRI-USP) e integra o Grupo de Pesquisas sobre Políticas Locais para Migrantes e o Projeto Cosmópolis, do IRI-USP.

Jameson Martins

é mestrando do Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo (IRI-USP) e integra o Grupo de Pesquisas sobre Políticas Locais para Migrantes e o Projeto Cosmópolis, do IRI-USP.

Bibliografia

- AGUIAR, B.; NEVES, H.; LIRA, M. 2015. Alguns aspectos da saúde de imigrantes e refugiados recentes no município de São Paulo. *Boletim CEInfo Análise*, São Paulo, ano X, n. 13.
- AGUIAR, M.; MOTA, A. 2014. O Programa Saúde da Família no bairro do Bom Retiro, SP, Brasil: a comunicação entre bolivianos e trabalhadores de saúde. *Interface*, v. 18, n. 50, pp. 493-506.
- BAENINGER, R. 2005. São Paulo e suas migrações no final do século 20. *São Paulo em Perspectiva*, v. 19, n. 3, pp. 84-96.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 1997. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2016.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980. Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6815.htm>. Acesso em: 25 jun. 2016.
- CALIXTO et al. 2012. Pró-Saúde: uma resposta para a necessidade de informações de mães imigrantes na região central da cidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 36, n. 2, pp. 223-27.
- GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. 2013. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. *Saúde e Sociedade*, v. 22, n. 2, pp. 283-97.
- IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: Acesso em: 25 jun. 2016.

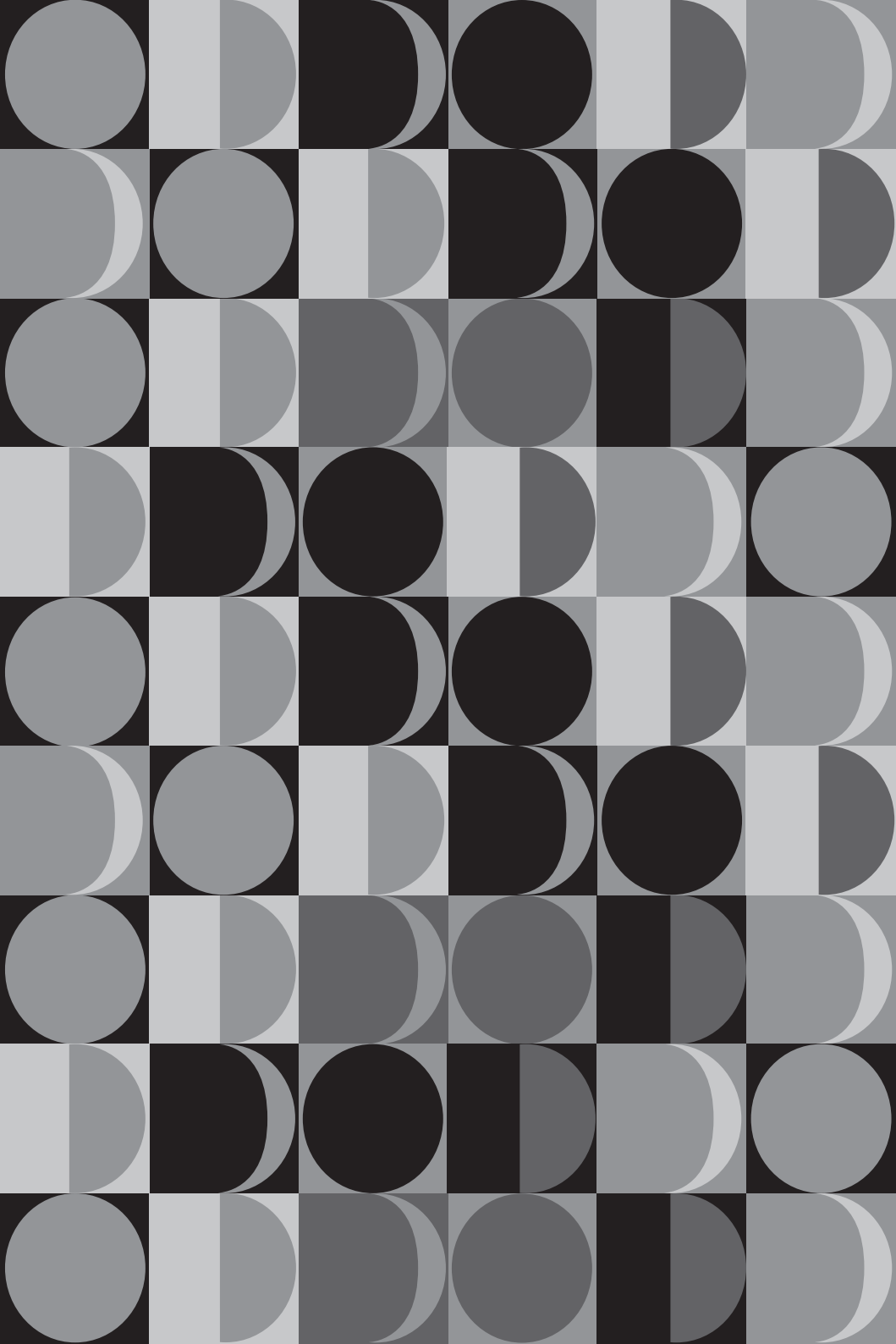
- INGLEBY, D. 2009. La santé des migrants et des minorités ethniques en Europe *Hommes et migrations*, n° 1282, pp. 136-50.
- IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2015. *Migrantes, apátridas e refugiados: subsídios para o aperfeiçoamento de acesso a serviços, direitos e políticas públicas no Brasil*. Brasília: Ipea; Ministério da Justiça. (Série Pensando o Direito, n. 57). Disponível em: <http://pensando.mj.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/PoD_57_Liliana_web3.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2016.
- MADI, M. C.; CASSANTI, A. C.; SILVEIRA, C. 2009. Estudo das representações sociais sobre gestação em mulheres bolivianas no contexto da atenção básica em saúde na área central da cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, v. 18, supl. 2, pp. 67-71.
- NUNES, M. et al. 2002. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 6, pp. 1639-46.
- OIM, OMS, ACNUDH – Organização Internacional para as Migrações, Organização Mundial de Saúde, Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos. 2013. *International migration, health and human rights*. Geneva: OIM. Disponível em: <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2016.
- OPAS/OMS – Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. 2016. *OPAS/OMS firma cooperação com município de São Paulo para fortalecer saúde dos imigrantes e refugiados, atenção básica e saúde mental*. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4986&Itemid=821>. Acesso em: 25 jun. 2016.
- PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. da. 2010. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS, Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, v. 12, n. 2. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 25 jun. 2016.
- PATARRA, N.; BAENINGER, R. 2006. Mobilidade espacial da população no Mercosul: metrópoles e fronteiras. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 21, n. 60, pp. 83-102.
- PREFEITURA DE SÃO PAULO. s.d. A coordenação. Saiba mais sobre a CPMig. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/migrantes/coordenacao/index.php?p=156223>. Acesso em: 25 jun. 2016.
- _____. 2014. *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*. 3. ed. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, Prefeitura de São Paulo. Disponível em:

- <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/planomunicipaldesaude terceiraedicao.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2016.
- _____. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. 2015. *Ata da 198ª Reunião Plenária Ordinária*, 13 ago. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/ATA198REUNIAOORDINARIADOPLENODOCMS130815%20.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2016.
- _____. 2016. *Programação Anual de Saúde 2016*. 2. ed. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, Prefeitura de São Paulo. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/planoanualdesaude2016.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2016.
- REIS, R. R. 2011. A política do Brasil para as migrações internacionais. *Contexto Internacional*, v. 33, n. 1, pp. 47-69.
- SASSEN, Saskia. 2006. *Territory, authority, rights: from medieval to global assemblages*. 2. ed. Princeton/Oxford: Princeton University Press.
- VENTURA, D. 2015. Mobilidade humana e saúde global. *Revista USP*, n. 107, pp. 55-64.
- WALDMAN, T. 2011. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 12, n. 1, pp. 90-114.
- XAVIER, I. R. 2010. *Projeto migratório e espaço: os migrantes bolivianos na Região Metropolitana de São Paulo*. Dissertação de mestrado. Campinas: IFCH-Unicamp.

Depoimentos

ANA aguardando autores.

ROSA aguardando autores.



RESUMOS | *ABSTRACTS*



A EPIDEMIA DE ZIKA E OS LIMITES DA SAÚDE GLOBAL

JOÃO NUNES

DENISE NACIF PIMENTA

Resumo: O vírus Zika foi isolado pela primeira vez em 1947 em Uganda. Se a doença existe desde então, por que somente agora há atenção da mídia, da ciência, das agências financiadoras e dos órgãos nacionais e internacionais? A partir de uma visão crítica da saúde global, que considera os contextos sociais, políticos e ideológicos, nos quais a Zika é enquadrada, almeja-se analisar a atual epidemia de Zika em quatro eixos: (1) investigação dos processos sociais, culturais e políticos; (2) análise das práticas de significação; (3) estudo das zonas negligenciadas/silenciadas; e (4) atenção à diversidade de experiências individuais de saúde e de doença. As tensões políticas aqui identificadas e discutidas – referentes ao controle das doenças negligenciadas, determinantes sociais, de classe e de gênero – enquadram-se em dinâmicas que ultrapassam as fronteiras nacionais. Nesse sentido, os processos de significação e as respostas dadas à epidemia mostram os atuais limites da saúde global.

Palavras-chave: Zika; Saúde Global; Doenças Negligenciadas; Políticas de Saúde.

303

THE ZIKA EPIDEMIC AND THE LIMITS OF GLOBAL HEALTH

Abstract: *The Zika virus was first isolated in 1947 in Uganda. If the disease has existed since then, why is it only now that there is attention from the media, science, funding agencies and national and international bodies? From the standpoint of critical global health which considers the social, political and ideological contexts where Zika is framed, we aim to analyse the Zika epidemic in four aspects: (1) investigation of the social, cultural and political processes; (2) analysis of the practices of meaning; (3) study of*

neglected/silenced zones; and (4) attention to the diversity of individual experiences related to health and disease. The political tensions here identified and discussed – related to the control of neglected diseases, social, class and gender determinants – fall into dynamics, which go beyond national borders. In this sense, the processes of signification and the responses to the epidemic show the current limits of global health.

Keywords: Zika; Global Health; Neglected Diseases; Health Policies.

Recebido em: 9/5/2016 **Aprovado em:** 17/6/2016



SEGURANÇA OU INSEGURANÇA DA SAÚDE MUNDIAL NA ÁFRICA? MAIS SAÚDE PARCIAL DO QUE SAÚDE GLOBAL

DOMINIQUE KEROUEDAN

304

Resumo: O presente ensaio aborda as três grandes condições de emergência da noção de saúde mundial, com especial referência à África: (i) o risco pandêmico e outros problemas sanitários comuns; (ii) as evoluções institucionais da ajuda ao desenvolvimento em saúde; e (iii) a genealogia de uma definição comum da saúde mundial. O texto discute os riscos potenciais para as populações mais pobres do planeta trazidos pela tentação de globalização que acompanha a noção de “saúde global”, ainda e sempre às custas das pessoas mais frágeis, mais pobres, mais doentes e também menos favorecidas: as mulheres e as crianças. Os Estados e as instituições internacionais interestatais veem confiscada sua missão de serviço público, correndo o risco de fragilizar a soberania, a segurança e a paz nacional e internacional que as instituições públicas e privadas norte-americanas supostamente visavam proteger.

Palavras-chave: África; Cooperação Internacional; Desenvolvimento; Saúde Global; Segurança.

SECURITY OR INSECURITY OF WORLD HEALTH IN AFRICA? A RATHER PARTIAL THAN GLOBAL HEALTH

Abstract: *The present essay addresses the three major conditions for the emergence of a world health notion, with special reference to Africa: (i) the pandemic risk and other common sanitary issues; (ii) the institutional evolution in health aid and development; and (iii) the genealogy of a common definition for world health. The text discusses the potential risks for the poorest populations in the world brought about by the globalization temptation, which follows the notion of “global health”, still and ever at the most fragile, the poorest, the sickest and least privileged people’s expense: women and children. States and international interstate institutions have their public service mission confiscated, running the risk of undermining sovereignty, security and national and international peace that North American private and public institutions allegedly aimed to protect.*

Keywords: *Africa; International Cooperation; Development; Global Health; Security.*

305

Recebido em: 28/3/2015

Aprovado em: 17/6/2016



PATIENT-CITIZEN-CONSUMERS: THE JUDICIALIZATION OF HEALTH AND THE METAMORPHOSIS OF BIOPOLITICS

JOÃO BIEHL

Abstract: *Situated at the meeting points of Law and Medicine, the “judicialization of the right to health” a contested and hotly debated phenomenon in Brazil. While government officials and some scholars argue that it is driven by urban elites and private interests, and used primarily to access high-cost drugs, empirical evidence refutes narratives depicting judicialization as a harbinger of inequity and an antagonist of the public health system. This article’s quantitative and ethnographic analysis suggests, instead, that low-income people are working through available legal mechanisms to*

claim access to medical technologies and care, turning the Judiciary into a critical site of biopolitics from below. These patient-citizen-consumers are no longer waiting for medical technologies to trickle down, and judicialization has become a key instrument to hold the State accountable for workable infrastructures.

Keywords: *Judicialization of Health; Pharmaceuticalization; Critical Global Health; Biopolitics from Below; Patient-Citizen-Consumers; State Accountability; Workable Infrastructures.*

PACIENTES-CIDADÃOS-CONSUMIDORES: A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A METAMORFOSE DA BIOPOLÍTICA

Resumo: Situada na convergência entre direito e medicina, a “judicialização do direito à saúde” é um fenômeno contencioso que tem gerado debates acalorados no Brasil. Enquanto agentes públicos e alguns acadêmicos sustentam que ela é dirigida por elites urbanas e interesses privados e é acionada, primordialmente, para acessar medicamentos de alto custo, evidências empíricas refutam narrativas que descrevem a judicialização como um indicador de desigualdade e um antagonista do sistema público de saúde. A análise quantitativa e etnográfica deste artigo sugere, em vez disso, que pessoas de baixa renda trabalham, por meio de mecanismos legais disponíveis, para reivindicar o acesso a cuidados e tecnologias médicas, tornando o Judiciário um espaço crítico para articulação de uma biopolítica de base. Esses pacientes-cidadãos-consumidores não mais esperam que as tecnologias médicas se redistribuam gradativamente, e a judicialização se tornou um instrumento essencial para a responsabilização do Estado por infraestruturas eficazes.

Palavras-chave: Judicialização da Saúde; Farmaceuticalização; Saúde Global Crítica; Biopolítica de Base; Pacientes-Cidadãos-Consumidores; Responsabilidade Estatal; Infraestruturas Eficazes.

Recebido em: 18/3/2016 **Aprovado em:** 17/6/2016



SAÚDE GLOBAL E DIREITOS HUMANOS: O PRIMEIRO CASO SUSPEITO DE EBOLA NO BRASIL

DEISY VENTURA

VIVIAN HOLZHACKER

Resumo: O artigo avalia o impacto da crise sanitária internacional do Ebola sobre os direitos de um solicitante de refúgio que foi considerado o primeiro caso suspeito da doença no Brasil, em outubro de 2014. O estudo do caso foi conduzido sob o prisma do paciente, entrevistado em julho de 2015. Foi entrevistada, ainda, uma servidora pública que acompanhou o paciente à época. Foram estudados documentos oficiais, literatura especializada e notícias veiculadas pela mídia, além da legislação e da doutrina jurídica. O texto aborda as violações aos direitos de informação e consentimento do paciente; demonstra que a ampla difusão de sua identidade e de sua imagem constituem flagrantes violações do direito sanitário e do direito dos refugiados; por fim, apresenta a repercussão do caso sobre os direitos dos migrantes e algumas respostas institucionais que ele suscitou.

Palavras-chave: Saúde Global; Ebola; Direitos Humanos; Direito dos Refugiados.

INTERNATIONAL PUBLIC HEALTH EMERGENCIES AND HUMAN RIGHTS: THE FIRST SUSPECTED CASE OF EBOLA IN BRAZIL

Abstract: *The article analyzes the Ebola international sanitary crisis impact on the rights of an asylum seeker, which was considered the first case of Ebola suspect in Brazil, in October 2014. The case study was conducted focused on the patient's view, who was interviewed in July 2015. A public servant who met the patient at the time was also interviewed. Official documents, specialized literature and news were also studied, as well as legislation and doctrine. The*

307

paper studies violations of the information and consent rights of the patient; shows that the wide diffusion of his semblance and name constituted a flagrant violation of the sanitary and asylum rights; finally, it presents the case repercussion over migrant's rights and institutional answers it created.

Keywords: *Global Health; Ebola; Human Rights; Refugee Law.*

Recebido em: 24/4/2016

Aprovado em: 17/6/2016



O CASO DO AMIANTO: OS LIMITES DAS SOLUÇÕES LOCAIS PARA UM PROBLEMA DE SAÚDE GLOBAL

KATHIA MARTIN-CHENUT

JÂNIA SALDANHA

Resumo: O artigo analisa o tema de saúde pública “glocal” relacionado à produção, distribuição e uso do amianto. A comprovação dos malefícios que esse mineral causa à saúde e ao meio ambiente justifica as proibições nacionais e globais de sua utilização. Por outro lado, a força dos interesses econômicos de grandes empresas exploradoras do amianto estimula muitos Estados a manter a política do uso controlado. Por envolver violação de direitos humanos, o tema foi objeto de judicialização em alguns países, como Brasil, França e Itália, cuja observação comparativa evidencia a assimetria das respostas.

Palavras-chave: Amianto; Saúde Global; Autorização; Proibição; Judicialização; Comparação.

THE ABESTOS' CASE: LIMITS OF LOCAL SOLUTIONS TO A GLOBAL HEALTH ISSUE

Abstract: *This article analyzes the “glocal” public health issue related to the production, distribution and use of “amianto”. The evidence of the harm of this mineral to the health and to the environment justifies the national and global prohibitions of its use. On the other hand,*

the strength of the economic interests of amianto's big exploration companies encourages many states to maintain the controlled use policy. By involving violation of human rights, the issue was an object of judicialization in some countries, such as Brazil, France and Italy, whose comparative observation highlights the asymmetry of responses.

Keywords: *Amianto; Global Health; Authorization; Prohibition; Judicialization; Comparison.*

Recebido em: 14/4/2016

Aprovado em: 17/6/2016



BRAZILIAN FOREIGN POLICY IN HEALTH DURING DILMA ROUSSEFF'S ADMINISTRATION (2011-2014)

EDUARDO GÓMEZ

FERNANDA AGUILAR PEREZ

Abstract: *This article analyses changes and continuities in Brazilian international actions in the field of public health, aiming at understanding how the Brazilian foreign policy in health during President Dilma Rousseff's first term (2011-2014) was developed. Available data from President Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) years and Dilma's first term were used for comparative purposes. Emphasis was given on South-South cooperation projects, more specifically the Union of South American Countries (USAN, Unión de Naciones Suramericanas – Unasur) and to the Community of Portuguese-speaking Countries (CPLP). Brazilian behavior in international fora, such as the World Health Organization, was analyzed as well, with the purpose of understanding how such behavior evolved. In addition, domestic issues were considered. In this case, the coordination among different actors of the Brazilian Executive Power received due attention. Findings suggest that there has been downfall and even decline in the Government's foreign health policy.*

Keywords: *Foreign Policy; Global Health; Cooperation.*

309

A POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA EM SAÚDE DURANTE O GOVERNO DE DILMA ROUSSEFF (2011-2014)

Resumo: Este artigo analisa mudanças e continuidades nas ações internacionais do Brasil no campo da saúde pública, buscando compreender o desenvolvimento da política externa brasileira em saúde durante o primeiro mandato da Presidente Dilma Rousseff (2011-2014). Dados relativos à presidência de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) e do primeiro mandato de Dilma foram usados para fins de comparação. Projetos da Cooperação Sul-Sul receberam ênfase, mais especificamente os da União das Nações Sul-Americanas (Unasul, Unión de Naciones Suramericanas – Unasur) e da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP). O comportamento do Brasil em órgãos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), também foi analisado, com o propósito de compreender como tal comportamento evoluiu. Além disso, foram considerados os problemas internos. Neste caso, a coordenação entre diferentes atores do Poder Executivo brasileiro recebeu a devida atenção. Os resultados sugerem que houve uma retração ou até mesmo um declínio da política externa em saúde do país.

Palavras-chave: Política Externa; Saúde Global; Cooperação.

Recebido em: 29/3/2016

Aprovado em: 17/6/2016



A REDE DE POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA E A COOPERAÇÃO SUL-SUL: OS CASOS DE MOÇAMBIQUE E ANGOLA

PAULO ESTEVES

GEOVANA ZOCCAL GOMES

JOÃO MOURA FONSECA

Resumo: Análises da cooperação brasileira para o desenvolvimento frequentemente tomam o Ministério das Relações

Exteriores e a Agência Brasileira de Cooperação como ponto de partida institucional. Contudo, pesquisas de campo realizadas pelos autores no Brasil, Angola e Moçambique sugerem ser necessário conferir maior ênfase analítica ao papel das chamadas agências executoras e das redes de políticas de que fazem parte. Com foco no setor da saúde, este artigo parte da Rede de Políticas de Saúde Pública para então analisar as ações de cooperação brasileira em Moçambique e Angola. Baseado nos processos de constituição e consolidação dessa rede, o argumento avança no sentido de que o engajamento dos agentes da rede em projetos de cooperação Sul-Sul deve ser compreendido de forma mais ampla, paralela à da extensão internacional da própria rede, elemento que pode ser verificado no portfólio de projetos brasileiros na área da saúde nos dois países africanos. Conclusões alcançadas com essa abordagem sinalizam, do ponto de vista da formulação de políticas, a necessidade de consolidação do que os cooperantes brasileiros do campo da saúde denominam cooperação estruturante. O texto defende, ainda, maior investimento em trabalhos de campo como meio para melhor compreender a articulação entre cooperantes brasileiros e seus parceiros na África lusófona.

Palavras-chave: Cooperação Sul-Sul; Saúde; Rede de Políticas Públicas; Moçambique, Angola.

THE PUBLIC HEALTH POLICY NETWORK AND SOUTH-SOUTH COOPERATION: THE CASES OF MOZAMBIQUE AND ANGOLA

Abstract: *Analysis of Brazilian development cooperation often take the Ministry of Foreign Affairs and the Brazilian Cooperation Agency as an institutional starting point. However, field research conducted by the authors in Brazil, Angola and Mozambique suggest that it is necessary to provide greater analytical emphasis to the role played by executing agencies and policy networks of which executing agencies are part. This article takes the Public Health Policy Network as the basis for analyzing Brazilian cooperation in health in Mozambique and*

311

Angola. By analyzing the processes of formation and consolidation of the Public Health Policy Network, it is argued that the involvement of its agents in South-South cooperation projects must be understood in light of a broader process of international extension of their own policy network, an element that can be found in the portfolio of Brazilian health projects in the two African countries. Conclusions reached through this approach point, from the perspective of policy-making, to the need for consolidating what Brazilian “cooperantes” term structuring cooperation. Increased investment in field work is required to expand our understanding of relationships between Brazilian “cooperantes” and their partners in Lusophone Africa.

Keywords: South-South Cooperation; Health; Policy Network; Mozambique; Angola.

Recebido em: 12/4/2016

Aprovado em: 17/6/2016



312

INTERFACES ENTRE O REGIME INTERNACIONAL DE MUDANÇA CLIMÁTICA E A SAÚDE GLOBAL

DANIELLE HANNA RACHED

Resumo: Apesar de saúde global e mudança climática serem fenômenos complexos e imbricados, eles ainda pertencem a mundos diversos. Com o objetivo de identificar interfaces entre os dois campos, o presente artigo analisa a evolução do Regime Internacional de Mudança Climática: suas características, obstáculos e principais decisões.

Palavras-chave: Regime Internacional de Mudança Climática; Saúde Global, bem comum global, mitigação e adaptação.

INTERFACES BETWEEN THE INTERNATIONAL REGIME ON CLIMATE CHANGE AND GLOBAL HEALTH

Abstract: *Although climate change and global health are complex and intertwined phenomena, they still belong to different worlds. In order to identify interfaces between the two fields, this paper analyses*

the evolution of the International Regime on Climate Change: its features, obstacles and key decisions.

Keywords: *International Regime on Climate Change; Global Health, global common good, mitigation and adaptation.*

Recebido em: 26/5/2016 **Aprovado em:** 17/6/2016



MOBILIDADE INTERNACIONAL DE MÉDICOS

NANCY VAL Y VAL PERES DA MOTA

HELENA RIBEIRO

Resumo: O manuscrito inicia por discutir como a globalização aumentou a mobilidade internacional de médicos, relacionada a questões econômicas, políticas, sociais e trabalhistas. Em seguida, traça um panorama internacional dos principais movimentos migratórios atuais de profissionais médicos. Destaca que os maiores fluxos se dão de países e regiões mais pobres para aquelas mais afluentes e destas para países desenvolvidos. Estes, apesar de apresentarem taxas mais elevadas de médicos por habitantes, apresentam necessidades de profissionais sobretudo devido ao envelhecimento de suas populações e às localidades distantes, pouco atrativas para os formados no país. Finaliza por discutir questões relacionadas à equidade em saúde ao redor do globo, à diplomacia em saúde e a princípios éticos envolvidos.

Palavras-chave: Mobilidade; Migração de Profissionais; Médicos; Fuga de Cérebros; Equidade.

INTERNATIONAL MOBILITY OF DOCTORS

Abstract: *The manuscript starts by discussing how globalization increased international mobility of doctors, related to academic, political, social and labor issues. It follows by showing an overview of*

313

main international movements of medical professionals. It highlights that the main fluxes are from poor regions to more affluent ones and from those to developed nations. Those, in spite of presenting higher per capita numbers of doctors, present professional needs due to the ageing of their populations, and in distant or non-attractive places to their natives. It ends up by discussing issues of equity in health around the world, health diplomacy and ethical principles involved.

Keywords: *Mobility; Professional Migration; Medical Doctor; Brain Drain; Equity.*

Recebido em: 4/3/2016

Aprovado em: 17/6/2016



“FALTA UM JORGE”: A SAÚDE NA POLÍTICA MUNICIPAL PARA MIGRANTES DE SÃO PAULO (SP)

ISADORA DA SILVEIRA STEFFENS

314 JAMESON MARTINS

Resumo: A metrópole de São Paulo, em sua posição de cidade global, concentra processos transnacionais, entre eles a migração – atualmente, estima-se que residam oficialmente pouco mais de 370 mil imigrantes no município. Nesse contexto, cresce a interface entre a mobilidade humana e a saúde global, visto que tanto as políticas migratórias como a sua ausência causam impacto significativo sobre a saúde dos migrantes. O presente artigo se debruça sobre os desafios que representam, no âmbito municipal de atenção à saúde, a chegada e a permanência da população migrante, bem como sobre as recentes iniciativas do poder público municipal de conceber políticas públicas locais eficientes para essa população. Empregando métodos qualitativos, a pesquisa teve como fontes entrevistas, pesquisa documental e revisão de literatura.

Palavras-chave: Saúde Pública; Saúde Global; Migrações Internacionais; São Paulo; Política Pública Municipal.

“LOOKING FOR JORGE”: HEALTHCARE IN THE MUNICIPAL POLICY FOR MIGRANTS IN SAO PAULO (SP)

Abstract: *The metropolis of São Paulo, from its global city position, concentrates transnational processes, among which migration – at present, it is estimated that over 370 thousand immigrants officially reside in the city. In this context, the interface between human mobility and global health broadens out, since both migration policies and their absence have a meaningful impact on migrants’ health. The present paper addresses the challenges the arrival and permanence of the migrant population represent at the healthcare municipal sphere, as well as the recent initiatives from the municipal public authority to conceive efficient public policies towards this population. Applying qualitative methodology, the research has had interviews, document search and literature review as sources.*

Keywords: *Public Health; Global Health; International Migrations; São Paulo, Municipal Public Policy.*

Recebido em: 16/3/2016

Aprovado em: 17/6/2016

315

DIRETRIZES PARA AUTORES

Todas as colaborações enviadas à *Lua Nova* serão submetidas ao Conselho Editorial da revista, que as encaminhará a dois pareceristas externos. Ao Conselho cabe a decisão final sobre a publicação, reservando-se o direito de sugerir ao(s) autor(es) ou autora(s) modificações, com o objetivo de adequá-las às dimensões da revista e/ou ao seu padrão editorial. Recomenda-se, portanto, que sejam observadas as **Condições para submissão de artigos** aqui expostas antes de eles serem encaminhados à redação da revista pela página <<http://submission.scielo.br/index.php/ln/about/submissions#onlineSubmissions>>.

A publicação de um artigo é de inteira responsabilidade do autor, não exprimindo, portanto, o endosso do Conselho Editorial.

Aos autores não incorrem quaisquer encargos e taxas de submissão, avaliação e publicação de seus artigos.

Política de privacidade

Os nomes e endereços informados nesta publicação serão usados exclusivamente para os serviços prestados por ela, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

Condições para submissão de artigos

- 1) Ser original e inédito e não estar sendo avaliado para publicação por outro periódico; caso contrário, deve-se justificar em Comentários ao editor.
- 2) Arquivo em formato Microsoft Word (extensão .doc ou .docx) e, salvo casos excepcionais, evitar ultrapassar 25 páginas ou cerca de 53.000 caracteres com espaços¹ (configuração: espaço 1,5; margens padrão, papel formato A4).
- 3) Título sucinto e preciso, evitando ultrapassar 1,5 linha. Título também em inglês.
- 4) Resumo e *abstract* do artigo, em português e inglês, que não ultrapasse 10 linhas (cerca de 1.000 caracteres com espaços), com as respectivas palavras-chave/*keywords*.
- 5) Nota biográfica sucinta, com atividade atual e instituição a que

¹ A contagem de caracteres é feita no editor de texto do Word acionando-se o comando *Revisão / Contar palavras*; deve-se clicar em *Incluir caixas de texto, notas de rodapé e notas de fim*; então se verifica a quantidade de *Caracteres (com espaços)*.

pertence; e-mail e telefones de contato. (Nesta nota não entram obras publicadas.)

6) *Sites* e *links* citados checados e com data de acesso informada e atualizada.

7) Tabelas, quadros, gráficos etc. no corpo do texto e não no final do documento como anexos. Além disso, para que sejam editados, enviá-los no programa que os gerou, em arquivo(s) separado(s), por exemplo, em Excel, identificando esses arquivos com o título do artigo e Tabela 1, Gráfico 2 etc.

8) Evidente esforço de seguir os padrões editoriais da revista, listados a seguir.

9) Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em **Assegurando a avaliação pelos pares cega** foram seguidas.

Atenção: o não cumprimento dessas condições geram dificuldades à submissão e obstáculos à publicação dos artigos, que serão assim devolvidos aos seus autores e podem não ser publicados.

Padrões editoriais de *Lua Nova*, para publicação de artigos

1) Citações em língua estrangeira devem ser traduzidas no corpo do texto para o português. Se tradução livre, anotar isso, e, se necessário, inserir o original no rodapé. Grifos nas citações também devem estar esclarecidos se do autor original ou do autor do artigo.

2) Todas as citações, por menores que sejam, devem conter sua fonte (autor ou publicação, ano e página); não usamos *idem*, *ibidem*. Veja item nº 11. Citações que ocupem mais de 3 linhas no texto devem ser destacadas em corpo/letra menor em parágrafo separado.

3) Todas as fontes citadas no texto devem estar com informações bibliográficas completas ao final do artigo – e NÃO como notas de rodapé, conforme Normas ABNT adaptadas ao padrão da revista. Veja exemplos no item nº 13 ou em números anteriores de *Lua Nova*.

4) Se uma publicação eletrônica, *link*, *site* citado não estiver mais acessível, manter a data em que foi acessado e inserir nota a respeito; se na bibliografia, colocar essa informação entre colchetes.

5) Notas de rodapé apenas complementam alguma informação do texto, NUNCA inserir nelas referências bibliográficas de autores ou obras que estão sendo tratados, a não ser que seja uma citação secundária.

6) Todas as siglas devem ser desmembradas em sua primeira ocorrência no texto. Repete-se o seu significado, isto é, a sigla por extenso ao longo do texto apenas se necessário.

7) Não usamos destaques sublinhados ou em negrito. E o itálico é reservado principalmente para palavras estrangeiras. Usá-lo com parcimônia em outras situações. As aspas são para conceitos, citações, ironias, suposições.

8) Mas instituições estrangeiras são grafadas em letra normal, não em itálico, acompanhada de sua tradução em português se não for de conhecimento comum.

9) Evitar repetições de palavras e vícios de linguagem, como “por meio de”, “a partir de”, “crucial” etc.

10) Atentar para a Nova Ortografia em vigor; ao concluir o artigo, passar corretor ortográfico do programa Word no comando *Revisão / ABC ortografia e gramática*. E atentar principalmente para a ortografia e digitação correta de palavras estrangeiras, em especial nomes de autores ou obras.

11) As fontes de citações ou remissões a obras feitas no texto seguem o sistema autor/data – o nome do autor **SÓ** com a primeira letra em maiúscula. Exemplos: “[...] conforme Romano (1996)”; “<citação ou texto que remete ao autor/obra>” (Gurgel, 1997, p. 17) ou (Vieira e Lopes, 1994), se dois autores (note que não se usa “e” comercial: &), ou ainda (Barbosa Ribeiro, Gomes e Moreira Jr., 2011). Se houver mais de uma obra de mesmo autor e data, são identificadas tanto no texto como na bibliografia com o acréscimo de letras minúsculas na data. Exemplo:

(Said, 2007a) ou (Said, 2007b, p. 35). E, na bibliografia:

SAID, E. W. 2007a. *Humanismo e crítica democrática*. São Paulo: Companhia das Letras.
_____. 2007b. *Orientalismo*. São Paulo: Companhia das Letras.

12) A indicação da data de um texto original ou da 1ª edição não é obrigatória, apenas se convier à clareza do texto ou se fizer um levantamento bibliográfico. E, na bibliografia, primeiras edições “comuns” não são anotadas.

Assim, ele assegurava, “cabe ao legislador [i.e. à multidão] corrigir governos ou *mudá-los* completamente, assim como para *estabelecê-los*” (Marsílio de Pádua, 1956 [1324], p. 87; grifos meus).

Marsílio, de fato, transformou o ato de nomeação em um ato de fundação, introduzindo assim a ideia de soberania em termos de uma multidão produtiva, “uma casualidade ativa universal” que “forma” “estabelece” e “diferencia” as partes do Estado (Marsílio de Pádua, 1956 [1324], pp. 26, 63-64).

13) Exemplos de normas e notações bibliográficas:

Livro de um autor:

GOMES, L. G. F. F. 1998. *Novela e sociedade no Brasil*. 3. ed. Niterói: Cortez.

STRAUSS, L. 1954. *Droit naturel et historie*. Paris: Plon.

Livro de dois autores ou organizadores:

COSTA, P.; ZOLO, D. (orgs.). 2006. *O Estado de Direito: história, teoria, crítica*. São Paulo: Martins Fontes.

Livro com mais de três autores:

Bourdieu, P. et al. 1999. *The weight of the world*. Cambridge: Polity Press.

Capítulo de livro ou artigo de coletânea:

BASSUL, J. R. 2010. Estatuto da cidade: a construção de uma lei. In: CARVALHO, C. S.; ROSSBACH, A. (orgs.). *O estatuto da cidade*. São Paulo: Ministério das Cidades/Aliança das Cidades, pp. 71-90.

Artigo em periódico:

FERNANDES, E. 2007. Constructing the ‘right to the city’ in Brazil. *Social & Legal Studies*, v. 16, n. 2, pp. 201-19.

GURGEL, C. 1997. Reforma do Estado e segurança pública. *Política e Administração*, v. 3, n. 2, pp. 15-21.

Trabalho apresentado em evento:

BARREIRA, K. E. Sakalauska; BELANGERO, J. S. 2013. Suprema Corte norte-americana, Comissão Interamericana de Direitos Humanos e Corte Internacional de Justiça no caso Medellín. In: IV ENCONTRO Nacional da Associação Brasileira de Relações Internacionais, Belo Horizonte, 22 a 26 de julho.

Publicação em meio eletrônico:

BRASIL. Ministério da Defesa. 2008. *Estratégia nacional de defesa*. Disponível em: <www.defesa.gov.br/projetosweb/estrategia/arquivos/estrategia_defesa_nacional_portugues.pdf>. Acesso em: 23 set. 2013.

SANTOS, B. S. 2012. Oitava carta às esquerdas: as últimas trincheiras. *Carta Maior*, ago. Disponível em: <http://www.cartamaior.com.br/templates/colunaMostrar.cfm?coluna_id=5737>. Acesso em: 10 jan. 2013.

