

26

Justiça ambiental como fundamento da ética da saúde global

Deisy de Freitas Lima Ventura

Advogada, Faculdade de Saúde Pública – USP

Nas últimas duas décadas, o vertiginoso aumento de recursos investidos em programas de cooperação internacional na área da saúde pública outorgou dimensão inédita ao emergente campo da saúde global. Entre 1990 e 2017, o financiamento de programas internacionais voltados à saúde pública cresceu 394,7%, passando de 7,6 bilhões a 37,4 bilhões de dólares americanos (Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, 2018). Na ampla difusão da produção acadêmica e de discursos políticos relacionados aos programas de saúde global, a referência à ética vem sendo constante, embora compreenda enfoques e conteúdos muito diversos. A justiça ambiental faz parte de algumas dessas abordagens éticas da saúde global. Ela é aqui referida de modo a abarcar tanto os movimentos locais que denunciam situações de injustiça relacionadas ao meio ambiente como as iniciativas globais e políticas públicas em escala nacional ou regional que, a partir da noção de desenvolvimento sustentável, introduzem a equidade social entre os temas afeitos à proteção do meio ambiente (Blanchon et al., 2009).

Depois de oferecer uma breve definição da ética em geral, o presente texto buscará apresentar sua complexidade no campo da saúde global. A seguir, a terceira parte tratará da nova configuração da ética no campo da saúde pública, demonstrando que a incorporação da justiça ambiental está em curso, inclusive quando se analisa temas internacionais. A quarta parte destacará temas específicos nos quais as dimensões locais e globais estão imbricadas, reveladores de que a justiça ambiental constitui um imperativo teórico e prático de qualquer enfoque da saúde global que se pretenda ético.

A AMBIÇÃO ÉTICA

Entre as incontáveis definições disponíveis, a ética é aqui compreendida como uma ambição, tal como a definiu Paul Ricoeur (1990), *la visée éthique*: a busca de uma vida boa, com e para os outros, em instituições justas. A célebre fórmula de Ricoeur tem singular pertinência nos campos da saúde pública e da proteção do meio ambiente por seu derradeiro elemento constitutivo (as instituições justas), que é provavelmente sua maior originalidade. Talvez esse seja também seu aspecto mais atual, pois a decepção que grassa em relação ao Estado democrático de direito e particularmente ao Poder Judiciário – amiúde expressa sob as formas de combate, desconfiança ou distanciamento das instituições – poderia ser interpretada não como um sinal de desaparecimento da aspiração à existência efetiva de instituições justas, mas, a *contrario sensu*, como um sintoma da persistência desse ideal (Schlegel, 2017).

Segundo Ricoeur (1993), instituições justas seriam instâncias de distribuição, concebidas como sistemas de partilha que não se limitam aos bens no plano econômico, abrangendo todas as transações sociais, inclusive a distribuição de posições de autoridade e de responsabilidade.

Por outro lado, é importante sublinhar que, para Ricoeur (1991), o senso de justiça não se esgota na construção dos sistemas jurídicos que ele justifica. Diferentemente, o senso de justiça é solidário do senso de injustiça, que amiúde o antecede; logo, o sentido de injustiça precede, por sua lucidez, os argumentos dos juristas e dos políticos. Daí decorre que aos estudiosos da ética cabe, antes de mais nada, favorecer os questionamentos sobre a justiça no seio das instituições, evitando o refúgio na normatividade já estabelecida (Cordier, 2017).

Pensar instituições justas no mundo contemporâneo significa necessariamente levar em conta suas dimensões local, nacional, regional e global, cuja interdependência é patente. Desde os anos 1990, está presente nas ciências sociais o debate sobre uma concepção de justiça distributiva internacional. Trata-se de questões como a extensão e o tipo de redistribuição internacional que um ideal de justiça poderia exigir; a suposta neutralidade e o alcance da difusão global dos direitos humanos; a justiça intergeracional e a preservação dos recursos ambientais; e os princípios que deveriam orientar a atuação das organizações internacionais, diversos das políticas externas dos Estados (Beitz, 1999). Em outras palavras, assim como a atuação das instituições internacionais e regionais não deve escapar às considerações de natureza ética, uma aceção de ética que pretendesse restringir seu debate às esferas locais ou nacionais estaria fadada à incompletude ou ao anacronismo.

ÉTICA E SAÚDE GLOBAL

De modo geral, falar em saúde global remete ao crescimento da importância da saúde na agenda internacional (Kerouedan, 2013a). O vertiginoso aumento do número de centros especializados nessa temática no mundo desenvolvido deu lugar à afirmação de que “a saúde global é uma indústria em crescimento” especialmente nas universidades, mas não apenas nelas (Wolff, 2012). Na feliz fórmula de João Biehl e Adriana Petryna (2014), a saúde global é apresentada como uma “anarquia de código aberto”, capaz de abrigar atores, interesses e agendas substancialmente diversos como expressão de um *ethos* da responsabilidade coletiva diante de crises, crises estas devidamente selecionadas como tal pelos atores mais influentes do campo, notadamente os Estados mais ricos, as instituições financeiras internacionais, o setor privado e as grandes fundações filantrópicas.

A saúde tornou-se, de fato, um tema importante das relações internacionais, especialmente nos últimos vinte anos, passando a figurar na ordem do dia dos foros internacionais dotados de maior poder, seja militar ou econômico, tais como o Conselho de Segurança da ONU ou as cúpulas internacionais do G8. Em tais esferas forjam-se parcerias mundiais administradas por instâncias nas quais os representantes do setor privado industrial e organizações filantrópicas possuem grande influência, impondo, na prática, suas prioridades. Nessa nova governança mundial da saúde, as organizações especializadas em saúde pública, particularmente a OMS, têm perdido grande parte de sua independência em razão da necessidade de busca de financiamento – o que já ocorria desde os anos 1980 em relação ao Banco Mundial (Kerouedan, 2013b). Os programas de saúde global passaram a ser governados por uma rede extremamente complexa de fundações, alianças, mecanismos de coleta de fundos, parcerias público-privadas e novos dispositivos de coordenação de diferentes agendas, recursos e atores (Buissonnière, 2012).

Sob o prisma da história da saúde internacional, na qual está inserida, a saúde global abriga tensões entre duas perspectivas rivais (Cueto, 2015): enquanto a primeira enfatiza o uso de tecnologias modernas para controle de doenças, a caridade de doadores privados e a vinculação entre programas eficientes de saúde pública e o crescimento econômico, a segunda, por sua vez, critica as desigualdades existentes entre países e dentro deles e preconiza a promoção de reformas sociais com vista a sua redução.

Vistas do Hemisfério Sul, algumas das dicotomias que animam a evolução conceitual desse campo permitem identificar os principais valores que se encontram em disputa. Há o embate entre duas correntes de pensamento

dominantes: a que compreende a saúde como valor em si, fundada em princípios éticos de justiça social, equidade e solidariedade, voltada às populações de todo o planeta; e outra corrente que concebe a saúde global como ferramenta para defender os interesses de determinados países, em especial sua segurança sanitária, tendo em conta aspectos fronteiriços, militares, econômicos e sociais (Fortes; Ribeiro, 2014).

Em geral, os conceitos de saúde global apresentam a ética como um de seus elementos constitutivos. Anvar Velji e John Bryant (2015) chegam a apresentar os direitos humanos como valor principal da saúde global. Porém, é preciso ponderar que nem sempre as concepções de saúde global levam em conta as causas subjacentes das iniquidades (no sentido de diferenças injustas e evitáveis entre os níveis de saúde de distintos grupos), entre elas as questões relacionadas à distribuição de poder e de recursos, não somente entre as nações, mas também entre diferentes regiões, grupos ou setores de um mesmo país (Ribeiro, 2016). No plano internacional, o debate sobre a justiça da saúde (*health justice*) e sobre a justiça da saúde global é dominado por filósofos anglo-americanos (Venkatapuram, 2016). Isso significa que ele tende a refletir percepções e interesses predominantes no mundo desenvolvido.

A expressão saúde global tem sido, portanto, em grande parte, empregada para agrupar atividades que refletem uma concepção de saúde antropocêntrica e biomédica, com ênfase no individualismo, na liberdade, na filantropia e no predomínio dos interesses do mercado sobre a economia, mormente os financeiros e de curto prazo (Benatar, 2016). Em sentido oposto, são consideradas críticas as perspectivas mais abrangentes e aprofundadas que se debruçam não só sobre o controle e gestão de crises, mas também sobre os determinantes e as condicionalidades que dão origem às crises, com especial interesse em processos sociais, políticos e econômicos associados à saúde global, 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 (Ventura; Nunes, 2016).

Nesse diapasão, estudos sobre o *filantrocapitalismo* podem desempenhar importante papel. Segundo Anne-Emmanuelle Birn (2014), o amor da humanidade que corresponde à origem grega da palavra filantropia foi vencido pelo capitalismo, na medida em que poderosos atores privados moldam a agenda global da saúde, inclusive por meio da produção e da circulação de conhecimentos. A escassa transparência sobre as práticas e os objetivos dos grandes doadores poderia acobertar conflitos de interesse de grande monta. A Fundação Bill e Melinda Gates, por exemplo, apesar de fundar sua ação em

postulados éticos, não deixa de se associar a empresas que produzem impactos negativos sobre os direitos humanos e a proteção do meio ambiente (McGoey, 2015). De forma mais ampla, Didier Fassin (2010; 2018) chama a atenção para a “razão humanitária” ou o “governo humanitário”, que consistiria na resposta oferecida por nossas sociedades ao estado intolerável do mundo contemporâneo. Para o autor, a ajuda financeira que se fornece sob o pretexto de salvar vidas pode ter o efeito de tornar toleráveis vidas que são precárias, ocultando as causas sociais de sua condição e transformando cidadãos capazes de reivindicar seus direitos em meras vítimas.

Por outro lado, pesquisas recentes demonstram o papel de organizações internacionais, especialmente o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial, no desmantelamento dos sistemas de saúde de países que se tornaram o epicentro de crises sanitárias nacionais, como foi o caso dos Estados da África Ocidental durante a crise do Ebola (Kentikelenis et al., 2015), enquanto outros denunciam a captura da Organização Mundial da Saúde pelo neoliberalismo, por intermédio da influência das grandes corporações, entre outros fatores (Mooney, 2012).

Embora a referência à ética no campo da saúde global esteja presente tanto na literatura crítica já referida como nos documentos oficiais de Estados e organizações internacionais, assim como de atores privados, por vezes ela poderia ser considerada meramente retórica. A metáfora da *guerra contra a doença* que cerca numerosos programas de saúde global bem exemplifica o lugar que é de fato reservado à ética em determinadas propostas. Estudos de epidemiologia social alertam para o fato de que os inconvenientes de uma focalização na dimensão individual da doença podem se traduzir nas políticas de saúde também no plano internacional, podendo distorcer prioridades da cooperação internacional para o desenvolvimento e impactando tanto as políticas de saúde que transcendem fronteiras ditas transnacionais como as políticas de saúde nacionais relativas às ameaças sanitárias extraterritoriais (Venkatapuram, 2013).

Ademais, esse tipo de programa tende a ser conduzido de modo a produzir resultados que permitam demonstrar a pertinência do investimento feito pelos seus financiadores, mas nem todos os resultados positivos para a saúde e para o meio ambiente são aferíveis quantitativamente. Quando se pretende que um valor a ser defendido pela comunidade internacional seja aferido por meio de determinados indicadores de eficiência de programas pontuais, a ética e os direitos humanos, inclusive os direitos relacionados à preservação ambiental e à melhor distribuição do acesso a um ambiente preservado e seus benefícios, podem ser apresentados como obstáculos à

competividade e à inovação científica (Benatar, 2016). É preciso também sublinhar que os indicadores mundiais de saúde não são neutros. Eles influenciam a elaboração de políticas em países em via de desenvolvimento, fomentando a construção de novas estratégias, tanto políticas como epistemológicas, para gerenciar, negociar e ofertar ideias na arena internacional (Matta; Moreno, 2014).

Para alguns autores, no entanto, a ética seria nada menos do que o vetor determinante de um quadro de referência mundial, completo e universalmente aceito, para tomada de decisão em saúde em diferentes níveis (Stapleton et al., 2014). Um dos desafios desse quadro seria abordar o vínculo entre saúde e ambiente – não apenas a mudança climática, o esgotamento dos recursos naturais e a contaminação do meio ambiente, mas também as forças subjacentes associadas aos citados fatores, tais como a produção industrial contaminante e as economias baseadas em consumo predatório (Birn et al., 2017). Cresce a necessidade de difundir um conceito ecocêntrico de saúde global que compreenda a ideia de saúde das populações como a saúde do planeta (Benatar, 2016).

O MEIO AMBIENTE COMO ELEMENTO DA ÉTICA EM SAÚDE

A ética em saúde pública afirmou-se como área específica de estudo ao final dos anos 1990 (Kass, 2014), principalmente nos Estados Unidos e no Reino Unido (McDonald, 2014). Seu foco seria a concepção e a implementação de medidas de controle e melhora da saúde das populações, em especial as políticas públicas, levando em conta as condições estruturais que favorecem ou obstaculizam o desenvolvimento de sociedades saudáveis, em contraste com o foco tradicional da bioética, voltado à relação entre médico e paciente (Coleman et al., 2008). Mas a imprecisão conceitual que cerca o uso acadêmico e político da associação entre os termos ética e *saúde pública* convida à prudência. Em um texto de referência sobre ética e saúde pública, Lawrence Gostin (2001) estabelece uma distinção entre três perspectivas:

- a ética *da* saúde pública, vinculada aos profissionais de saúde, que exploraria as interrogações morais sobre a atividade profissional;
- a ética *em* saúde pública, que contemplaria uma visão ampla das ações de saúde pública, a fim de orientar a tomada de decisão em casos concretos, levando em conta a justiça social;

- e a ética *para* a saúde pública, que envolveria a militância (*advocacy*) em favor de objetivos de saúde pública, considerando especialmente as populações menos favorecidas.

A justiça ambiental encontra espaço sobretudo nas duas últimas vertentes. É evidente, porém, que o emprego dessas expressões nem sempre corresponde à classificação elaborada pelo referido autor, cujo mérito consiste em evidenciar a existência de diferentes dimensões dessa temática.

De modo geral, embora reconheça suas conexões com a bioética e a ética clínica, a literatura internacional enfatiza a singularidade da ética *em* saúde pública, refutando a transposição automática de conceitos e ferramentas de análise inicialmente voltadas a indivíduos e grupos (Goldberg, 2017). A natureza da saúde pública ensejaria problemas e respostas que excedem a perspectiva individualista ou contratualista, entre outras razões porque envolve de forma peculiar o exercício da autoridade do Estado (Bayer et al., 2007). Logo, ainda que existam nítidas intersecções entre diferentes subespecialidades da ética relacionadas à saúde, a ética em saúde pública deveria tratar especialmente dos fundamentos morais da saúde pública, dos desafios éticos suscitados pela escassez de recursos para promover a saúde das populações e das tensões reais ou aparentes entre os interesses coletivos e as liberdades individuais (Faden; Shebaya, 2016). Dessa pauta derivaria uma profunda conexão com temas como a justiça social, os direitos humanos e a justiça ambiental. O foco predominante na dimensão coletiva não significa que a dimensão individual deva ser necessariamente ignorada ou sacrificada; apenas conduz ao questionamento dos limites do paradigma liberal tradicional, dominante especialmente na ética médica (Dawson, 2011).

Nesse sentido, Bruce Jennings, em uma abordagem teórica da ética em saúde pública, propugna que o vocabulário moral da tradição liberal seja complementado por diferentes recursos conceituais e normativos disponíveis em outras tradições do pensamento político e social (Jennings, 2016). Quase dez anos antes, o autor já sustentava que a ética de saúde pública deveria ultrapassar o vocabulário liberal para incorporar o vocabulário de solidariedade, reciprocidade, interdependência, justiça social, comunidade e bem comum (Jennings, 2007). Não somente tal debate tem eco no campo da bioética como a própria ética em saúde pública é considerada por muitos um subcampo da bioética (Kass, 2014; Iltis; Carpenter, 2012; Dawson; Verweij, 2007; Bonete, 2005).

Parte significativa da literatura internacional trata dos desafios éticos suscitados no âmbito da saúde pública por meio da proposição ou da discus-

são de quadros de referência (*frameworks*), concebidos como conjuntos de ideias ou diretrizes que objetivam guiar o processo de tomada de decisão de diferentes atores em relação a intervenções, programas, políticas e iniciativas de pesquisa em saúde pública. Lisa Lee (2012) estudou treze quadros de referência de ética em saúde pública, classificando-os entre os “fundados na prática”, isto é, nascidos de experiências de profissionais insatisfeitos com as respostas da ética clínica e que tendem a não identificar seus fundamentos teóricos; e os “fundados na teoria”, que estariam vinculados a uma filosofia subjacente.

Nancy Kass (2001), uma das pioneiras do campo da ética da saúde pública, oferece um dos *frameworks* mais citados quando se trata de levar em conta a ética na gestão da saúde pública, propondo seis questões que poderiam ser resumidas da seguinte forma: a avaliação das metas de saúde pública contempladas pela iniciativa; sua potencial efetividade em relação a tais metas; os riscos que ela pode trazer em relação à privacidade, à autonomia, à liberdade, à justiça e à saúde dos indivíduos; a minimização dos riscos que ela implica e a consideração de enfoques alternativos; a distribuição de benefícios que dela resultarão, considerando seu grau de universalidade e os riscos de estigmatização e estereotipia; e, enfim, o planejamento de um processo democrático ou de um procedimento que permita avaliar o balanço entre benefícios e danos ocasionados pela iniciativa. O meio ambiente e a sustentabilidade poderiam ser considerados na quase totalidade dessas questões.

A *accountability* aparece também como um tema importante dessa subespecialidade, eis que os agentes de saúde pública têm a responsabilidade de fornecer informações fidedignas e justificativas para suas decisões, além de trabalhar junto aos especialistas e à opinião pública na identificação, definição e compreensão dos desafios da saúde pública, avaliando os riscos e benefícios das respostas possíveis, assim como o nível adequado de envolvimento público em seus processos deliberativos, a depender do problema que está em jogo (Childress et al., 2002).

Esses são alguns dos elementos determinantes para que a ética em saúde pública seja consensualmente considerada um novo ramo da ética aplicada. A ética aplicada seria uma ética posterior, no sentido atribuído ao termo por Paul Ricoeur (2001), para quem o conceito de ética desdobra-se em dois ramos: enquanto a ética fundamental ou *anterior* refere-se à nascente das normas, a ética posterior – também referida como *sabedoria prática* – remete ao seu desaguadouro, qual seja a inserção de normas em situações concretas por meio de dispositivos práticos. Tal processo de transição permite falar de ética

no plural e adicionar ao termo um complemento (por exemplo, ética médica, ética jurídica etc.), dando visibilidade aos conteúdos da ética anterior no plano da práxis.

A clivagem estabelecida por Ricoeur é relevante porque, ao menos na literatura internacional, o campo da ética em saúde pública caracteriza-se por privilegiar abordagens práticas e casos particulares em detrimento da teoria (Childress et al., 2002). Ademais, nem sempre as abordagens éticas da saúde pública explicitam, ao propor determinado quadro de referência, a perspectiva teórica em que se baseiam, ainda menos as vertentes do pensamento ético contemporâneo a que se filiam (McDonald, 2015). Logo, identificar os fundamentos teóricos dos quadros de referência propostos no campo da ética em saúde pública e situá-los no âmbito da ética anterior parece constituir um desafio da maior importância.

Em artigo essencial para o tema do presente capítulo, Nancy Kass (2004) identificou três temas centrais para o desenvolvimento futuro da ética em saúde pública que teriam sido negligenciados pelo *mainstream* da comunidade da bioética:

- a justiça ambiental, vinculada às potenciais iniquidades na distribuição dos riscos trazidos pela exposição aos danos ambientais;
- a pesquisa em saúde pública, em particular sua especificidade em relação a outros tipos de pesquisa;
- e, enfim, a justiça global e a justiça da saúde global, por ser inevitável que a ética em saúde pública se voltasse para as questões de saúde pública global, diante do aumento das desigualdades sociais ocasionado pela globalização econômica e de fronteiras cada vez menos nítidas entre os desafios éticos locais e os globais, entre outros aspectos.

Assim, o movimento pela justiça ambiental traz ao campo da ética em saúde pública o debate sobre o modelo de desenvolvimento econômico e social que concentra renda e poder, eis que modelos insustentáveis de desenvolvimento tornam vulneráveis as comunidades atingidas pelos riscos ambientais, particularmente em sua capacidade de reconhecer e enfrentar seus problemas socioambientais e sanitários (Porto, 2005). A complexidade dos temas de saúde ambiental é crescente em razão do grande número de fatores ambientais que podem afetar a saúde humana, entre os quais destaca-se o papel desempenhado pelas transformações ambientais na modificação dos padrões de saúde e doença no planeta, em diferentes escalas geográficas (Ribeiro, 2004).

A ética ambiental, concebida em sentido lato como o estudo dos vínculos entre a espécie humana e as outras espécies vivas ou inanimadas da biosfera, avança no campo da economia, sugerindo que a repartição de recursos naturais é indissociável dos impactos ambientais resultantes de certos usos irrefletidos, como a exploração excessiva ou a degradação do ambiente (Ferrari, 2010).

Por conseguinte, a ética ambiental – também referida como bioética ambiental – apresenta uma clara intersecção com a ética em saúde pública, baseada na ideia de que as causas dos problemas ambientais globais podem ser enfrentadas pelo compromisso comum com ideais e princípios éticos como justiça, precaução, equidade e cooperação, eis que a comunidade mundial compartilharia o mesmo “destino histórico planetário” (Fischer et al., 2017). Contrariamente ao senso comum, os problemas ecológicos não estão relacionados ao conflito entre o homem e a natureza, mas sim entre um mundo uniforme, modelado por interesses econômicos, e um mundo diverso, que dá lugar à pluralidade de aspirações humanas, integradas por meio da ética ambiental na natureza da qual fazemos parte (Larrère, 2006).

A ÉTICA EM TEMAS DE JUSTIÇA AMBIENTAL E SAÚDE GLOBAL

A epidemia de Ebola que assolou a África Ocidental entre 2014 e 2015 deu origem a uma volumosa literatura que evoca, direta ou tangencialmente, aspectos éticos da saúde global. Tais artigos vão de um estudo teórico sobre as formas de “produção da negligência” na saúde global (Nunes, 2016) à avaliação do impacto de medidas de controle da doença sobre os direitos humanos na África (Durojaiye; Mirugi-Mukundi, 2015), passando por questões morais objetivas no manejo de pacientes infectados pelo Ebola (Cerbino, 2014; Kass, 2014), pelas violações de direitos humanos ocasionadas fora do epicentro da crise (Ventura, 2016; Ventura; Holzhacker, 2016) e pela flexibilização das regras para testes de novos medicamentos (Adebamowo et al., 2014).

Adicionalmente, abre-se um flanco fundamental de discussão ética na medida em que estudos vão confirmando o nexos entre os surtos de Ebola e a degradação ambiental, em especial o desmatamento (Olivero et al., 2017; Rulli et al., 2017). Uma vasta literatura demonstra a complexidade da origem das epidemias de doenças infectocontagiosas. Para o combate efetivo de sua propagação internacional, uma nova relação entre o homem e a natureza é imprescindível. As mudanças de equilíbrio entre o homem e a fauna selvagem,

as modificações dos ecossistemas e o aumento das trocas entre zonas rurais e urbanas, assim como as trocas internacionais, são fatores que contribuem à emergência de novas doenças; logo, as conexões entre as esferas ecológica, epidemiológica e socioeconômica são indispensáveis, impondo a reconsideração da abordagem da doença e das epidemias sob o prisma de uma visão ecológica integrativa, na qual o homem é elemento essencial e indissociável de um sistema muito complexo e interativo (Guegan; Renaud, 2005).

Um dos caminhos mais importantes para que a ética da saúde global avance em direção à justiça ambiental é a produção de uma agenda de pesquisa voltada às perspectivas locais e humanas, como propõe João Biehl (2016) em texto de fundamental importância para o campo da saúde global. A capacidade de identificar dinâmicas globais nos fenômenos locais e vice-versa parece decisiva para que uma visão crítica da saúde global se consolide. Nesse sentido, Saskia Sassen (2016) constata que o sistema socioeconômico global gera expulsões em diferentes níveis, entre eles a expulsão das pessoas da esfera do trabalho (desempregados, trabalho precário), da moradia (desocupação de invasões, despejo de inadimplentes), da sociedade (excluídos, vulneráveis, prisioneiros), do mundo (suicídios); e de populações de suas terras de origem (mobilidade imposta), inclusive de seus territórios nacionais (migrantes e refugiados).

Segundo Sassen, uma expulsão se consuma quando algo é captado, retirado do bem comum ou da biosfera, confiscado dos Estados e da sociedade em benefício de um sistema econômico onipotente e profundamente desigual, por meio de um processo que inclui as políticas de austeridade impostas a povos e nações. Como resultado, pessoas são expulsas de projetos de vida, de meios de sobrevivência, não raro do pertencimento à sociedade e do contrato social que está no centro da democracia liberal.

No bojo das exclusões referidas por Sassen, tem relevo a categoria dos refugiados ambientais, que podem ser definidos como migrantes forçados, interna ou internacionalmente, temporária ou permanentemente, em situação de vulnerabilidade, obrigados a deixar sua morada habitual por motivos ambientais de início rápido ou lento, causados por motivos naturais, antropogênicos ou pela combinação de ambos (Claro, 2015). Apesar da estimativa de que milhões de pessoas se tornarão refugiadas ambientais nas próximas décadas em razão de mudanças climáticas, parte expressiva dos Estados não está disposta a protegê-las e não as considera cobertas pelo direito internacional dos refugiados (Pacífico; Gaudêncio, 2014). Discute-se a criação de acordos internacionais que os protejam, inclusive no âmbito sul-americano (Ramos et al., 2017).

A chegada do migrante e do refugiado aos locais de trânsito e destino pode vir a ser a outra face da moeda (inclusão), ou mais uma etapa dos processos de exclusão. O ritmo vertiginoso da urbanização e o crescimento de fluxos migratórios em direção às cidades fazem com que a mobilidade humana, tanto a interna como a internacional, seja um fenômeno essencialmente urbano (OIM, 2015). O protagonismo das cidades marca o início do século XXI: os aglomerados urbanos são desafiados a garantir abastecimento de água, iluminação pública, alimentação, transporte público, segurança pública, soluções para os resíduos gerados e diretrizes para ocupação e uso do solo, exigindo a negociação de interesses múltiplos e quase sempre conflitantes e produzindo problemas e soluções próprios (Di Giulio; Vasconcellos, 2014). Novas categorias de análise e intervenção de ambiente e saúde no âmbito urbano tornaram-se necessárias: atualmente, 54% da população mundial vive em cidades, devendo chegar a 66% em 2050; São Paulo destaca-se como uma das 28 megacidades do mundo, ocupando, juntamente com México e Mumbai, o quarto lugar entre as maiores cidades do globo (Philippi Jr., 2017).

As condições de acolhida local dependerão do grau de reconhecimento dos direitos dos migrantes (pois não existe, no plano internacional, o reconhecimento de um direito de migrar propriamente dito), do grau de efetividade dos direitos dos refugiados (amplamente reconhecidos pelo direito internacional e pela maioria das ordens nacionais, mas sempre condicionados por obstáculos significativos), além da promoção de políticas inclusivas, nem sempre compatíveis com políticas migratórias restritivas ou com a ausência de políticas migratórias efetivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por todo o exposto, a compreensão de sustentabilidade como recusa a um padrão predatório de desenvolvimento parece crucial no campo da saúde global, exemplificado por temas como o da crise do Ebola ou da mobilidade humana internacional. Segundo Nunes (2017), a governança sanitária global tem sido, por muito tempo, orientada a proteger a segurança em saúde de uma elite às custas da extrema insegurança da maioria da população mundial. Logo, a segurança sanitária só será sustentável quando medidas decisivas para o reconhecimento dos direitos dos demais e a divisão e a redistribuição dos recursos existentes (naturais, econômicos, humanos, técnicos e científicos) forem adotadas pelos países e grupos privilegiados. Além disso,

para o mesmo autor, a segurança sanitária deveria enfrentar os desafios planetários propostos pelo Antropoceno, reconhecendo a interconexão fundamental dos seres humanos, outras espécies e o planeta e modificando padrões de consumo e comportamento.

Essa visão de sustentabilidade incluiria a possibilidade de limitar o crescimento econômico por meio de processos deliberativos que compreendam interlocutores e participantes sociais relevantes e ativos, por meio de práticas educativas e de um processo de diálogo informado, levando em conta as dimensões culturais, as relações de poder existentes e o reconhecimento das limitações ecológicas (Jacobi, 2003).

Retomando a já citada concepção de ambição ética de Paul Ricoeur, é possível concluir que a busca de uma vida boa, com e para os outros, em instituições justas, não pode prescindir da sustentabilidade como parâmetro ético, inclusive no tratamento das grandes questões de saúde no âmbito internacional.

REFERÊNCIAS

- ADEBAMOWO et al. Randomised controlled trials for Ebola: practical and ethical issues. *Lancet*, 384(9952):1.423-4, 2014.
- BAYER, R. et al. *Public health ethics: theory, policy and practice*. Oxford University Press, 2007.
- BEITZ, C. Liberalismo internacional e justiça distributiva. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, (47):27-58, 1999.
- BENATAR, S. Politics, Power, poverty and global health: systems and frames. *International Journal of Health Policy and Management*, 5(10):599-604, 2016.
- BIEHL, J. Theorizing global health. *Medicine Anthropology Theory*, 3(2):127-42, 2016.
- BIEHL, J. ; PETRYNA, A. Peopling global health. *Saúde e Sociedade*, 23(2):376-89, 2014.
- BIRN, A.E. Philanthrocapitalism, past and present: the Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/global health agenda. *Hypothesis*, 12(1):e8, 2014.
- BIRN, A.E. et al. *Textbok of global health*. 4.ed. Oxford University Press, 2017.
- BLANCHON, D.; MOREAU, S.; VEYRET, Y. Comprendre et construire la justice environnementale. *Annales de géographie*, 665-666, (1):35-60, 2009.
- BONETE, E. La necesaria ramificación de la bioética. In: DE LA VIEJA, M.T.L. (org.). *Bioética: entre la Medicina y la Ética*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca, 2005, p. 61-82.
- BUISSONNIERE, M. La nouvelle donne de la santé globale: dynamiques et écueils. *Revue internationale de politique de développement*, 3:s/p, 2012.
- CERBINO, J. Ethical issues in the management of patients with Ebola virus disease. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(11):2.256-8, 2014.
- CHILDRESS, J. et al. Public health ethics: mapping the terrain. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30:170-8, 2002.
- CLARO, C.A.B. *A proteção dos refugiados ambientais no Direito Internacional*. Tese. (Doutorado em Direito Internacional). Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2015.

- COLEMAN, C. et al. The contribution of ethics to public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(8):578, 2008.
- CORDIER, A. La décision juste. *Esprit*, 11:52-61, 2017.
- CUETO, M. *Saúde global: uma breve história*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.
- DAWSON, A. Public health and civic republicanism. In: DAWSON; VERWEIJ (eds.). *Ethics, prevention, and public health*. Oxford: Oxford University Press, 2007, p. 30-58.
- _____. Resetting the parameters: public health as the foundation for public health ethics. In: *Public health ethics*. Cambridge University Press, 2011.
- DAWSON, A.; VERWEIJ, M. Introduction: ethics, prevention, and public health. In: Idem (eds.). *Ethics, prevention, and public health*. Oxford: Clarendon Press, 2007, p. 1-12.
- DELMAS-MARTY, M. *Résister, responsabiliser, anticiper: ou comment humaniser la mondialisation*. Paris: Seuil, 2013.
- DI GIULIO, G.M.; VASCONCELLOS, M.P. Contribuições das ciências humanas para o debate sobre mudanças ambientais: um olhar sobre São Paulo. *Estudos Avançados*, 28(82):41-63, 2014.
- DUROJAIYE, E.; MIRUGI-MUKUNDI, G. The Ebola virus and human rights concerns in Africa. *African Journal of Reproductive Health*, 19(3):18-26, 2015.
- FADEN, R.; SHEBAYA, S. Public health ethics. In: ZALTA, E.N. (ed.). *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2016 Edition). Disponível em: <https://plato.stanford.edu/archives/win2016/entries/publichealth-ethics/>. Acesso em: 28 jan. 2018.
- FASSIN, D. *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*. Paris: EHESS/Seuil/Gallimard, 2010.
- _____. *Vie: mode d'emploi critique*. Paris: Seuil, 2018.
- FERRARI, S. Éthique environnementale et développement durable: réflexions sur le Principe Responsabilité de Hans Jonas. *Développement durable et territoires*, 1(3), 2010.
- FISCHER, M.L. et al. Da ética ambiental à bioética ambiental: antecedentes, trajetórias e perspectivas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 24(2):391-409, 2017.
- FORTES, P.A.C.; RIBEIRO, H. Saúde global em tempos de globalização. *Saúde e Sociedade*, 23(2):366-75, 2014.
- GLOBAL BURDEN OF DISEASE HEALTH FINANCING COLLABORATOR NETWORK. Spending on health and HIV/AIDS: domestic health spending and development assistance in 188 countries, 1995-2015. *The Lancet*, Volume 391, Issue 10132, p. 1.812, 2018.
- GOLDBERG, D.S. *Public health ethics and the social determinants of health*. Springer, 2017.
- GOSTIN, L. Public health, ethics, and human rights: a tribute to the late Jonathan Mann. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 29(2):121-30, 2001.
- _____. *Global health law*. Harvard University Press, 2014.
- GUEGAN, J.-F.; RENAUD, F. Vers une écologie de la santé – Chapitre V. In: *Biodiversité et changements globaux: enjeux de société et défis pour la recherche*. Paris: ADPF, 2005.
- ILTIS, A.; CARPENTER, A. The “s” in bioethics: past, present and future. In: ENGELHARDT, H.T. (org.). *Bioethics critically reconsidered: having second thoughts*. Nova York: Springer, 2012, p. 123-50.
- JACOBI, P. Educação ambiental, cidadania e sustentabilidade. *Cadernos de Pesquisa*, 118:189-206, 2003.
- JENNINGS, B. Right relation and right recognition in public health ethics: thinking through the Republic of health. *Public Health Ethics*, 9(2):168-77, 2016.
- _____. Public health and civic republicanism. In: DAWSON, A.; VERWEIJ, M.; (eds.). *Ethics, prevention, and public health*. Oxford: Oxford University Press, 2007, p. 30-58.
- KASS, N. An ethics framework for public health. *American Journal of Public Health*, 91(11):1.776-82, 2001.
- _____. Ebola, ethics, and public health: what next? *Ann Intern Med.*, 161:744-5, 2014.

- _____. Public health ethics from foundations and frameworks to justice and global public health. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 32:232-42, 2004.
- KENTIKELLENIS, A. et al. The International Monetary Fund and the Ebola outbreak. *The Lancet Global Health*, 3(2):e69-e70, 2015.
- KEROUEDAN, D. *Géopolitique de la santé mondiale*. Paris: Collège de France/Fayard, 2013a.
- _____. Globaliser n'est pas sans risques pour les populations les plus pauvres du monde – émergence de la *Global Health* en Afrique subsaharienne. *Revue Tiers Monde*, 3:215, 2013b.
- LARRÈRE, C. Éthiques de l'environnement. *Multitudes*, 24(1):75-84, 2006.
- LEE, L. Public health ethics theory: review and path to convergence. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 40(1):85-98, 2012.
- MATTA, G.C.; MORENO, A.B. Saúde global: uma análise sobre as relações entre os processos de globalização e o uso dos indicadores de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 18(48):09-22, 2014.
- MCDONALD, M. *Introduction to public health ethics: background*. Montréal, Québec: National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, 2014.
- _____. *Introduction to public health ethics 3: frameworks for public health ethics*. Montréal, Québec: National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, 2015.
- MCGOEY, L. *No such thing as a free gift: the Gates Foundation and the price of philanthropy*. Londres: Verso, 2015.
- MOONEY, G. Neoliberalism is bad for our health. *International Journal of Health Services*, 42(3):383-401, 2012.
- NUNES, J. Ebola and the production of neglect in global health. *Third World Quarterly*, 37(3):542-56, 2016.
- _____. Seguridad sanitaria sostenible: de la comunidad al planeta. *Salud al Sur – Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS)*, 9:5, 2017.
- [OIM]. *Etat de la migration dans le monde 2015 – les migrants et les villes: de nouveaux partenariats pour gérer la mobilité*. Genebra: OIM, 2015.
- OLIVERO, J. et al. Recent loss of closed forests is associated with Ebola virus disease outbreaks. *Scientific Reports*, 7:14291, 2017.
- RULLI, M.C. et al. The nexus between forest fragmentation in Africa and Ebola virus disease outbreaks. *Sci. Rep.*, 7:41613, 2017.
- PACÍFICO, A.P.; GAUDÊNCIO, M.R.B. A proteção dos deslocados ambientais no regime internacional dos refugiados. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 22(43):133-48, 2014.
- PHILIPPI JR., Arlindo. Ambiente, saúde & sustentabilidade no contexto das cidades. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), III-VI, 2017.
- PORTO, M.F. Saúde do trabalhador e o desafio ambiental: contribuições do enfoque ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4):829-39, 2005.
- RAMOS, E.P. et al. ¿Hacia un acuerdo regional sobre desplazamiento ambiental? *Revista Migraciones Forzadas* [Oxford/IUDES], 56:65-6, 2017.
- RIBEIRO, H. Saúde pública e meio ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. *Saúde e Sociedade*, 13(1):70-80, 2004.
- _____. *Saúde global: olhares do presente*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.
- RICOEUR, P. *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil, 1990, p. 279.
- _____. Le juste entre le légal et le bon. In: *Lectures 1: Autour du politique*. Paris: Seuil, 1991, p. 176-95.
- _____. Morale, éthique et politique. *Pouvoirs*, 65:5-17, 1993.
- _____. Éthique: de la morale à l'éthique et aux éthiques, In: CANTO-SPERBER (org.). *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, Tomo 1, 4.ed. Paris: Presses Universitaires de France, [2001] (2014), p.689-94.

- SASSEN, S. *Expulsões: brutalidade e complexidade na economia global*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.
- SCHLEGEL, J.L. Les institutions, entre le juste et le bon. *Esprit*, 11:43-51, 2017.
- SCHRAMM, F.; KOTTOW, M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad. Saúde Pública*, 17(4):949-56, 2001.
- STAPLETON, G. et al. Global health ethics: an introduction to prominent theories and relevant topics. *Global Health Action*, 7, 10.3402/gha.v7.23569, 2014.
- VELJI, A.; BRYANT, J. Ética na saúde global. In: MARKLE, W.H. et al. (orgs.). *Compreendendo a saúde global*. Porto Alegre: AMGH, 2015, p. 520-46.
- VENKATAPURAM, S. Inégalités de revenus, inégalités en santé et progrès social. In: GENEVEY et al. (orgs.). *Regards sur la terre: l'annuel du développement durable 2013*. Paris: Armand Colin, 2013, p. 227-38.
- _____. On health justice – some thoughts and responses to critics. *Bioethics*, 30(1):49-55, 2016.
- VENTURA, D. Do Ebola ao Zika: as emergências internacionais e a securitização da saúde global. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(4), e00033316, 2016.
- VENTURA, D.; HOLZHACKER, V. Saúde global e direitos humanos: o primeiro caso suspeito de Ebola no Brasil. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, (98):107-40, 2016.
- VENTURA, D.; NUNES, J. Para uma crítica da saúde global – apresentação. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, (98):7-16, 2016.
- WOLFE, J. Global justice and health – the basis of the global health duty. In: *Global justice and bioethics*. Nova York: Oxford University Press, 2012.